

# Costos y Beneficios de Visitas de Seguimiento Para Usuaris del DIU en el Instituto Mexicano de Seguridad Social

Por David Hubacher, Carmen Cárdenas, Daniel Hernández, Manuel Cortés y Barbara Janowitz

**Contexto:** En algunos países, los médicos generalmente programan visitas de seguimiento para las usuarias del DIU, aunque no se ha hecho un esfuerzo importante para comparar los beneficios de salud que aportan estas visitas regulares y los costos que esto representa para los programas.

**Métodos:** En un estudio prospectivo realizado en ocho clínicas del Instituto Mexicano de Seguridad Social entre 1.713 nuevas usuarias del DIU, se compararon los beneficios de salud y los costos de dos sistemas propuestos de seguimiento—de dos o cuatro visitas de seguimiento durante el primer año del uso. Para calcular los beneficios de salud y los costos de cada sistema, se recopilaron datos sobre la frecuencia de las diversas intervenciones médicas y el costo del trabajo y de los materiales.

**Resultados:** De las aproximadamente 2.000 visitas realizadas en total, 235 del sistema de cuatro visitas y 159 del de dos visitas estuvieron relacionadas con intervenciones médicas para tratar condiciones serias; 53 y 29, respectivamente, fueron visitas programadas para mujeres que no tenían síntomas pero que requerían de atención médica. Suponiendo que el programa suministra aproximadamente 250.000 DIUs por año, el costo ascendería a un total de US \$1,7 millones para el sistema de cuatro visitas y de US \$900.000 para el de dos visitas; el programa de cuatro visitas generaría 8.387 más visitas que requerirían de intervenciones médicas que el sistema de dos visitas, a un costo de US \$48 por visita.

**Conclusiones:** Las visitas adicionales de seguimiento ofrecen una oportunidad para diagnosticar y tratar problemas, y por lo tanto ofrecen una mayor seguridad para las usuarias del DIU. Sin embargo, el sistema de cuatro visitas cuesta mucho más que el método de solamente dos visitas.

Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial de 1999, págs. 25–30

En muchos países, los médicos programan visitas periódicas de seguimiento para las usuarias del DIU; aunque no se conoce la prevalencia a nivel mundial de esta práctica, la programación de vistas regulares de seguimiento (hasta cuatro durante el primer año después de haberse insertado el dispositivo) es muy común en una variedad de lugares.<sup>1</sup> La mayoría de los expertos en planificación familiar y en el uso de los DIUs, recomiendan un máximo de dos visitas durante el primer año de uso.<sup>2</sup> Sin embargo, otras fuentes clave no especifican cuál es el número apropiado de visitas de seguimiento,<sup>3</sup> y una de ellas recomienda tres visitas durante el primer año.<sup>4</sup>

La forma en que se establece el número de visitas de seguimiento no resulta clara; sin embargo, es probable que la explicación de las visitas de seguimiento frecuentes se basa en los protocolos de pruebas clínicas o está relacionada con la preocupación de los proveedores por el eventual desarrollo de la enfermedad pélvica inflamatoria. Las visitas de seguimiento frecuentes pueden tener por finalidad identificar condiciones asintomáticas que requieren de una inter-

vencción médica, tales como infecciones del tracto genital inferior debido a la *Clamidia tracomatis* y las primeras etapas de anemia clínica. Las recomendaciones de los médicos a las usuarias del DIU pueden reflejar las pautas establecidas por la institución o su propia opinión técnica de lo que consideran un cuidado de la salud apropiado.

Las visitas de seguimiento ocasionan gastos tanto a las usuarias (pago de visita, costo de transporte, pérdida de salario y diversos costos de oportunidad) como a los proveedores (en términos de uso de recursos generales y la interferencia con las citas programadas para pacientes que tienen necesidades médicas). En consecuencia, el sistema de visitas de seguimiento frecuentes debería demostrar que hay un evidente beneficio para la salud antes de ser aceptado como una práctica médica regular.

El estudio de la práctica de estas visitas de seguimiento para las usuarias del DIU ha estado limitado en su alcance y metodología. Un nuevo análisis de los datos de las pruebas clínicas reveló que estas visitas ofrecen limitados beneficios médicos.<sup>5</sup> Sin embargo, los investigadores basaron

su estudio en la información extraída de los formularios de casos y en una interpretación médica de las visitas clínicas recibida de segunda mano; además, no estimaron los costos de las visitas ni los compararon con los potenciales beneficios de salud. En Ecuador, los investigadores entrevistaron a las usuarias del DIU que regresaban a la clínica para sus visitas, y estimaron (indirectamente) las repercusiones programáticas de las diferentes normas de seguimiento. De esta manera establecieron que si se reduce el número de las visitas de seguimiento, se produce una pequeña disminución del número de problemas detectados, aunque esto también permite considerables ahorros de recursos y ofrece un mayor acceso a los servicios de salud.<sup>6</sup>

El estudio que describimos en este artículo mejora el esfuerzo realizado hasta el presente, porque en él se utiliza un diseño experimental para comparar los beneficios médicos y el costo de las visitas de seguimiento regulares para las usuarias del DIU que obtienen estos servicios en el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el mayor proveedor de servicios de salud de México.<sup>7</sup> Cuando se inició el estudio, las instituciones públicas de salud en México seguían las pautas que especificaban tres visitas de seguimiento durante el primer año de inserción del DIU,<sup>8</sup> pero entrevistas informales con los proveedores indicaron que estas directivas no se cumplían con rigor y que muchos médicos recomendaban que se realizaran cuatro visitas durante el primer año de uso.

Nuestro estudio ha sido diseñado para

David Hubacher es asociado principal de investigaciones y Barbara Janowitz es directora de investigaciones de servicios de salud, ambos de Family Health International (FHI), Research Triangle Park, North Carolina, EE.UU. Carmen Cárdenas y Daniel Hernández son consultores de la Academia Mexicana de Investigaciones Médicas y Demográficas, Ciudad de México. Manuel Cortés es investigador médico del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Ciudad de México. Para este estudio se recibió ayuda de FHI con fondos de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), de conformidad con el acuerdo de cooperación CCP-A-00-95-00022-02. Las opiniones que se reflejan en este estudio no necesariamente son compartidas por FHI o USAID. Cynthia Waszak y Judith Fortney ayudaron aportando comentarios sobre las versiones anteriores de este artículo.

conocer tanto los aspectos clínicos como los relacionados con el costo. La interrogante clínica más importante fue si un mayor número de visitas de seguimiento incrementaría la seguridad del uso del DIU. Las interrogantes relacionadas con el costo fueron cuál sería el costo para el IMSS de cada una de las visitas de seguimiento y cuál sería la proyección del costo anual para la institución al mantener el programa de visitas de seguimiento recomendado. Se pueden utilizar las respuestas a estas interrogantes para comparar el mayor costo de las visitas adicionales y los potenciales beneficios para la salud. Tomando en cuenta que el DIU es el método anticonceptivo reversible más utilizado en México, lo cual representa el 22% del uso total,<sup>9</sup> este estudio resulta muy importante para el programa de planificación familiar de este país; evidentemente, esta información es necesaria para mejorar los servicios ofrecidos a las mujeres usuarias del DIU.

## Datos y métodos

Mediante el uso de datos básicos recopilados en las clínicas de salud del IMSS, nuestro estudio comparó dos sistemas de seguimiento de las usuarias del DIU: el de cuatro visitas (uno, tres, seis y 12 meses después de la inserción) y el de dos visitas (uno y 12 meses después de la inserción). Se utilizó una estrategia de asignar grupos en bloques a un tipo específico de tratamiento: comenzamos por reclutar las que formaban el grupo de cuatro visitas de seguimiento, y cuando alcanzamos a la mitad de la cuota, cambiamos para reclutar las mujeres para el grupo de dos visitas. La cuota de cada clínica estaba basada en el volumen de usuarias y en el número de personas requerido para alcanzar a una muestra que permite medir una diferencia de 5% en complicaciones resultantes de la temprana interrupción en el uso del DIU (el indicador de más fácil medición que teníamos para estimar los requisitos del tamaño de la muestra). La etapa de reclutamiento simuló una designación aleatoria, debido a que los dos grupos de mujeres eran homogéneos con respecto a las características disponibles socioeconómicas, demográficas, ginecológicas y relacionadas con la inserción.<sup>10</sup>

La unidad de investigación de la Coordinación de Servicios de Salud Reproductiva y Materno-Infantil del IMSS administró todos los aspectos del estudio, y contó con la asistencia técnica de Family Health International. Se adiestró al personal de las clínicas para llevar a cabo el estudio, y éstos fueron supervisados por

el médico encargado de los servicios en cada clínica.

Los datos recopilados durante las visitas de seguimiento fueron utilizados para preparar descripciones y resultados clínicos fácilmente resumidos. La variable dependiente básica utilizada para comparar los estados de salud de los dos tipos de tratamiento fue una intervención médica mayor, definida como prescripción de antibióticos (junto con un diagnóstico de infección del tracto genital); solicitud de cultivo, examen de embarazo o radiografía; y el retiro del DIU debido a causas médicas (incluidas las expulsiones). La segunda variable relacionada con la salud fue la queja de la paciente sobre síntomas que podían estar relacionadas con los efectos secundarios del DIU o con infecciones del tracto genital, tales como irregularidades de la menstruación, flujo, prurito, fiebre, inflamación o dolor abdominal, dispareunia y dismenorrea.

La tercera variable necesaria para analizar el estado de salud consistió en verificar si la visita había sido programada o no, lo cual se determinó preguntándole a cada una de las pacientes la razón de su visita. Si declaraban que la visita era para una revisión médica, se la codificaba así, fuere cual fuere el momento en que lo hacía. (Esta definición refleja la perspectiva de la usuaria, y evita la clasificación errónea que puede resultar cuando las visitas regulares, por alguna razón determinada, tienen que ser reprogramadas.) Al comparar los tratamientos, definimos como un beneficio adicional cualquier aumento en la detección de casos que requerían de una intervención médica mayor resultante del régimen de las cuatro visitas.

Asimismo, realizamos un análisis para estimar los costos de los servicios, estableciendo como la variable dependiente básica el costo del proveedor de los diferentes tipos de visitas de seguimiento para el control del DIU (visitas programadas contra visitas no programadas, y visitas que involucraban una intervención médica contra aquellas que no resultaron en una intervención médica). Se consideraron únicamente los costos del trabajo y de los materiales. Los costos por concepto de trabajo eran el costo total de emplear a las personas involucradas en la prestación del servicio de visitas de seguimiento (repcionistas, enfermeras y médicos), incluyendo sueldos y beneficios (licencias, aportes jubilatorios, seguros de salud, etc.) y se computaban como una función de tiempo utilizado en el suministro de estos servicios. Entre los costos de material se incluyeron todos los artículos desechables

y medicamentos usados para el tratamiento. No se tomaron en cuenta los gastos generales relacionados con la administración del servicio, ni la depreciación de los costos de los bienes de capital.

El reclutamiento de las participantes comenzó en junio de 1992 y continuó durante cuatro meses; se les solicitó que participaran en el estudio del IMSS, a mujeres de ocho clínicas que deseaban un DIU y que no tenían contraindicaciones para su uso. En total, se registraron a 1.713 nuevas aceptantes: 808 en el tratamiento de cuatro visitas y 905 en el de dos visitas. Las participantes de ambos grupos recibieron un DIU T de cobre 380A, y como todas las mujeres debían regresar para la primera visita un mes más tarde, hasta ese instante los grupos eran equivalentes. Ambos grupos debían someterse a una visita 12 meses después de la inserción. Este período de seguimiento nos permitió observar cómo variaban los prestadores de los diferentes tratamientos en registrar las visitas, identificar los problemas médicos e incurrir costos.

En el momento del registro de las participantes, se les fijó una cita para la primera visita de seguimiento y se les indicó que debían regresar para una o tres visitas adicionales durante el próximo año. A todas las mujeres se les entregó el mismo tipo de información general sobre el DIU y se les dió instrucciones para su uso adecuado y seguro. Se les informó acerca de los ajustes que tendrían sus organismos como respuesta a la presencia del DIU y sobre los posibles síntomas que podrían requerir de atención médica. Además, a todas las mujeres se les enseñó a revisar los cordones del DIU después de cada ciclo menstrual. Aún más importante, se les indicó que podrían regresar a la clínica para una revisión en cualquier momento y que no tenían que esperar hasta la visita programada si consideraban que tenían un problema.

Las visitas de seguimiento se programaban por separado y se anotaba la fecha y hora de la próxima visita en el libro de citas de la clínica y en una libreta pequeña que se entregaba a la paciente. (Estas son las normas para citas médicas que se utilizan en las clínicas de planificación familiar del IMSS.) De esta manera, por ejemplo, a una mujer asignada al sistema de cuatro visitas, se le fijaba la fecha y hora de la segunda visita para tres meses después, al finalizar la primera visita de seguimiento. No se intentaba recordarles de sus citas ni se les llamaba si faltaban a su visita de seguimiento.

Se utilizaron cuatro instrumentos clave

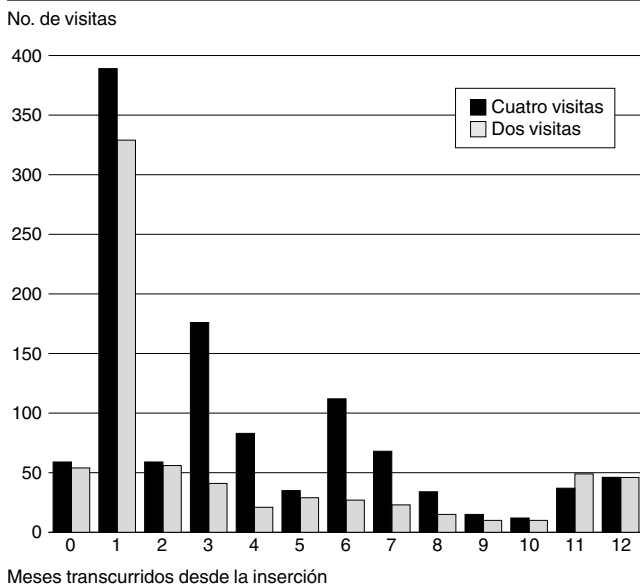
**Cuadro 1. Distribución porcentual de usuarias del DIU, por el número de visitas de seguimiento realizadas, según el sistema de visitas, Instituto Mexicano de Seguridad Social, 1992-1993**

No. de visitas realizadas	Sistema de cuatro visitas* (N=808)	Sistema de dos visitas (N=905)
0	35,3	47,0
1	25,9	34,2
2-3	27,8	17,3
≥4	11,1	1,6
Total	100,0	100,0

\*Las distribuciones difieren significativamente a  $p < .05$ .

para recopilar datos: los formularios de admisión (para registrar la información de línea de base sobre la aceptante del DIU); los datos de la cita de seguimiento (para documentar la información clínica sobre la visita de seguimiento); los formularios de circulación de pacientes (para controlar la cantidad de tiempo que los diferentes miembros del personal habían dedicado a una usuaria); y hojas de cálculo de costos (para contabilizar los costos de material utilizado en los diferentes tipos de visitas y para registrar los sueldos y beneficios de los proveedores). Los datos recogidos de los formularios de circulación de pacientes y de las hojas de cálculo de costos fueron utilizados para estimar el costo del trabajo realizado. Las hojas de cálculo de costos suministraban datos sobre el costo por unidad de trabajo, lo cual se multiplicó por el promedio de tiempo empleado en cada visita.

**Gráfico 1. Número de visitas de seguimiento de usuarias del DIU, por los meses transcurridos desde la inserción, según el sistema de visitas**



Se utilizó un procedimiento similar para estimar los costos de los materiales, excepto que la cantidad promedio de materiales utilizados por visita fue obtenida mediante entrevistas mantenidas con los proveedores del servicio. Finalmente, las estadísticas del servicio del IMSS que indicaban el número de inserciones de DIUs realizadas en el programa urbano de 1992, fueron incorporadas al análisis para estimar el número de visitas de seguimiento que se hubieran generado bajo un sistema de dos visitas o de cuatro visitas, y con esto, se calculó el costo de cada uno de los sistemas.

## Resultados

### Número y momento de las visitas

Si bien las mujeres de ambos grupos tenían una cita de revisión médica después de un mes de uso del DIU, 35% de las mujeres del grupo del sistema de cuatro visitas y 47% de aquellas del sistema de dos visitas no regresaron a la clínica (Cuadro 1). Solamente el 11% de las mujeres del sistema de cuatro visitas asistieron a las cuatro visitas programadas o más, en tanto que el 19% de las del sistema de dos visitas asistieron a dos o más visitas.

Como estaba previsto, el número total de visitas de seguimiento fue mucho más elevado entre el grupo del sistema de cuatro visitas (1.135) que en el grupo de dos visitas (710). Si todas las mujeres hubieran cumplido a la perfección su programa de visitas de seguimiento, las del grupo de cuatro visitas hubieran asistido al doble de citas que aquéllas del grupo de dos; sin embargo, tomando un promedio de 1,4 visitas por mujer en el sistema de cuatro y de 0,8 en el grupo de dos, la verdadera razón era de 1,8 a 1,0.

Además de generar diferencias previstas en el volumen de visitas, las estrategias de reclutamiento produjeron diversas tendencias con respecto al momento en que se producían las visitas (Gráfico 1). Hay un claro y definido pico alrededor del primer mes y un significativo conglomerado de visitas 11 y 12 meses después de la inserción del DIU, o sea, cuando ambos sistemas debían contar con citas programadas. En el sis-

**Cuadro 2. Distribución porcentual de visitas de seguimiento de usuarias del DIU, por el propósito de la visita, según el sistema de visitas**

Propósito de la visita	Total (N=1.845)	Cuatro visitas* (N=1.135)	Dos visitas (N=710)
Programadas	83,1	87,2	76,5
No programadas	14,4	10,4	20,7
Seguimiento médico†	2,5	2,4	2,8
Total	100,0	100,0	100,0

\*Las distribuciones difieren significativamente a  $p < .05$ . †Visitas de seguimiento debido a diagnósticos o tratamientos previos.

tema de cuatro visitas de seguimiento, se notan picos adicionales a los tres y seis meses después de realizada la inserción. Las visitas en otros momentos se deben al momento en que se realizaron visitas no programadas y a la decisión de las mujeres de fijar citas de acuerdo con su propia conveniencia.

Hay una tendencia evidente a no asistir a las visitas de seguimiento programadas a medida que aumenta el período de uso del DIU. Sin embargo, la diferencia del número de visitas entre las participantes de los dos grupos es constante y obvio. Además, es notable que las mujeres del grupo de dos visitas tuvieron un número semejante de visitas que sus colegas durante los últimos meses de seguimiento, cuando su otro y único contacto programado con el personal de la clínica se había realizado 10 u 11 meses antes.

### Tipo de visita

Como era de esperar, la gran mayoría (83%) de las visitas de seguimiento eran programadas (Cuadro 2); el 14% no eran programadas y el 3% correspondieron a visitas realizadas debido a un diagnóstico o tratamiento previos. Se registró una diferencia estadísticamente significativa y evidente en esta distribución según el sistema de visitas de seguimiento. Una proporción más elevada de citas fueron programadas en el sistema de cuatro visitas (87%) que en el sistema de dos visitas (77%). En forma inversa, el sistema de dos visitas presentó un porcentaje mucho más elevado de visitas no programadas (21%) que el sistema de cuatro visitas (10%). En ambos grupos, el 2-3% de las visitas se debieron a un seguimiento para un tratamiento médico necesario.

En ambos sistemas, el 21-22% de las visitas correspondieron a intervenciones médicas mayores (Cuadro 3, página 28), en su mayoría la prescripción de antibióticos para tratar probables casos de infecciones del tracto genital. Durante todo el período de seguimiento, se produjeron in-

**Cuadro 3. Porcentaje y número de visitas debido a intervenciones médicas mayores, por el tipo de intervención y según el sistema de visitas**

Tipo de intervención	Cuatro visitas		Dos visitas	
	%	No.	%	No.
<b>Total</b>	<b>20,7</b>	<b>235</b>	<b>22,4</b>	<b>159</b>
Antibiótico†	15,5	176	14,5	103
Cultivos	5,6	64	5,5	39
Radiografías	0,8	9	1,0	7
Pruebas de embarazo	1,8	20	1,6	11
Retiro del DIU debido a razones médicas	1,2	13	2,1	15

†Coincidente con diagnóstico de infección del tracto genital. Nota: Los números y porcentajes no suman a los totales porque algunas visitas incluyen casos de múltiples intervenciones médicas mayores.

intervenciones médicas mayores en los dos grupos sin notarse una marcada diferencia entre un grupo y otro (Cuadro 4). El número de intervenciones aumentó a medida que incrementó el número de visitas de seguimiento realizadas durante el intervalo posterior a la inserción. En consecuencia, en el grupo del sistema de cuatro visitas, se registraron más visitas al concluir el primero, tercero y sexto mes que en otros intervalos, y el número de intervenciones también fue más elevado.

Se podría esperar que, durante los meses sin visitas programadas, una alta proporción involucrarían intervenciones médicas mayores, debido a que las visitas no programadas con frecuencia se deben a problemas médicos. Sin embargo, es notable señalar que no hay una tendencia constante que apoye en forma convincente esta teoría.

Para comprender mejor cómo cada sistema llegó a identificar las condiciones que requieren de una intervención médica, se deben separar factores tales como la presencia de síntomas y el tipo de visita (programada contra no programada). Por ejemplo, una usuaria del DIU que asiste a una visita no programada porque tiene síntomas preocupantes, quizá reciba tratamiento por algún problema específico; en esta situación, sería un error concluir que su sistema de visitas de seguimiento ayudó a identificar este problema que requirió de tratamiento.

De las 1.108 visitas de las mujeres del sistema de cuatro visitas de seguimiento, la mitad correspondían a mujeres que no tenían síntomas, y la gran mayoría eran visitas programadas; 53 visitas programadas, que resultaron en una intervención médica, fueron hechas por mujeres que no experimentaban síntomas ningunas (Gráfico 2). De las 690 visitas programadas entre las mujeres del grupo de dos visitas, 29 eran hechas por mujeres que no tenían

síntomas, pero resultaron en intervenciones médicas mayores. Este total de 82 visitas representa los beneficios posibles derivados de una atención basada en visitas de seguimiento programadas, debido a que estas mujeres no tenían ninguna razón para realizar una visita a la clínica y sin embargo, gracias a ello, fueron sometidas a intervenciones médicas mayores. Dado que los dos grupos inicialmente tenían un número similar de participantes, el sistema de cuatro visitas parece doblemente eficaz en la capacidad de identificar situaciones que requerían de intervenciones médicas mayores.

### Costos para el programa

Los costos de las visitas variaron considerablemente de acuerdo con las características de la misma (Cuadro 5). Las visitas con una intervención costaban más del doble que las que no tenían una intervención, en parte porque requerían de más tiempo del personal para suministrar los servicios adicionales. Por ejemplo, las visitas programadas sin intervención ninguna correspondían a un promedio de cinco minutos del tiempo del médico, tres minutos del tiempo de la enfermera y un minuto del tiempo de la recepcionista; a su vez, las visitas programadas que necesitaban de una intervención consumían ocho, seis y dos minutos, respectivamente, del tiempo del dicho personal (no indicado). Las intervenciones también incrementaban los costos debido al uso de material adicional (medicamentos, exámenes de laboratorio, etc.).

Al aplicar los resultados de costos y de la distribución de las visitas obtenidos de nuestro estudio al número de inserciones de DIUs que se llevaron a cabo en el programa urbano del IMSS en 1992 (aproximadamente 250.000<sup>11</sup>), estimamos que el sistema de cuatro visitas le costaría al programa unos US \$784.000 más al año que el sistema de dos visitas (US \$1,7 millones contra US \$900.000, respectivamente). Además, calculamos que el sistema de cuatro visitas ofrecería unas 8.387 más intervenciones médicas mayores que el sistema de dos visitas; en otras palabras, el sistema de cuatro visitas beneficiaría a las participantes en el programa al identificar 8.387 casos de complicaciones médicas que de otra manera no se hubieran detectado.

En ambos sistemas los costos se dividen, casi por igual, entre materiales y mano de obra; en el diferencial de costo total, US \$403.000 corresponden a materiales y US \$381.000 a mano de obra. Si suponemos que no se harán reducciones de personal para disminuir los costos de mano de obra y que el personal utilizado

en el sistema de cuatro visitas continuará utilizándose a toda su capacidad, incluso en el sistema de dos visitas, entonces el único costo real para el IMSS, cuando se utilice el sistema de cuatro visitas, será el relativo al costo de los materiales. En consecuencia, el costo de una visita en la que se requiere de una intervención médica mayor es de US \$48 (US \$403.000/8.387).

Si por otro lado, se necesita más personal para trabajar en el sistema de cuatro visitas, resultaría que el IMSS incurriría en un gasto adicional de US \$381.000 en recursos para prestar ese servicio. En ese caso, el costo de cada visita sería de US \$93 (US \$784.000/8.387).

### Discusión

Nuestros resultados sugieren que la práctica de las visitas de seguimiento frecuentes entre las usuarias del DIU resulta útil para detectar casos que requieren de una intervención médica, y un sistema de cuatro visitas de seguimiento después de la inserción de un DIU aporta el doble de beneficios que un sistema de sólo dos visitas de seguimiento. Sin embargo, el sistema de cuatro visitas cuesta casi el doble que el de dos visitas. Lo importante es saber cuál es el costo adicional del sistema de cuatro visitas en comparación con el de dos visitas, teniendo en cuenta que con el primer sistema hay mayores probabilidades de detectar casos que necesitan de una intervención médica. Calculamos este costo adicional y asciende a US \$48 por visita.

No analizamos el efecto que representa cada sistema en los costos para las usuarias del DIU. Sin embargo, dado que las mujeres inscritas en el sistema de cuatro visitas, en promedio, realizaron un mayor número de visitas que sus contrapartes, es muy probable que hayan incurrido en costos mayores y muy posiblemente en

**Cuadro 4. Número de intervenciones médicas mayores y número total de visitas, por mes de postinserción, según el sistema de visitas**

Meses postinserción	Cuatro visitas		Dos visitas	
	Intervenciones	Visitas	Intervenciones	Visitas
0	16	59	9	54
1	53	389	70	329
2	19	69	10	56
3	37	176	7	41
4	11	83	3	21
5	8	35	8	29
6	27	112	3	27
7	15	68	12	23
8	16	34	6	15
9	6	15	2	10
10	1	12	6	10
11	12	37	13	49
12	14	46	10	46

**Cuadro 5. Costo de la visita de seguimiento de usuarias del DIU, por el tipo de visita y costo, según si durante la visita se realizó una intervención médica**

Tipo de la visita y costo	Sin intervención	Con intervención
<b>Programada</b>	<b>\$2,60</b>	<b>\$6,80</b>
Por concepto de trabajo†	2,00	3,00
Por materiales	0,60	3,80
<b>No programada</b>	<b>\$2,30</b>	<b>\$6,80</b>
Por concepto de trabajo†	1,70	3,20
Por materiales	0,60	3,60

†Salarios y beneficios de médicos, enfermeras y recepcionistas.

pérdidas financieras reales en términos de los salarios o de los costos de transporte. (El IMSS no cobra pagos participativos cuando se trata de visitas a las clínicas de planificación familiar.) No obstante las recomendaciones de sus médicos, muchas mujeres que participaron en nuestro estudio no regresaron para todas las visitas de seguimiento; quizá el beneficio percibido de la visita a la clínica era pequeño en comparación con los costos (tales como fueran). No sabemos si la participación de las mujeres en el estudio influyó en que cumplieran con las recomendaciones de los médicos de regresar para las revisiones médicas.

Este estudio de investigación se benefició de un diseño experimental y fue realizado en un entorno natural de prestación de servicios en el que los proveedores del mismo indicaron a las participantes que regresaran para su visita de seguimiento, aunque la decisión de regresar o no era de ellas. Este experimento no generó el volumen de visitas de seguimien-

to que se podría esperar en una prueba clínica; sin embargo, la estrategia de reclutamiento produjo diferencias lógicas de frecuencia y de periodicidad de las visitas de seguimiento. Estas diferencias conservaron la integridad del diseño del estudio y nos permitió analizar los datos sin preocuparnos excesivamente por la pérdida de seguimiento. Además, una encuesta realizada entre los casos de pérdida de seguimiento reveló que las mujeres asignadas a ambos sistemas tuvieron experiencias similares con respecto a los efectos secundarios del DIU, a las visitas a otros centros médicos y también a las intervenciones médicas.<sup>12</sup> Estos resultados indican que si cada usuaria del DIU hubiera cumplido perfectamente con el programa de visitas recomendado, los resultados hubieran sido similares a los que obtuvimos.

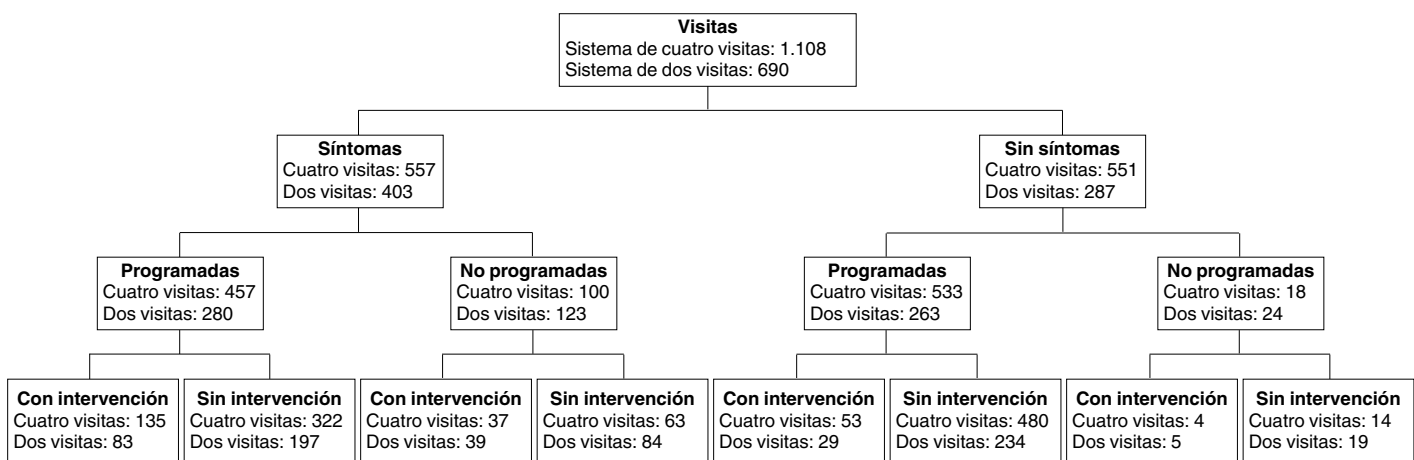
Este estudio tuvo muchos puntos sólidos, aunque también un aspecto débil importante: es probable que los médicos se mostraron conservadores en sus diagnósticos y procedieron con intervenciones médicas cuando no era necesario. Esto resulta particularmente relevante en los casos en que se sospechaba de una infección del tracto genital, debido a que el estudio no requería de exámenes de laboratorio para asistir en hacer un diagnóstico correcto. Además, tomando en cuenta que la prescripción de antibióticos fue el tipo predominante de intervención médica mayor, es probable que hayamos sobrestimado el beneficio de las visitas programadas de seguimiento para proteger la salud de las usuarias del DIU, ya que la administración de algunos de estos anti-

bióticos quizá no era necesaria. Pues, las investigaciones futuras no deben basarse únicamente en las opiniones y acciones subjetivas de los médicos, sino que deberán incorporar criterios objetivos para evaluar los beneficios (por ejemplo, exámenes de laboratorio para confirmar la presencia de una patología específica causante de la infección).

En nuestro análisis de las intervenciones médicas mayores de acuerdo con los meses posteriores a la inserción, no surgieron tendencias claras que podrían indicar un cronograma óptimo para la fijación de visitas de seguimiento, aunque la incidencia de los eventos estuvo correlacionada con el número de visitas realizadas durante ese intervalo. Puede resultar que las situaciones en que se requirió de intervenciones médicas mayores para las usuarias del DIU, no estén uniformemente distribuidas dentro del período posterior a la inserción (por ejemplo, tanto las expulsiones del dispositivo como las infecciones del tracto genital superior [debido a condiciones asépticas] tienen mayores probabilidades de ocurrir en los primeros meses del intervalo). Sin embargo, no hay razón para pensar que estos eventos ocurren naturalmente en mayor número tres y seis meses después de la inserción, y no cuatro o cinco meses de haberse efectuado la inserción. La obvia acumulación de eventos en los intervalos de visitas programadas tiende a apoyar la sospecha de que los médicos hayan realizado intervenciones innecesarias.

En última instancia, la decisión de modificar el sistema de las visitas estará en manos de los administradores de los pro-

**Gráfico 2. Número de visitas de seguimiento de usuarias del DIU, por las características de la visita, según el sistema de visitas**



Nota: Las intervenciones son intervenciones médicas mayores, tales como la prescripción de antibióticos debido a un diagnóstico de infección del tracto genital; órdenes de cultivos, radiografías o pruebas de embarazo; y las eliminaciones de DIUs debido a razones médicas.

gramas, quienes tendrán que decidir si los beneficios adicionales justifican los mayores costos de un número superior de visitas. Desde el punto de vista conservador, en que considera necesarias todas las intervenciones médicas de este estudio, el administrador del programa sólo tiene que comparar los costos y beneficios directamente para decidir qué sistema le conviene adoptar. Si se opta por el sistema de dos visitas, toda preocupación sobre intervenciones médicas innecesarias y sobreestimación de beneficios se vuelve irrelevante.

Al evaluar su política sobre las visitas de seguimiento para las usuarias del DIU, los administradores de los programas del IMSS analizaron los resultados de este estudio y consultaron estudios publicados sobre este tema. Asimismo, estudiaron las medidas de protección que ya existen en el IMSS para minimizar la incidencia de los efectos adversos. (Entre estas estrategias se incluyen la preselección de las candidatas potenciales para usar el DIU que se encuentran en situación de riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y la consejería de alta calidad que se efectúa antes de proceder a la inserción sobre los aspectos de uso seguro y eficaz del dispositivo.) Con el tiempo, los administradores del programa concluyeron en que es necesario realizar solamente una visita de seguimiento un mes después de la inserción; esta recomendación se encuentra en el manual de la institución sobre métodos anticonceptivos,<sup>13</sup> el cual es utilizado por el personal que presta servicios de planificación familiar. El manual sugiere que las revisiones médicas adicionales se pueden realizar en cualquier

momento en que la usuaria perciba síntomas de efectos secundarios o en el momento que se sometan al examen de Papanicolaou.

Hasta hace poco tiempo, había poco interés en examinar si las prácticas de los proveedores de anticonceptivos rinden beneficios dudosos. Las visitas programadas de seguimiento, los exámenes pélvicos obligatorios y los exámenes de laboratorio son los objetivos básicos para realizar una posible comprobación, según el método anticonceptivo y el contexto en que se requieren de los servicios. Sin embargo, la única verdad sobre los servicios es que alguien paga por ellos. En consecuencia, si bien el beneficio de un servicio puede resultar un poco dudoso, los costos son muy claros. Cuando varios trabajos de investigación indican que los beneficios de un servicio son insignificantes, los administradores de programas deben indicar a los proveedores que no continúen ofreciéndolo. Este enfoque fundamentado en pruebas y cuyo objetivo es mejorar las normas del servicio es un componente importante para mejorar los servicios para todos.

#### Referencias

1. Foreit J et al., Cost control, access and quality of care: the impact of IUD revisit norms in Ecuador, *Journal of Health and Population in Developing Countries*, 1998 1(2):11-18; Janowitz B et al., Should the recommended number of IUD revisits be reduced? *Studies in Family Planning*, 1994, 25(6):362-367; y Cárdenas C et al., *Comparing Two IUD Follow-Up Schemes: Final Report*, Research Triangle Park, NC, EEUU: Family Health International, 1996.
2. Hatcher RA et al., *The Essentials of Contraceptive Technology*, Baltimore, MD, EEUU: Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, 1997; American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), *The Intrauterine Device*, Technical Bulletin, Wash-

ington, DC: ACOG, 1992, No. 164; Federación Internacional de la Planificación Familiar (FIPF), *Medical and service delivery guidelines for family planning*, Nueva York: FIPF, 1992; Ortho Pharmaceutical Corp., *Prescribing Information: ParaGard® T380A Intrauterine Copper Contraceptive*, Raritan, NJ, EEUU: Ortho Pharmaceutical Corp., 1995; y McIntosh N, Kinzie B y Blouse A, eds., *IUD Guidelines for Family Planning Service Programs: A Problem-Solving Reference Manual*, Baltimore, MD, EEUU: Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics, 1993.

3. Centers for Disease Control (CDC), *IUDs: Guidelines for Informed Decision-Making and Use*, Atlanta, GA, EEUU: CDC, 1987; Organización Mundial de la Salud (OMS), *Mechanism of Action, Safety, and Efficacy of Intrauterine Devices*, Technical Report, Ginebra: OMS, 1987, No. 753; y Hatcher RA et al., *Contraceptive Technology*, 16th ed., Nueva York: Irvington Publishers, 1994.
4. Program for Appropriate Technology in Health (PATH) y Population Council, *The Copper T 380A IUD: A Manual for Clinicians*, second ed., Seattle, WA, EEUU: PATH, 1989.
5. Janowitz B et al., 1994, op cit. (véase referencia 1).
6. Foreit J et al., 1998, op cit. (véase referencia 1).
7. Consejo Nacional de Población, *La Demanda de Servicios de Salud en México*, México DF: Consejo Nacional de Población, 1995.
8. Secretaría de Salud, Para la planificación familiar en la atención primaria de la salud, *Diario Oficial de la Federación*, Norma Técnica, México DF: Secretaría de Salud, 1986, No. 22.
9. Secretaría de Salud y Consejo Nacional de Población, *Análisis de la Situación del Programa de Planificación Familiar Según Datos de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar*, México DF: Secretaría de Salud y Consejo Nacional de Población, 1996.
10. Cárdenas C et al., 1996, op cit. (véase referencia 1).
11. Estadísticas de servicios de 1992 (sin publicar), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): México DF.
12. Cárdenas C et al., 1996, op cit. (véase referencia 1).
13. Subdirección General Médica, Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil, IMSS, *Manual para el Uso de la Metodología Anticonceptiva*, México DF: Subdirección General Médica, Jefatura de Servicios de Salud Reproductiva y Materno Infantil, IMSS, 1994.