

Cómo Mejorar la Prestación de Servicios Integrales de Salud Reproductiva

Por Ricardo Vernon y James Foreit

Muchos de los países que suscribieron el Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994,¹ aún deben pasar de las declaraciones políticas a la ejecución de programas integrales de salud reproductiva. Sin embargo, este paso es un desafío para los administradores de los programas de salud por diversas razones: en primer lugar, el compromiso implica aumentar el número y tipo de servicios que deben prestar los programas de salud reproductiva a cada persona; en segundo lugar, se tiene que tomar en cuenta que la población seguirá creciendo y, por lo tanto, también aumentará el número de personas que requerirán de dichos servicios. Por último, si se deben pagar más servicios para cada persona y se tiene que atender a una población más numerosa, los programas de salud reproductiva tendrán que mejorar su eficiencia. Una de las mejores maneras de enfrentar estos retos consiste en prestar servicios integrales de salud reproductiva.

La oferta sistemática de servicios

Los prestadores de servicios de planificación familiar y salud reproductiva promueven frecuentemente sus servicios en las comunidades para aumentar la cobertura de sus programas. Sin embargo, muchos de estos programas suelen perder oportunidades para proporcionar estos servicios a algunas personas que los necesitan por no revisar sistemáticamente las necesidades de las usuarias que asisten a consultas en sus clínicas y hospitales. Varios proyectos de investigación operativa en América Latina han demostrado que se puede mejorar la integralidad de la atención en salud reproductiva mediante la revisión sistemática de las necesidades de las clientas, y la oferta sistemática de los servicios con los que pueden satisfacerse estas necesidades.* En estos

proyectos, se ha logrado que las usuarias de clínicas y centros de salud reciban una gama de servicios preventivos más completa mediante la capacitación del personal de salud en el uso de instrumentos simples de tamizaje.

Incluso antes de la conferencia de El Cairo, casi todos los proveedores de salud públicos y no lucrativos en América Latina ofrecían en sus instalaciones una variedad de servicios de atención materno-infantil y de salud reproductiva. Entre estos servicios se cuentan los de atención prenatal y postnatal, planificación familiar, prevención del cáncer cérvico-uterino y de mama, y el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Además, las madres llevan rutinariamente a sus hijos a los centros de salud para recibir servicios de pediatría y de crecimiento y desarrollo del niño sano. Si bien estos servicios están normalmente disponibles a la misma hora y en el mismo lugar, muchas veces las mujeres no saben de su existencia y no los solicitan, aun cuando los necesiten y los deseen, por lo que los servicios se utilizan por debajo de sus posibilidades.² En América Latina, por lo tanto, la principal barrera para la prestación de servicios integrales de salud reproductiva es más el desconocimiento que las usuarias tienen de los servicios disponibles y la escasa promoción de éstos, que la ausencia misma de dichos servicios.

Un estudio realizado en Guatemala descubrió que aproximadamente el 29% de las mujeres que acudían a los centros de salud no sabían que allí había servicios de planificación familiar disponibles, y el 11% no tenían conocimiento de los servicios de crecimiento y desarrollo del niño sano que allí se ofrecían.³ El Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES), una organización sin fines de lucro, empezó a ofrecer en 1995 muchos servicios de salud reproductiva nuevos cuya demanda permaneció por debajo de lo esperado. En

1996, la organización llevó a cabo una encuesta entre sus clientas para determinar qué otros servicios les gustaría recibir de las clínicas de INPPARES, aparte de los que ya se brindaban. Más del 34% de las personas entrevistadas indicaron que deseaban algunos de los tratamientos que ya disponía la clínica, tales como diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, y exámenes de detección del cáncer.⁴

Las personas por lo general van a las clínicas para atender un problema específico de salud u obtener un servicio determinado, e ignoran otros servicios que en ese momento no tienen la misma relevancia para ellos. Por ejemplo, es probable que una madre que lleva a su hijo a vacunarse a la clínica no averigüe sobre servicios de planificación familiar, aun cuando desee obtener anticonceptivos. Por su parte, los proveedores del servicio tienden a concentrarse en el problema específico que les presentan sus clientas y no siempre dan información o revisan qué otros servicios preventivos podrían necesitar sus pacientes, aun cuando tales servicios estén disponibles.

En el estudio realizado en Guatemala, 167 (25%) de 695 mujeres unidas en edad fértil que acudieron a los centros de salud

Ricardo Vernon es asociado principal de programas y director regional para América Latina, Proyecto Fronteras en Salud Reproductiva, Population Council, Ciudad de México. James Foreit es asociado principal de programas, Population Council, Washington, DC.

*El término "oferta sistemática de los servicios" era utilizado en la Secretaría de Salud de México hacia 1982 para denominar una estrategia similar. Otros términos que se han utilizado para comunicar ideas similares han sido los de "oportunidades perdidas" (véase, por ejemplo, *Investigación Operativa en Salud Reproductiva 1995-1998*, México, DF: INOPAL III/Population Council, 1998), "promoción intra-muros" y el de "In-reach", usado en la versión original en inglés de este trabajo, y en Lynam PF, Dwyer JC y Bradley J, *Inreach: Reaching Potential Family Planning Clients Within Health Institutions*, Working Paper, Nueva York: AVSC, 1994, No. 5.

en busca de algún servicio de salud tenían al mismo tiempo interés en practicar la anticoncepción, pero solamente una de ellas logró concertar una cita para una consulta futura de planificación familiar durante su visita y ninguna recibió un método en esa misma visita.⁵ Asimismo, en México se encontró que muchas usuarias de los centros de salud necesitaban información sobre diferentes servicios, pero pocas la recibieron: menos del 15% de las mujeres que podrían haberse beneficiado con información sobre la lactancia la obtuvieron, mientras que el examen de detección del cáncer cérvico-uterino se ofreció solamente al 16% de las mujeres que potencialmente lo necesitaban según las normas del servicio.⁶ Algunos análisis situacionales en África han mostrado que la escasa revisión de las necesidades de servicios preventivos de salud reproductiva en servicios del primer nivel de atención no se limita únicamente a América Latina.⁷

Creemos que el tamizaje sistemático de necesidades y la prestación de más servicios a cada clienta, en cada una de sus visitas a centros y puestos de salud, tendrían varios beneficios. Al reducirse el número de visitas para satisfacer los servicios que requieren, las clientas emplearían menos tiempo y dinero en el transporte y durante la espera para recibir los servicios. Por su parte, el programa podría reducir sus costos al prestar varios servicios en una sola consulta, en lugar de darlos en varias visitas separadas.

Uno de los elementos de mayor costo en la atención de salud es el pago del tiempo del proveedor. Un estudio realizado en México reveló que un solo servicio de salud preventiva se prestaba en 17,2 minutos, mientras que un segundo servicio en la misma consulta agregaba 5,2 minutos a la misma, y el tercero, aproximadamente 6,7 minutos más.⁸ Por lo tanto, cada servicio adicional aumenta el tiempo de contacto de la clienta con el prestador de servicio en aproximadamente una tercera parte del tiempo empleado en proporcionar el primer servicio. El mismo estudio reveló que el costo promedio de la primera visita (incluidos el tiempo del personal y los materiales) fue de US \$3,21. El costo marginal por servicio de hasta dos servicios adicionales fue de menos de US \$1, lo cual implica un ahorro de más de US \$2 por cada visita de servicios múltiples, en comparación con una visita de un solo servicio. De la misma manera, un estudio llevado a cabo en Guatemala indicó que las visitas en las que los proveedores informaron sobre dos asuntos, en lugar de uno, u ofrecían dos servicios, en lugar de

Figura 1. Algoritmo para la oferta sistemática de servicios de salud reproductiva, Ministerio de Salud de Guatemala

Atienda motivo de la consulta: Pregunte a todas las mujeres de 15 a 49 años:

¿Está casada o unida? (es sexualmente activa)	Informe sobre servicios disponibles: PF y métodos de PF Control prenatal y postparto Servicios para niños Educación sexual.
Sí ↓ No →	
¿Está embarazada?	Verifique: Asistencia a control prenatal. Si tiene niños menores de cinco años, ofrezca servicios.
No ↓ Sí →	
¿Ha tenido un parto o cesárea en los dos últimos meses?	Proporcione control postparto. Pregunte: ¿sobrevivió el hijo? No → Aconseje y proporcione planificación familiar. Sí → Verifique: Lactancia Control de crecimiento y desarrollo del niño Vacunación del niño Uso de planificación familiar.
No ↓ Sí →	
¿Tiene una hija o hijo menor de un año de edad?	Verifique: Lactancia Control de crecimiento y desarrollo del niño Vacunación del niño Uso de planificación familiar.
No ↓ Sí →	
¿Quiere embarazarse en el próximo año?	Determine riesgo reproductivo: Sí → Recomiende PF No → Aconseje sobre control prenatal.
No ↓ Sí →	
¿Está usando un método anticonceptivo?	Verifique: Satisfacción con el método Molestias/efectos secundarios Contraindicaciones absolutas Uso correcto.
No ↓ Sí →	
¿Quiere un método anticonceptivo?	Determine intenciones reproductivas: Espaciar: aconseje y proporcione métodos temporales. No tener más hijos: oriente y proporcione método de larga duración o permanente. Mientras tanto, dé método temporal.
No ↓ Sí →	
Determine por qué la mujer no quiere un método: Investigue/pregunte la razón y dé una solución si es posible. Eduque sobre beneficios de planificación familiar. Verifique factores de riesgo/ explique riesgos que corre. Reitere disponibilidad del servicio de planificación familiar para cuando quiera aprovechar de ello.	

uno, duraban sólo un 15% más.⁹

¿Cómo pueden hacerse más integrales y disponibles los servicios y cómo lograr que los programas sean más efectivos y eficientes? La solución consiste en cambiar el comportamiento tanto de las clientas como de los prestadores de servicios. Los proveedores deben informar a las clientas acerca de los servicios de salud disponibles y brindar el servicio en ese mismo momento, cuando es más fácil prestarlo. Las usuarias, a su vez, deben tomar conciencia de la diversidad de servicios disponibles en el centro de salud y de su propia necesidad de ellos, a fin de que los soliciten. Esto puede lograrse mediante el uso de instrumentos simples.

Instrumentos de revisión y tamizaje

El Ministerio de Salud de Guatemala diseñó un algoritmo de siete preguntas (Figura 1) y capacitó al personal de varios

centros de salud en su uso.¹⁰ La capacitación duró de dos a cuatro horas. Después de ésta, se duplicó los casos de la revisión de la necesidad de diferentes servicios y aumentó sustancialmente el número de visitas durante las cuales se suministró la información. En el caso específico de los servicios de planificación familiar, por ejemplo, antes de la capacitación sólo al 19% de las mujeres unidas en edad fértil que acudían a los centros de salud se le daba una cita posterior para el servicio, mientras que después de la capacitación el porcentaje fue del 43%.¹¹ Luego de finalizado el estudio, el Ministerio de Salud distribuyó el algoritmo en todos los centros de salud de Guatemala.

En México, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) entrevistó a algunas clientas inmediatamente después de sus consultas para determinar si el uso de una

versión modificada del algoritmo de Guatemala aumentaba el tamizaje de usuarias.¹² Después de la capacitación en el uso del algoritmo, los prestadores ofrecieron más servicios a un mayor número de clientas: el porcentaje de mujeres a quienes se ofreció el examen de detección del cáncer de mama aumentó del 8% al 59%, y el porcentaje a quienes se les ofrecieron servicios de planificación familiar pasó del 2% al 21%; el porcentaje de niños que acudieron por otro motivo a la clínica y recibieron una vacuna aumentó del 4% al 33%, y el porcentaje de consultas de crecimiento y desarrollo del niño sano aumentó del 2% al 16%. Dependiendo del servicio adicional ofrecido, entre la mitad y dos tercios de todas las mujeres aceptaron el servicio o solicitaron más información sobre los servicios ofrecidos.

Puede resultar difícil cambiar la conducta de los prestadores de servicios. Aun después de la capacitación y a pesar de la supervisión, muchos médicos y enfermeras que participaron en los estudios que aquí se detallan continuaron sin revisar sistemáticamente las necesidades de sus clientas. En un intento de pasar por alto la participación de los profesionales de la salud en el proceso de tamizaje, INPPARES pidió a las recepcionistas de las clínicas que hicieran el tamizaje de las usuarias. Se preparó un folleto basado en el algoritmo, que se presenta en la Figura 1, para que las mismas mujeres respondieran a una lista de preguntas y determinarían si requerían de servicios adicionales. La recepcionista entregó el folleto a varias mujeres que se asignaron aleatoriamente al grupo experimental, revisó con ellas el folleto, e instó a las clientas a solicitar los servicios adicionales que necesitaran. Los integrantes del grupo control no recibieron el folleto ni tampoco se les pidió que solicitaran otros servicios adicionales aparte del que había motivado la visita. En la primera consulta, las clientas del grupo experimental recibieron 13% más servicios que las del grupo control. Asimismo, las mujeres del grupo experimental recibieron 64% más servicios en consultas subsecuentes durante el mes que siguió a esta consulta. INPPARES concluyó que el uso del folleto podría ayudar

a aumentar los ingresos anuales de la clínica en casi US \$47.000, a un costo aproximado de US \$7.000 por concepto de la impresión del folleto, y del tiempo y capacitación de la recepcionista. Actualmente, este folleto se usa rutinariamente en las clínicas de INPPARES.¹³

Conclusiones

La integración física y temporal de los servicios de salud reproductiva no garantiza necesariamente el cumplimiento del mandato de El Cairo de ofrecer servicios integrales de salud reproductiva, ni tampoco logra automáticamente que la prestación de estos servicios sea más eficiente y menos costosa. Pese a que los servicios se encuentren disponibles en la clínica o centro de salud, es necesario que los prestadores de servicios revisen sistemáticamente las necesidades de sus clientas y ofrezcan los servicios que ellas necesitan. Asimismo, es necesario que las clientas soliciten y obtengan estos servicios cuando la necesidad del servicio se haya hecho prominente. Entre las estrategias que pueden usarse exitosamente para promover los servicios integrales de salud reproductiva está la capacitación de los prestadores de servicios en el uso de instrumentos simples para detectar las necesidades de las usuarias. El uso de estos instrumentos ha demostrado ser tanto efectivo como de bajo costo.

Es preciso que los programas hagan de la revisión de necesidades y de la oferta sistemática de servicios una prioridad. A diferencia de la promoción comunitaria tradicional, el folleto de INPPARES proporciona información a las mujeres justo cuando están en el mejor momento para tomar decisiones y recibir los servicios. A diferencia de un curso único de capacitación o de un memorándum oficial, el algoritmo del Ministerio de Salud de Guatemala, colocado en el escritorio del prestador de servicios o fijado en la pared de su consultorio, sirve como un recordatorio constante de la necesidad de tamizar las necesidades de servicios de las usuarias y ofrecer los servicios que las pueden satisfacer.

Como investigadores, creemos que deben probarse diversos instrumentos de

tamizaje y compararse su efectividad, ya sea que los instrumentos se dirijan a las clientas o a los proveedores. También deben probarse diferentes estrategias de capacitación y de supervisión para reforzar las conductas de tamizaje, oferta y solicitud de servicios en el punto y momento del suministro de los servicios de salud.

Referencias

1. Hardee K et al., Reproductive health policies and programs in eight countries: progress since Cairo, *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(Supp):S2-S9.
2. León F et al., Aumento de la utilización de servicios de salud reproductiva en una clínica peruana, en: Foreit JR y Frejka T, eds., *Investigación Operativa en Planificación Familiar, Lecturas Selectas*, Nueva York: Population Council, 1999, págs. 267-276.
3. Vernon R et al., *Oferta Sistemática de Servicios de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Guatemala. Informe Final*, Ciudad de Guatemala: Population Council, 1997.
4. León F et al., 1999, op. cit. (véase referencia 2).
5. Vernon R et al., 1997, op. cit. (véase referencia 3).
6. Romero L, Barrios C y Vernon R, *Vinculación de los Servicios de Salud Reproductiva: Observación de la Consulta en Centros de Salud*, México, DF: INOPAL III / Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR) / Secretaría de Salud (SSA) y Population Council, octubre de 1997.
7. Miller K, *Clinic-Based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings from Situation Analysis Studies*, Nueva York: Population Council, 1998.
8. Pérez-Palacios G, *Vinculación de los Servicios de Salud Reproductiva: Resumen de Resultados. Informe Final*, México, DF: INOPAL III / DGSR / SSA y Population Council, 1997.
9. Brambila C y Solórzano J, *Costos de las Consultas de Atención Integral en Salud Reproductiva en Guatemala*, Documentos de Trabajo, Número 7, México, DF: INOPAL III y Population Council, 1998.
10. Vernon R et al., 1997, op. cit. (véase referencia 3).
11. Vernon R et al., *Oferta Sistemática de Servicios de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Guatemala, Adendum al Informe Final por Extensión sin Costo del 1° de abril al 31 de agosto de 1997*, Ciudad de Guatemala: Population Council, 1997.
12. Loyo P y Manuel M, La capacitación como estrategia para la oferta y provisión de servicios en salud reproductiva en el hospital general del ISSTE en Veracruz, en: Domínguez J et al., eds., *Using Operations Research to Solve Reproductive Health Program Problems*, Final Report, México DF: INOPAL III / Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE) y Population Council, 1997.
13. León F et al., 1999, op. cit. (véase referencia 2).