

Factores de los trabajadores de la salud comunitarios que afectan la prestación de servicios en planificación familiar, Distrito 2, Ciudad Quezon, Filipinas: un estudio transversal

Nel Jason L. Haw, Neil Eric L. Pecache, Niño V. Albiola, Karl Francis Y. Chan, Ken Gerald M. de la Cruz, Stephanie Chloe, Sarah Stephanie O. Uy

Introducción

Conforme a lo dispuesto por la ley, en Filipinas el gobierno nacional ha delegado la prestación de atención primaria en salud a los provinciales y de la ciudad, así como al nivel de *barangay* (o comunidad).^[1] Los centros de salud en estos *barangays* funcionan como las instalaciones básicas de atención primaria del país y son los servicios de salud más comúnmente utilizados, especialmente entre los más desfavorecidos.^[2]

Los trabajadores comunitarios representan la mayoría de la fuerza laboral de salud pública, junto con médicos, enfermeras y parteras en calidad de supervisores. Son reclutados como voluntarios para asistir en la prestación de atención primaria, por ejemplo, llevar a cabo visitas a los hogares y manejar el historial clínico de los pacientes. Estas responsabilidades incluyen la prestación de servicios de planificación familiar (PF).

Aunque se espera que los voluntarios reclutados estén capacitados en todos estos servicios antes de ser acreditados como trabajadores de la salud comunitarios, muchos estudios mencionan que la mayoría de ellos no tienen la suficiente preparación; esto tiene un impacto negativo sobre la prestación de servicios.^{[3][4][5][6][7]}

El Departamento de Salud de Filipinas (DSF-*Philippine Department of Health*) utiliza la tasa de prevalencia de anticonceptivos modernos (PAM) como un objetivo de desempeño para la prestación de servicios de PF. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la “proporción de mujeres en edad reproductiva que se encuentran utilizando (o cuya pareja está utilizando) un método anticonceptivo en un punto dado en el tiempo”.^[8] La tasa objetivo se ha fijado en un 12.325% de la población total o del tamaño de la zona de influencia del centro de salud.^[9]

Nel Jason L. Haw. Universidad Ateneo de Manila, Filipinas (UAM). Correo-e: neljasonhaw@gmail.com

Neil Eric L. Pecache. UAM.

Correo-e: neil.pecache@obf.ateneo.edu

Niño V. Albiola. UAM.

Correo-e: nino.albiola@obf.ateneo.edu

Karl Francis Y. Chan. UAM.

Correo-e: karl.chan@obf.ateneo.edu

Ken Gerald M. de la Cruz. UAM.

Correo-e: ken.delacruz@obf.ateneo.edu

Stephanie Chloe. UAM.

Correo-e: chloe.gotianse@obf.ateneo.edu

Sarah Stephanie O. Uy. UAM.

Correo-e: sarah.uy@obf.ateneo.edu

El ciento por ciento de los centros de salud en ciudad Quezon brindan todos los servicios naturales y artificiales de PF que promueve el DSF, excepto los métodos de esterilización permanente, tales como la ligadura bilateral de trompas (LBT; *bilateral tubal sterilization*) y la vasectomía sin bisturí (VSB; *no-scalpel vasectomy*), los cuales se ofrecen en clínicas asociadas en la ciudad. Los anticonceptivos orales, inyectables y el collar del ciclo para el método de días fijos (MDF; *standard days method*) se proporcionan sin cargo alguno.^[9]

Figura 1
Marco teórico



Fuente: elaboración propia.

El DS de ciudad Quezon designa a los encargados del programa de población (EPP; *population program officers*), quienes son responsables de proveer servicios de PF para los centros de salud. A veces los médicos y las parteras llevan a cabo el papel de EPPs, en ausencia de éstos. Los médicos también ofrecen orientación sobre la elección del método de PF a utilizar. Todos los nuevos usuarios de PF están obligados a visitarlos para su consulta.

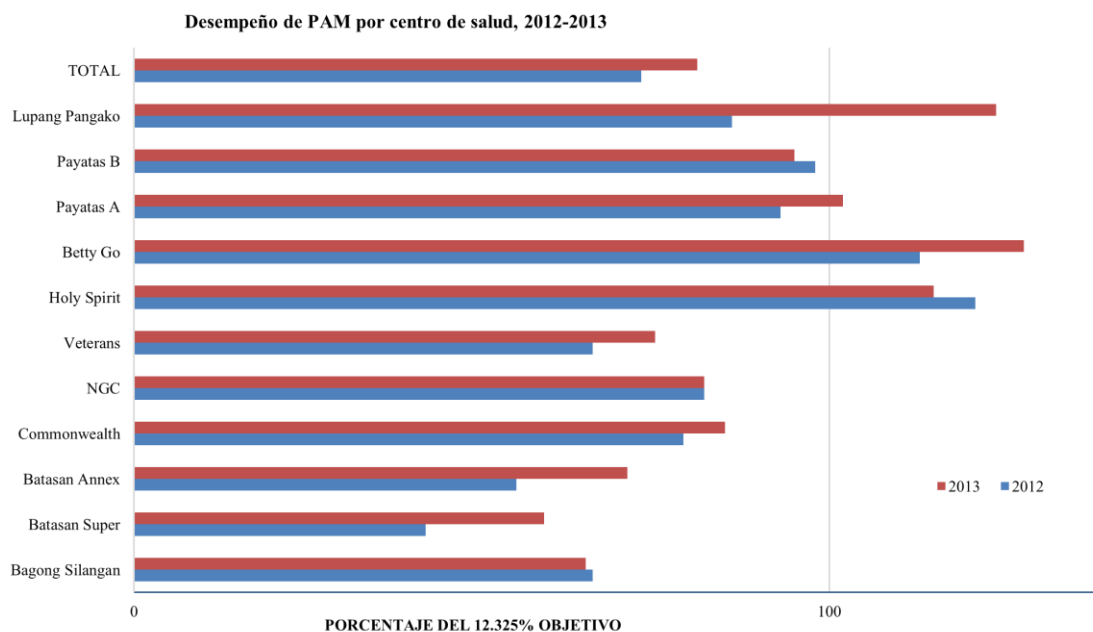
El estudio tuvo como objetivo determinar los factores que afectan de manera significativa la prestación de servicios en PF por parte de los trabajadores de la salud comunitarios. En específico, se buscó ofrecer el perfil de un trabajador de la salud comunitario típico en el distrito, para descubrir cualquier relación entre diversos factores y la PAM, el resultado objetivo para la prestación de servicios en PF en Filipinas, por medio de un análisis multivariado para determinar la fortaleza relativa de cualquier asociación y, finalmente, brindar posibles razones de la fortaleza de las asociaciones basados en información cualitativa recolectada a partir de entrevistas, observaciones y grupos focales.

Métodos

Este estudio utilizó un diseño de investigación transversal, se llevó a cabo de abril a diciembre de 2013. La recopilación principal de datos cuantitativos se hizo mediante un cuestionario diseñado y probado por los investigadores antes de la presente evaluación. El Departamento de Salud de Ciudad Quezon otorgó la información sobre la PAM para cada centro de salud. La información cualitativa se obtuvo a través de entrevistas con informantes clave entre los supervisores de los trabajadores de la salud y líderes locales, así como en discusiones de grupos focales con los trabajadores de la salud comunitarios y usuarios de PF.

Para este estudio se incluyeron a todos los 88 trabajadores de la salud comunitarios activos que se encuentran en todos los 11 centros de salud de Ciudad Quezon. Para las variables con más de un indicador, se obtuvo un índice de puntuación para representar la combinación de éstas. La α (alfa) de Cronbach se generó de entre estos indicadores para una variable específica, con el fin de comprobar la confiabilidad del índice de puntuación. Aquéllas

Figura 2
Desempeño de PAM por centro de salud en el Distrito 2, ciudad Quezon, para 2012 y 2013.
Datos del Departamento de Salud de ciudad Quezon



Fuente: elaboración propia.

con valores α de Cronbach por encima de 0.70 se consideraron como confiables y, por lo tanto, se estimaron como una variable de intervalo/proporción.

La Figura 1 muestra el marco teórico utilizado. El análisis bivariado se llevó a cabo entre variables independientes y la PAM, así como entre las variables independientes seleccionadas. Los datos cualitativos de las entrevistas y las discusiones de los grupos focales se codificaron según los temas y se asociaron con las relaciones de diversas variables para brindar razones probables para la fortaleza de asociación (Figura 1).

Aunque el cuestionario se probó con anterioridad y se basó en estudios previos,^{[3][7][12][13][14]} la recopilación de datos estuvo propensa al sesgo de memoria. Aparte de la información sobre la PAM, los trabajadores de la salud comunitarios reportaron todos los otros datos recolectados; no hubo otra fuente de datos secundarios disponible durante la conducción del estudio.

Los investigadores confirmaron de manera informal algunos de los datos cualitativos de las discusiones con los grupos focales a partir de entrevistas con supervisores y líderes locales, así como a través de la observación por parte de los mismos investigadores.

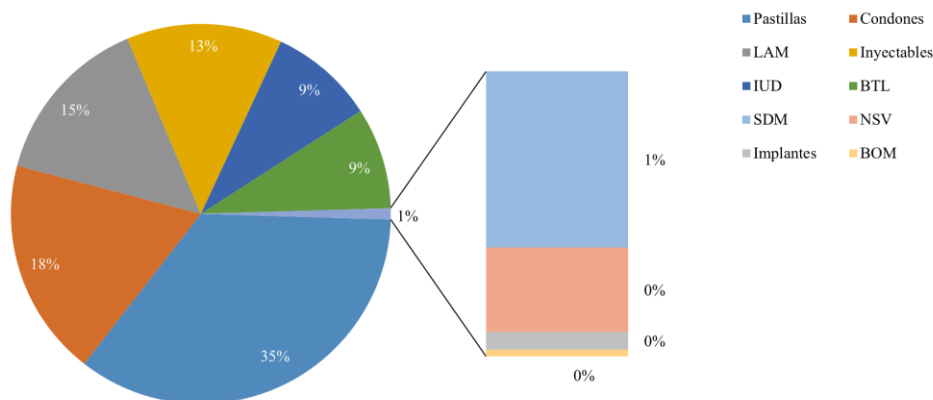
Resultados y discusión

Desempeño de la tasa de prevalencia de anticonceptivos

La Figura 2 muestra el desempeño de la PAM de todos los centros de salud en 2012 y 2013. Los datos más recientes se utilizaron para el análisis bivariado. Solamente los centros de salud *Holy Spirit* y *Betty Go* alcanzaron los objetivos, tanto para 2012 como para 2013, mientras que los centros de salud *Payatas A* y *Lupang Pangako* lograron los objetivos en el 2013. El distrito no logró los objetivos para ambos años, pero hay un incremento del 12% en el logro (Figura 2).

Figura 3
Prevalencia de PAM modernos por método en el Distrito 2, ciudad Quezon, para 2013.
Datos del Departamento de Salud de ciudad Quezon

Prevalencia de PAM Modernos por método, 2013 (N = 70,486)



Fuente: elaboración propia.

La Figura 3 muestra que los métodos de PF más comúnmente utilizados en el distrito son: anticonceptivos orales (35%), condones (18%), y el método de amenorrea de la lactancia (MAL-lactational amenorrhea method) (15%). Otros métodos de PF naturales apenas son utilizados (<1%) (Figura 3).

Perfil de un trabajador de la salud comunitario

Un trabajador de la salud comunitario típico del Distrito 2, Ciudad Quezon, es de sexo femenino (94%), con una edad de alrededor de 46 años, aunque puede ser tan joven como 24 o tan vieja como 64. Ha estado trabajando en el centro de salud por alrededor de 10 años; la mayoría trabajan hasta que se retiran cerca de los 60 años. La mayoría son católicos (85%), lo cual refleja a la población de Filipinas, pero también hay quienes pertenecen a orientaciones religiosas no católicas. El trabajador terminó la escuela secundaria (31%) o ha recibido alguna educación universitaria (32%). Aunque son voluntarios y no reciben un salario, sí perciben un subsidio por parte del gobierno de la ciudad, de alrededor de PhP 3,250 (cerca de US\$70), lo cual contribuye con aproximadamente un cuarto del ingreso familiar mensual promedio, que es de PhP 12,220 (alrededor de US\$270).

Habilidades técnicas

La Tabla 1 resume los valores del coeficiente de correlación entre las habilidades técnicas y la PAM, así como otras relaciones clave con variables seleccionadas.

Tabla 1
Valores de coeficiente de correlación-variables de habilidades técnicas

Variable	Coefficiente de correlación con PAM	Coefficiente de correlación con otras variables
Capacitación recibida	$r = 0.40$ (moderado)	vs. Conocimiento sobre servicios de PF: $r = 0.16$ (bajo)
Satisfacción con la capacitación recibida	$r_s = 0.03$ (muy bajo)	vs. Capacitación Recibida: $r_s = 0.11$ (bajo)
Conocimiento sobre servicios de PF	$r = 0.12$ (bajo)	vs. Facilidad en la comunicación de PF: $r_s = 0.69$ (alto)

Fuente: elaboración propia.

El número promedio de horas de capacitación recibida es de 26.72, pero hay quienes no han recibido capacitación en PF. Los supervisores envían a seminarios particulares solamente a trabajadores de la salud comunitarios seleccionados; por lo tanto la capacitación recibida es desigual. El gente y el gobierno de la ciudad se apoya en alianzas con compañías farmacéuticas y organizaciones no gubernamentales (ONG-*nongovernment organizations*) para brindar la mayoría de su capacitación relacionada con la PF. Una moderada correlación positiva entre la capacitación recibida y la PAM ($r = 0.40$) indica que los trabajadores de la salud comunitarios se desempeñan mejor si reciben mayor capacitación; esto se ha demostrado en otros estudios.^[3]

Aunque la capacitación es la fuente principal de información para estos trabajadores, existe una baja correlación positiva ($r = 0.160$) entre la capacitación recibida y el conocimiento sobre PF. Esto se debe a que hay otros medios por los cuales los trabajadores de la salud comunitarios pueden obtener información sobre estos servicios, que incluyen el intercambio de información con sus colegas y el aprendizaje a partir de sus supervisores.

Los trabajadores de la salud comunitarios quieren estar equipados con el conocimiento técnico suficiente, ya que esto repercute en la probabilidad de ganar la confianza de sus pacientes. Al tratar con éstos también ganan confianza cuando cuentan con mayor conocimiento, como lo demuestra la alta correlación entre conocimiento en PF y la facilidad en la comunicación de esta materia ($r_s = 0.69$). Éstos encuentran valiosa la capacitación que reciben, la mayoría calificó su satisfacción con ella con un cinco de cinco. Esto podría explicar por qué no hubo una asociación entre la duración de la capacitación y la satisfacción.

Algunos trabajadores de la salud comunitarios encuentran repetitivas sus limitadas sesiones de capacitación; también quieren una capacitación que les brinde nueva información. La baja correlación positiva con la PAM ($r = 0.12$) probablemente se deba a las bajas variaciones en resultado del examen de conocimiento de 12 puntos a pesar de la gran variación en la PAM.

Incentivos recibidos

La Tabla 2 resume los valores del coeficiente de correlación entre los incentivos recibidos y la PAM, así como otras relaciones clave con variables seleccionadas.

A pesar de que son voluntarios, los trabajadores veían sus funciones como un trabajo real, asalariado. Tienen horarios regulares y llevan a cabo una cantidad significativa de labores. Existe un descontento general entre ellos con respecto a la cantidad de incentivos que reciben, los cuales consideran como su salario para vivir. La mayoría evaluó su satisfacción con los incentivos con uno de cinco posibles. Además, hay una correlación moderada entre el subsidio y la satisfacción de recibirlo ($r = 0.56$), el subsidio y la PAM ($r = 0.55$), y la satisfacción con los incentivos recibidos y la PAM ($r_s = 0.46$). Esto significa que un incremento en el subsidio se asoció con la satisfacción de los trabajadores *barangay* con su subsidio, mientras que se incrementa el puntaje de desempeño de la PAM de sus centros de salud.

También quieren los incentivos no monetarios, que son comunes entre los trabajadores en las Filipinas. Éstos incluyen prestaciones de seguridad social, como la pensión para el retiro y el seguro de salud. Desean días pagados por baja de enfermedad cuando ellos o sus hijos están enfermos. Actualmente, su subsidio se reduce en PhP100 (alrededor de US\$2.50) por cada día que no se reportan al centro de salud.

Tabla 2
Valores de coeficiente de correlación-variables de incentivos

Variable	Coficiente de correlación con PAM	Coficiente de correlación con otras variables
Subsidio recibido	$r = 0.55$ (moderado)	vs. Satisfacción con el incentivo recibido: $r = 0.56$ (moderado)
Satisfacción con los Incentivos Recibidos	$r_s = 0.46$ (moderado)	vs. Interés y compromiso: $r_s = 0.22$ (bajo)

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3
Valores de coeficiente de correlación-variables de relación con el supervisor

Variable	Coeficiente de correlación con PAM	Coeficiente de correlación con otras variables
Tiempo para reportarse al centro de salud	$r = -0.06$ (muy bajo)	vs. Satisfacción con el tiempo asignado para PF: $r = 0.003$ (muy bajo)
Tiempo pasado con el supervisor	$r = 0.03$ (muy bajo)	vs. Satisfacción con el supervisor: $r = 0.89$ (muy alto)
Satisfacción con el supervisor (α de Cronbach = 0.92)	$r = 0.003$ (muy bajo)	vs. Interés y compromiso: $r = 0.48$ (moderado)

También enfrentan varios riesgos ocupacionales, tales como la presencia de animales callejeros en las áreas que se les asignan, muchos de los cuales no han sido vacunados contra la rabia. Incluso hay quienes han sido mordidos por perros, y se quejan de no haber recibido atención gratuita.

A pesar de todo lo negativo de los subsidios, algunos gradecen que, al menos, reciben un subsidio, ya que aunque ven su trabajo como voluntariado, comparan su situación con la de otros voluntarios que no reciben absolutamente nada. La satisfacción con sus subsidios no afecta necesariamente su interés y compromiso, ya que solamente existe una baja correlación positiva entre las dos variables ($r_s = 0.22$). En todas las discusiones de los grupos focales, reiteraron constantemente que a pesar de sus bajos subsidios y su insatisfacción general, hacen todo lo posible por no dejar que esto afecte las tareas que tienen que cumplir. Sus supervisores confirman estas declaraciones.

Relación con el supervisor

La Tabla 3 muestra que todas las variables bajo Relación con el Supervisor tienen correlaciones insignificantes con la PAM. Los trabajadores de la salud comunitarios laboran diario haciendo visitas a domicilio. Sólo a algunos se les pide que se reporten al centro de salud durante la semana (Tabla 3).

También están en constante comunicación con su supervisor, y están muy satisfechos con ellos. Esto se refleja en la alta correlación entre el tiempo pasado con el supervisor y la satisfacción con éste ($r = 0.89$). Existen reuniones formales en donde normalmente ven a sus supervisores para discutir el logro de objetivos. Se actualizan sobre nuevos programas de salud y otros anuncios del DS de Ciudad Quezon a través de seminarios regulares. Los supervisores les proporcionan asistencia personal al darles aperitivos por la tarde, ayuda en cuanto a transporte para aquellos que se desplazan diario para el trabajo y pequeños préstamos.

Muchos de los trabajadores de la salud comunitarios calificaron alto a sus supervisores (cinco de cinco) en todos los criterios del cuestionario (accesible, considerado, servicial, solidario y flexible con el tiempo). Un incremento en la satisfacción se traduce en un mejor interés y compromiso con las labores que realizan, ya que existe una correlación positiva, media entre las dos variables ($r_s = 0.48$).

Sin embargo, los supervisores no toleran los errores cometidos por ellos. Brindan orientación y los reprenden cuando es necesario. Los trabajadores de la salud comunitarios entienden por qué algunos de sus supervisores son estrictos, ya que todos unen esfuerzos en conjunto para alcanzar objetivos de salud comunes.

Tabla 4
Valores de coeficiente de correlación – variables de actitud

Variable	Coeficiente de correlación con la PAM	Coeficiente de correlación con otras variables
Facilidad en comunicar PF	$r_s = 0.02$ (muy bajo)	vs. la religión no afecta PF: $r_s = 0.51$ (alto)
Impacto de la religión en la prestación de atención en PF	$r_s = 0.02$ (muy bajo)	
Interés y compromiso (α de Cronbach = 0.81)	$r = 0.01$ (muy bajo)	
Satisfacción con el tiempo asignado a la atención de PF (α de Cronbach = 0.84)	$r = 0.11$ (bajo)	

Fuente:

Actitudes

La Tabla 4 muestra correlaciones entre la actitud hacia la PF y la PAM, que van desde insignificantes hasta bajas, debido a la pequeña variación en las respuestas a estas variables (Tabla 4).

La dificultad en comunicar la PF no proviene de los mismos trabajadores de la salud comunitarios, sino de los clientes que tienen varias ideas equivocadas acerca de su atención. Estas creencias culturales incluyen: (1) que los métodos permanentes, como la ligadura y la vasectomía, pueden afectar de manera negativa el desempeño sexual; (2) que el *coitus interruptus* o el método de retirada es un método moderno de PF; (3) que los DIUs inducen el aborto y (4) que el LAM no es un método de PF efectivo. Estas ideas erróneas normalmente surgen de chismes entre vecinas, quienes han tenido embarazos inesperados cuando estaban utilizando un método de PF particular. Los supervisores, los trabajadores de la salud comunitarios y algunos usuarios de PF declaran que la mayoría de los casos de embarazos inesperados se deben a que los usuarios no siguen de manera correcta las instrucciones.

También existen preocupaciones religiosas, aunque la Iglesia Católica en Filipinas se expresa abiertamente en contra del uso de medidas de control poblacional,^[15] los trabajadores de la salud comunitarios y los usuarios de PF, por igual, mencionaron en las discusiones de grupos focales que su fe católica no afecta su recomendación o uso de métodos de PF. Esto también se refleja en la alta correlación entre las variables de facilidad en

comunicar PF y la religión no afecta la PF ($r_s = 0.51$). Las preocupaciones también provienen de denominaciones locales, más pequeñas. Como se mencionó en la Sección III-B, existen muchos factores que contribuyen al continuo interés y compromiso de los trabajadores, aunque esto no necesariamente se traduce en un mejor desempeño de la PAM. Sin embargo, los clientes los respetan y aceptan su presencia en la comunidad.

Análisis de regresión múltiple

Se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple en las cuatro variables que tuvieron una fortaleza moderada de correlación con la PAM: capacitación recibida, subsidio recibido, satisfacción con los incentivos recibidos y edad.

El análisis estadístico muestra que el coeficiente de regresión múltiple es $r = 0.51$, con un coeficiente de determinación $r^2 = 0.26$ y $p = 0.000$. Las cuatro variables independientes dan cuenta del 26% de la variación en la PAM.

También se calcularon los coeficientes no estandarizados (B), que se presentan en la Tabla 5. El incremento en la edad de los trabajadores de la salud comunitarios tuvo un efecto negativo sobre la PAM (descenso de alrededor del 1% por cada año de aumento), mientras que otros tuvieron un impacto positivo. Los centros de salud con bajo desempeño tienen un desempeño de PAM de alrededor 60%. Para poder alcanzar el 100% para el siguiente año, las posibles intervenciones incluyen 14 horas más de capacitación o un incremento en el subsidio mensual de alrededor de Php 360 (cerca de US\$8).

Tabla 5
Coefficientes no estandarizados (B) para las
VARIABLES con correlación moderada con PAM

Variable (Unidad)	B
Capacitación recibida (horas)	2.847
Subsidio recibido (PhP)	0.11
Satisfacción con los incentivos	2.308
Edad (años)	-1.065

Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

En este estudio se encontró que los factores más importantes que afectan la prestación de servicios en planificación familiar por parte de los trabajadores de la salud comunitarios son: la capacitación recibida, el subsidio recibido, la satisfacción con los incentivos recibidos y la edad. La mayoría siente que la capacitación que reciben no es suficiente y que es repetitiva. Incluso si esto es así, ganan mayor autoridad y confianza al asistir a más sesiones de capacitación por con el conocimiento reunido.

Su saber sobre los servicios de PF se basa en más de lo que han aprendido con la capacitación, debido a la información que se comparte y la orientación de los supervisores. No obstante, esto no tiene un impacto directo sobre la forma en que prestan los servicios de PF a sus clientes, dado que éstos tienen sus propios recelos.

Los trabajadores también se encuentran generalmente poco satisfechos con los subsidios que reciben, un incremento definitivamente incrementaría su satisfacción, probablemente con un impacto sobre el desempeño de la PAM. Sin embargo, los bajos subsidios no afectan de manera negativa su interés y compromiso. Por lo general, se encuentran altamente satisfechos con sus supervisores y esto también se traduce en un mejor interés y compromiso con su trabajo.

Recomendación sobre políticas

Las sesiones de capacitación, no limitadas solamente a PF, deberían de ofrecerse de manera regular y estandarizada para todos los trabajadores de la salud comunitarios. Debería llevarse a cabo

primero un curso de una semana para normalizar la información que tienen todos, a pesar del número de años que tengan trabajando. Después, deberían tener cursos anuales de actualización de uno o dos días.

Los subsidios también tendrían que incrementarse, y añadirse prestaciones de seguridad social. Hace más de una década existía una ordenanza de la ciudad que aumentaba los subsidios del trabajador de la salud comunitario por cada año de servicio. Esto nunca se puso en práctica cuando se produjo un cambio en la administración.^[9] Esta legislación debería revisarse de nuevo para su futura implementación.

Los miembros más jóvenes de la comunidad deben ser alentados para servir como trabajadores de la salud comunitarios, un incremento en el subsidio podría incentivar su participación. El gobierno de la ciudad también puede trabajar en conjunto con las escuelas de enfermería y obstetricia para reclutar estudiantes interesados en salud comunitaria para que ejerzan como este tipo de trabajadores durante un año, como una forma de internado antes de terminar su educación.

Agradecimientos

Al Departamento de Salud de la Ciudad Quezon, especialmente a la jefa de PF, Dra. Esperanza Anita Arias, y a la supervisora del Distrito 2, Vicky Bravo; al consejo estudiantil de la Universidad de Ateneo de Manila por la beca completa de investigación, al Programa de Ciencias de la Salud y a la asesora, Dra. Marita Concepcion Guevara, directora del Instituto de Cultura Filipina.

Referencias

1. Republic Act 7160: An Act Providing for a Local Government Code of 1991, 8th Congress of the Philippines (1991).
2. National Statistics Office [Philippines], ICF Macro, Philippines. National Demographic and Health Survey 2008: Key Findings. Claverton, Maryland, USA: NSO and ICF Macro; 2009.
3. David F, Chin F. Factors the Contribute to the Varying Performance of BSPOs and BHWs in the Delivery of Family Planning Services in Iloilo City. Philippines: Central Philippine University: Social Science Research Institute; 1994.

4. Anrudh J, RamaRao S, Costello M, Lacuesta M, Amoyen N. Learning About Clients' Needs: Family Planning Field Workers in the Philippines, 2002. In: Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning; 2011. vol. 4, p. 99-113.
5. De Guzman EM, Canda RG, Hisanan TM. Motivating Couples to Practice Family Planning through Chat Group Sessions in a Neighborhood Setting. Technical Notes. Philippines: The Social Acceptance Project: Family Planning (TSAP-FP), United States Agency for International Development Philippines; 2006.
6. Crigler L, Hill K. Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix (CHW AIM): A Toolkit for Improving CHW Programs and Services. United States Agency for International Development; 2011.
7. Lacuesta MC, Sarangani ST, Amoyen ND. A Diagnostic Study of the DOH Health Volunteer Workers Program. *Phil Pop J.* 2002;9(1-4):26-36.
8. World Health Organization [Internet]. Geneva: Contraceptive Prevalence Rate [updated 2006; cited 2014 Mar 3]. Available from: <http://www.who.int/whosis/whostat2006ContraceptivePrevalenceRate.pdf>.
9. Arias EA. Interview at Quezon City Health Department [2013 Feb 6].
10. National Statistics Office [Philippines] [Internet]. Manila: Population and Annual Growth Rates for the Philippines and Its Regions, Provinces, and Highly Urbanized Cities Based on 1990, 2000, and 2010 Censuses [updated 2012; cited 2014 Mar 1]. Available from: http://www.census.gov.ph/old/data/pressrelease/2012/PHILS_summary_pop_n_PGR_1990to2010.pdf
11. Department of Health [Philippines], United States Agency for International Development. Family Planning Desk Flip Chart. Health Promotion and Communication Project; 2010.
12. Malwenna L, Jayawardana PL, Balasuriya A. Effectiveness of a Community-Based Health Educational Intervention in Reducing Unmet Need for Modern Methods of Family Planning among Ever-Married Reproductive Age Women in the Kalutara District, Sri Lanka. *Int J of Coll Res On Int Med And Pub Heal.* 2012;4(6):1097-14.
13. Raze H, Whittaker M, Jayasuriya R, Yap L, Brentnall L. Listening to the Rural Health Workers in Papua New Guinea – The Social Factors that Influence Their Motivation to Work. *Soc Sci and Med.* 2012;75:828-35.
14. Costello M, Lacuesta M, RamaRao S, Jain A. A Client-Centered Approach to Family Planning: The Davao Project. *Stud In Fam Plan.* 2001;32(4):302-14.
15. Palma J [Internet]. Manila: Statement on Reproductive Health Bill, Catholic Bishops Conference of the Philippines [updated 2012 July; cited 2014 Feb 15]. Available at: <http://www.cbcpnews.com/cbcpnews/?p=91>

Recibido: 25 de febrero de 2015.

Aceptado: 12 de marzo de 2015.



Medicina Social

Salud Para Todos