



**D E L A I N V E S T I G A C I Ó N A L A A C C I Ó N :**

**Cómo la  
investigación  
operativa  
está logrando  
mejorar los  
servicios  
de salud  
reproductiva**

**Barbara Shane  
Kate Chalkley**

# Índice

<b>Resumen</b> .....	<b>3</b>
<b>I. Introducción</b> .....	<b>5</b>
<b>II. Evolución de las investigaciones operativas</b> .....	<b>7</b>
<b>III. ¿Qué nos ha enseñado la investigación operativa?</b> .....	<b>10</b>
<b>Mejorar la calidad de los servicios</b> .....	<b>10</b>
Selección del método y relación del personal con los clientes .....	<b>11</b>
Razones por las que se dejan de utilizar los servicios de planificación familiar y mecanismos para asegurar su continuación .....	<b>13</b>
Capacitación y capacidad técnica .....	<b>15</b>
Supervisión .....	<b>17</b>
<b>Dirigirse a poblaciones específicas</b> .....	<b>19</b>
Jóvenes adultos .....	<b>20</b>
Hombres .....	<b>22</b>
Poblaciones rurales e indígenas .....	<b>24</b>
<b>Integración de los servicios de salud reproductiva</b> .....	<b>26</b>
Planificación familiar y atención a la salud después del aborto .....	<b>27</b>
Planificación familiar y servicios después del parto .....	<b>29</b>
Planificación familiar y las infecciones de transmisión sexual .....	<b>31</b>
<b>Aumentar la sostenibilidad</b> .....	<b>33</b>
Efectividad en función del costo .....	<b>34</b>
Recuperación de gastos .....	<b>36</b>
<b>IV. Dirección futura</b> .....	<b>38</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>40</b>

# Agradecimientos

Este documento es producto de una amplia labor de colaboración. La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) ha venido financiando investigaciones operativas en planificación familiar y salud reproductiva desde la década de 1960. El Population Reference Bureau (PRB) pidió a las organizaciones e individuos que participaron en dichos estudios a partir de 1970 que identificaran las principales aportaciones y lecciones aprendidas en dichas áreas; asimismo PRB revisó las investigaciones operativas correspondientes a la última década para compilar y seleccionar los resultados que aparecen en este documento.

El PRB da las gracias a todos los que respondieron a sus solicitudes de información y especialmente a aquellas personas que resumieron los resultados de su investigación para plasmarlos en esta publicación. Expresamos nuestro reconocimiento a Sam Adjei, Janie Benson, Jane Bertrand, Sue Brechin, Karen Hardee, Barbara Janowitz, Miriam Labbok, Evelyn Landry, Don Lauro, Jane Lyons, Therese McGinn, Elaine Murphy, David Nicholas, Paul Richardson y Myrna Seidman por sus contribuciones.

Estamos especialmente agradecidos al personal del Population Council por su ayuda y en particular por la forma en que respondieron a nuestra solicitud de datos e informes. Este documento no hubiera sido posible sin el apoyo de Ian Askew, Ruth Copeland, Andrew Fisher, Jim Foreit, Joanne Gleason, Nick Gouede, Bob Miller, Kate Miller, Donna Nager, Krishna Roy y John Townsend.

También apreciamos las contribuciones y ayuda recibida de la División de Investigación de la Oficina de Población de USAID, que hizo posible esta publicación, la cual será una valiosa fuente de información para los directores de programas y personas encargadas del establecimiento de políticas.

Gracias en particular a las personas que revisaron los borradores, incluyendo Sam Adjei, Pamela Allen, Ian Askew, Abul Barkat, Barbara Crane, Andrew Fisher, Jim Foreit, Alfredo Fort, Nick Gouede, Sarah Harbison, Sahar Hegazi, Marjorie Horn, Dale Huntington, Mihira Karra, Sanjeev Kumar, Karin Ringheim, John Rose, Abu Sayeed, John Townsend, y Sixte Zigirumugabe.

Diseño y producción: Triplaar and Associates, Inc.  
Dirección de producción en PRB: Sara Adkins-Blanch  
Traducción al francés: Magali Rheault  
Traducción al español: Angeles Estrada  
Impresión: Sauls Lithograph Company, Inc.

Para solicitar ejemplares adicionales pónganse en contacto con la oficina de Programas Internacionales del PRB (ver la dirección en la cubierta posterior).

Septiembre de 1998

---

## Resumen

La investigación operativa es un medio para resolver problemas y encontrar soluciones prácticas en la prestación de servicios de planificación familiar y programas de salud reproductiva. Se utilizó por primera vez para diseñar y poner a prueba nuevas estrategias en servicios de planificación familiar en los países en desarrollo y ha venido evolucionando para ajustarse a las cambiantes necesidades de los programas y sus directores, quienes se esfuerzan por mejorar la salud de las mujeres y los niños. Aparte de ayudar a los directores a de programas y a las autoridades encargadas del establecimiento de políticas a mejorar los servicios de planificación familiar existentes, la investigación operativa está siendo utilizada para poner a prueba la validez de enfoques innovadores en la provisión de una serie de servicios de salud reproductiva, como lo recomendó la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994.

La mejora que la investigación operativa está permitiendo realizar en los servicios de planificación familiar y otras áreas de salud reproductiva tiene lugar de varias maneras:

- **Calidad de los servicios.** La calidad general de los servicios abarca desde las relaciones a nivel personal hasta los aspectos técnicos, y determinan el grado de satisfacción del cliente, así como si continuará usando dichos servicios. La investigación operativa revela la perspectiva de los clientes sobre la atención que reciben, lo que a su vez permite a los directores de programas y a los proveedores entender los factores que afectan la provisión y recepción de servicios. En muchos países dicha investigación ha permitido descubrir que las actitudes y creencias de los proveedores de servicios afectan la calidad de la atención que proporcionan e influyen en los clientes a la hora de elegir un método anticonceptivo. Al volver a capacitar a los proveedores se eleva el grado de satisfacción del cliente y su constancia en el uso del método de su elección.
- **Acceso a grupos especiales de población.** Se necesitan llevar a cabo tareas especiales para ponerse en contacto con ciertos grupos no suficientemente atendidos, como los jóvenes adultos, los hombres, y las poblaciones rurales e indígenas. En América Latina y África los cursillos de educación sobre vida familiar han incrementado el conocimiento y uso de la planificación familiar entre la gente joven. Los estudios realizados a nivel mundial indican que una estrategia efectiva para dirigirse a los hombres es mediante organizaciones tradicionalmente masculinas y la orientación de

hombres en puestos de liderazgo (siendo sensibles a su condición masculina). En África y Asia personal paraprofesional, especialmente capacitado, y miembros de la comunidad han ayudado a proporcionar información y servicios a la población rural y a los grupos indígenas.

#### ■ **La integración de servicios de salud reproductiva.**

La integración de los servicios de planificación familiar con otros servicios de salud reproductiva ha recibido mayor atención desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, que tuvo lugar en 1994. La investigación operativa proporciona información de utilidad sobre el proceso de integración de servicios en diferentes contextos. Los estudios realizados en Haití y Honduras indican que ofrecer los servicios de planificación familiar junto con los de atención después del parto (incluso en el caso de las mujeres que paren en sus casas) es efectivo y tiene buena aceptación entre los usuarios. Estudios de vanguardia realizados en Egipto, México y Kenya han demostrado que existe una demanda de servicios de atención a la salud después del aborto, que sean de calidad y efectivos en función del costo, y que incluyan planificación familiar. Y otros estudios en Uganda, Kenya, Botswana y la India muestran que es factible integrar los servicios de combate a las enfermedades de transmisión sexual con los de planificación familiar, pero para ello se necesitan cambiar las actitudes de los proveedores, su capacitación y las políticas al respecto.

■ **Sostenibilidad.** Con el aumento en la demanda de servicios de planificación familiar y otros de salud reproductiva, los directores de programas y las autoridades encargadas del establecimiento de políticas están haciendo todo lo posible por aprovechar al máximo los limitados recursos del gobierno y las donaciones que se reciben. Varias investigaciones operativas muestran que una forma de aumentar la eficiencia de los programas es mediante la eliminación de procedimientos innecesarios y haciendo mejor uso del personal disponible, sin que ello suponga una disminución en la calidad del servicio. Asimismo, otros estudios muestran que los clientes y las empresas del sector privado están dispuestos a pagar por los servicios de planificación familiar, aunque todavía no se sabe qué cantidad considerarían aceptable.

Se continuará utilizando la investigación operativa para estudiar la viabilidad de integrar diferentes tipos de servicios, mejorar su calidad y el acceso a los mismos, así como elevar su grado de sostenibilidad e investigar la posibilidad de realizar nuevas intervenciones dirigidas a proporcionar métodos anticonceptivos de emergencia o eliminar la mutilación genital de la mujer. Aparte de buscar soluciones para problemas específicos en la prestación de servicios, los investigadores y directores de programas se están enfrentando al reto de mejorar la aplicación de la información que se obtienen de las investigaciones operativas. También se está poniendo mayor énfasis en desarrollar la capacidad local para realizar investigaciones operativas. Cuanto mayor sea la colaboración entre los investigadores y los directores de programas para buscar y poner a prueba soluciones a problemas relativos a la provisión de servicios, mayores posibilidades habrá de que se utilicen de forma efectiva los resultados de dichas investigaciones.



## Introducción

Una mujer en Marruecos, que recibió servicios de planificación familiar en su domicilio, y otra en las Filipinas, a quien una de las enfermeras de la clínica local le puso un dispositivo intrauterino (DIU), pudieron beneficiarse de estos nuevos servicios gracias a la investigación operativa, al igual que millones de clientes de planificación familiar y salud reproductiva en Asia, África y América Latina se han venido beneficiando de dicha investigación desde la década de 1960, en que surgió por primera vez como medio para mejorar los servicios de salud en el contexto del desarrollo internacional. Muchos de los cambios efectuados por este medio son actualmente algo común y constituyen un componente vital de la planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva en todo el mundo.

El presente documento explora las contribuciones resultantes de investigaciones operativas financiadas por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), para mejorar la planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva, y se concentra en las lecciones aprendidas desde finales de la década de 1980\*. No pretende ser un análisis exhaustivo de las investigaciones operativas (que por otra parte también abarcan temas afines como la salud materna, el SIDA y la atención básica a la salud), ya que son demasiado numerosas para incluirlas en este documento\*\*. Los resultados aquí plasmados ponen de relieve estudios recientes sobre los servicios de planificación familiar y salud reproductiva, y muestran que el campo de aplicación de la investigación operativa es universal. (Para obtener información más detallada vean los informes que aparecen enunciados en la lista de referencias). La mayoría de los hallazgos indican formas de mejorar los servicios de planificación familiar, pero también se incluyen algunos resultados recientes procedentes de estudios en otras áreas de salud reproductiva.

### ¿Qué es la investigación operativa?

La investigación operativa es un instrumento de resolución de problemas utilizado para mejorar el acceso a la planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva, así como la disponibilidad y la calidad de los mismos<sup>1</sup>. Dichas investigaciones se centran en la política y las actividades diarias de los programas, e incluyen proyectos piloto para demostrar la validez de nuevos enfoques, así como estudios de diagnóstico y corrección de problemas en la

\*Para mayor información sobre investigaciones operativas anteriores ver Population Reports, *Operations Research: Lesson for Policy and Programs*, Serie J, no. 31, mayo-junio 1986 (Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins University); y M. Seidman y M. Horn, *Operations Research: Helping Family Planning Programs Work Better* (Nueva York: Wiley-Liss, 1991).

\*\*Para obtener una lista de estudios sobre la investigación operativa, ver el banco de datos POPLINE (palabra clave «Operations Research»), que se puede obtener en línea de Johns Hopkins University [URL: <http://www.jhuccp.org/popwel.stm>].

«LAS  
INVESTIGACIONES  
OPERATIVAS  
IMPLICAN EXPLORAR  
UN PROBLEMA Y  
PONER A PRUEBA  
SOLUCIONES, PARA  
LO QUE ES ESENCIAL  
LA PARTICIPACIÓN  
DEL PERSONAL DEL  
PROGRAMA<sup>2</sup>.»

Experto en investigaciones operativas, Estados Unidos

prestación de servicios, además de la realización de pruebas para comprobar el efecto y la eficacia en función del costo de diversas soluciones. Las investigaciones operativas hacen posible que los directores de programas experimenten el efecto de adoptar nuevas estrategias y enfoques en la prestación de servicios, por lo que les alientan a hacer pruebas de bajo costo.

Las investigaciones operativas se diferencian de otro tipo de investigaciones en que tanto las personas que utilizan la información obtenida como las que se benefician de ella participan en el proceso desde un principio. La participación activa de los directores de programas y personas encargadas del establecimiento de políticas (desde que se descubre el problema hasta que se soluciona) asegura de antemano la utilidad de los resultados de la investigación. Una de las características de las investigaciones operativas es que la investigación se transforma en acción, ya que se conciben estudios para abordar problemas específicos en la prestación de servicios y se decide de antemano actuar en respuesta a la información que se obtenga.

## **¿Cuáles son los pasos en el proceso de la investigación operativa?**

La investigación operativa es un proceso continuo de descubrimiento y solución de problemas en los programas, que consiste de cinco pasos básicos<sup>3</sup>.

1. La evaluación de la provisión del servicio: Identificación y definición del problema.
2. La selección de la intervención de prestación de servicios.
3. Poner a prueba y evaluar la intervención.
4. Diseminar los resultados de la investigación.
5. Aplicar los resultados.

El último paso, la aplicación de los resultados de la investigación en un programa específico, puede que requiera volver al primer paso, y la evaluación del efecto de la intervención desde el punto de vista del programa puede sugerir nuevos temas de estudio, con lo que se continúa el proceso de mejora.

## **¿Por qué conviene hacer este tipo de investigación?**

El contexto en que tienen lugar los servicios de planificación familiar y salud reproductiva en general cambia constantemente, por lo que los directores de programas necesitan conocer la forma en que sus programas funcionan, para poder hacer los ajustes y mejoras pertinentes con objeto de satisfacer las necesidades de los clientes. Hay diversos tipos de investigación operativa para tal fin; por ejemplo los estudios exploratorios o de diagnóstico proporcionan información sobre el funcionamiento de los servicios y los usuarios de los mismos, y ayudan a los directores de los programas a conocer y definir los problemas que existen. Los estudios de intervenciones sobre el terreno permiten poner a prueba diversas soluciones a problemas relativos a la provisión de servicios; por ejemplo, pueden utilizarse para saber si la integración de los programas de planificación familiar y vacunación infantil es efectiva en función del costo y si aumentará el uso de la planificación familiar. Los estudios de evaluación proporcionan información sobre el impacto de las actividades que se realicen, así como retroalimentación sobre el efecto de cualquier cambio en la prestación de servicios<sup>4</sup>.



## Evolución de las investigaciones operativas

Las investigaciones operativas han evolucionado de forma paralela a los programas de planificación familiar y de salud reproductiva en general. Con el aumento en la demanda de servicios, la investigación operativa ha ayudado a buscar y poner a prueba nuevas estrategias para establecer contacto con un mayor número de usuarios, y se dice que ha hecho posible la «desmedicalización» de la planificación familiar, así como el inicio del uso de muchos nuevos canales comunitarios y comerciales en la provisión de servicios de planificación familiar, que es algo que hoy día damos por hecho. La investigación operativa permite hacer frente a las dificultades de programas en diversas etapas de desarrollo en todo el mundo. El análisis de situación (un método de investigación desarrollado por la investigación operativa), se utiliza extensamente en la actualidad para proporcionar amplia información sobre la calidad y el funcionamiento de los sistemas de provisión de servicios. *(Para mayor información sobre el análisis de situación, ver la página 9.)*

### Contactar a más usuarios

Dada la variedad de servicios de planificación familiar que existen hoy en día y la demanda de los mismos, es sorprendente que hace tan sólo 30 años dichos servicios apenas eran conocidos y casi no existían en la mayoría de los países en desarrollo. Las investigaciones operativas iniciales, como las que tuvieron lugar en Taiwan, demostraron la considerable demanda de servicios de planificación familiar<sup>5</sup>. En la actualidad es normal que diversos tipos de personal de salud suministren dichos servicios, pero hasta finales de la década de 1960 (hasta que un revolucionario estudio de investigación operativa entre las matronas-enfermeras de Tailandia contribuyó a abrir puertas a otro tipo de personal<sup>6</sup>) solamente lo hacían los médicos. Estudios posteriores (realizados en la década de 1970) demostraron que, tras recibir capacitación, el personal de salud podía colocar DIUs y llevar a cabo la esterilización voluntaria de mujeres con lo que, considerando el limitado número de médicos en los países en desarrollo y su ausencia en muchas áreas geográficas, el uso de otro personal de salud, aparte de los médicos, ha permitido ampliar notablemente los servicios de planificación familiar.

En la década de 1970, las investigaciones operativas también evaluaron el efecto de llevar la planificación familiar a la gente. Se realizaron proyectos piloto en Egipto, Marruecos, Túnez y Bangladesh, en los que se empleó personal especialmente capacitado para proporcionar información sobre planificación familiar y suministrar materiales al respecto en visitas a hogares y a través de almacenes de la comunidad. Estos proyectos mostraron que el tipo de divulgación

«SI EL DIRECTOR NO  
ESTÁ INTERESADO  
EN LA PREGUNTA,  
PROBABLEMENTE  
TAMPOCO ESTARÁ  
INTERESADO EN LA  
RESPUESTA<sup>7</sup>.»

Experto en actividades  
gerenciales, Estados  
Unidos

denominado «distribución basada en la comunidad» (DBC) podía incrementar considerablemente el uso de anticonceptivos<sup>8</sup>, lo que se considera una de las contribuciones más importantes hechas por la investigación operativa.

## La investigación operativa como proceso de resolución de problemas

Un aspecto valioso de la investigación operativa, según los expertos, es que hace que los directores de programas participen en la resolución de los

problemas, ya que quienes utilizan este tipo de investigación se acostumbran a depender de la recopilación de información cualitativa y cuantitativa, y a usarla en las labores gerenciales diarias. La investigación operativa se ha convertido en parte integrante de la actividad institucional en algunas organizaciones y los directores de programas participan activamente en el proceso de investigación (ver el recuadro).

La investigación operativa permite a los directores de programas poner a prueba soluciones innovadoras en pequeña escala, mediante proyectos piloto, con lo que los programas quedan a salvo de errores de gran envergadura que pudieran ocasionar daños y cuantiosos gastos. Los proyectos piloto también sirven para poner de relieve el posible efecto a nivel nacional o regional de las intervenciones con éxito. Muchos programas nacionales de distribución basada en la comunidad comenzaron como proyectos piloto. Por otra parte, la investigación operativa ha permitido a los directores de programas introducir la planificación familiar bajo el amparo de un contexto de investigación en difíciles momentos políticos, como el que existió en África Occidental en la década de 1980. Una vez el proyecto piloto tiene éxito, los encargados del establecimiento de políticas muestran mayor interés en promover su aplicación y ampliación.

### Cómo salvar la distancia entre la investigación y los programas: La Unidad de Investigación Sanitaria del Ministerio de Salud de Ghana

«Con excesiva frecuencia la investigación se limita al ámbito académico y raramente llegan a aplicarse a los servicios, políticas y programas», dice el Dr. Sam Adjei, director de la Unidad de Investigación Sanitaria del Ministerio de Salud de Ghana. Dicha Unidad fue creada en 1990 para salvar la distancia entre la investigación y los programas, y para mejorar los servicios de salud al elevar los resultados de la investigación en términos de políticas.

Dicha unidad pensó centrarse en dar a conocer las necesidades de investigación del Ministerio de Salud a todos los grupos de investigación y publicar los resultados de la investigación, pero pronto descubrió que los directores de programas sobre el terreno no eran conscientes de que se necesitara investigar nada, ni sabían cómo usar los resultados de la investigación. En consecuencia la Unidad de Investigación Sanitaria proporcionó capacitación en las diez regiones de Ghana a equipos de médicos, enfermeras y educadores, para enseñarles a detectar problemas en el suministro de servicios de salud y hacer propuestas de investigación, así como llevar a cabo las tareas de investigación sobre el terreno y analizar los resultados obtenidos. Dichos directores regionales y proveedores de servicios constituyen actualmente importantes enlaces en la cadena de investigación, programas y políticas.

«Hemos disipado el mito que existía en torno al proceso de investigación», dice el Dr. Adjei. «Los directores entienden ahora el papel positivo y útil de la investigación en la provisión de servicios». Hoy en día es algo normal que los directores regionales o de distrito definan las necesidades de investigación y desarrollen sus propias propuestas, algunas de las cuales tienen repercusiones a nivel nacional. Por ejemplo, los resultados procedentes de estudios sobre la calidad del servicio de atención a la salud y planificación familiar están siendo actualmente incorporados en el programa nacional de Ghana de reforma del sector sanitario. Por otra parte, tras el éxito logrado en la descentralización del proceso de investigación, la Unidad de Investigación de Sanidad está actualmente tratando de lograr que los resultados de dichas investigaciones sean diseminados en todo el país, tanto a nivel de distrito, como a nivel regional y nacional<sup>9</sup>.

## **Diferencias regionales en el uso de la investigación operativa**

Los programas de planificación familiar se han desarrollado a distinto ritmo en Asia, América Latina y África, y las dificultades que presentan varían, al igual que existen variaciones en la forma en la que la investigación operativa puede hacer frente a dichos problemas. Los programas recién establecidos necesitan mucha asistencia técnica, así como estudios de diagnóstico y demostrar que existen sistemas efectivos de prestación de servicios, mientras que la necesidad más frecuente en los programas ya establecidos y los que se encuentran en expansión es la resolución de problemas y el logro de mejoras graduales en la prestación de servicios. Por ejemplo en América Latina y Asia la investigación operativa ha funcionado estupendamente para poner a prueba diferentes estrategias en la prestación de servicios y analizar su efectividad en función del costo. En Asia se utiliza cada vez más para cambiar políticas nacionales. En el África Subsahariana, donde los servicios son pocos y el uso de anticonceptivos bajo, la investigación operativa ha servido principalmente para introducir estrategias innovadoras en los servicios de planificación familiar<sup>10</sup>.

## **Nuevos métodos de investigación: El análisis de situación**

Aparte de poner a prueba nuevas estrategias para mejorar la prestación de servicios, la investigación operativa proporciona nuevos métodos de investigación. Uno de ellos, el análisis de situación, consiste en un instrumento de recopilación sistemática de datos que sirve para obtener un panorama general de los servicios<sup>11</sup>. En el análisis de situación, los investigadores visitan una muestra representativa de puntos de prestación de servicios de planificación familiar, donde hacen un inventario de las instalaciones y la atención que se proporciona, observan la relación entre los clientes y los proveedores del servicio, y entrevistan al personal de planificación familiar y a los clientes después de que éstos reciben dichos servicios.

El análisis de situación se ha utilizado para evaluar la calidad del servicio, medir la integración de la planificación familiar con otros servicios de salud reproductiva, evaluar las necesidades de capacitación del personal, diseñar nuevas intervenciones, determinar en qué áreas se necesita mayor investigación y proporcionar datos para efectuar cambios en las políticas existentes y en la asignación de recursos. Se han realizado análisis de situación en diversos países como medio de verificación, para ayudar a las personas encargadas de la toma de decisiones a evaluar el progreso logrado en pos de mejorar la calidad de los servicios. Dichos análisis se han estado utilizando en más de una treintena de países en todo el mundo desde que fueron concebidos por el *Population Council* en 1989, para su uso en el África Subsahariana.



## ¿Qué nos ha enseñado la investigación operativa?

### Mejorar la calidad de los servicios

La calidad de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva en general afecta la decisión de los clientes de utilizar métodos anticonceptivos y su perseverancia en el uso de dichos servicios. En pocas palabras, si los clientes no están satisfechos con el servicio que reciben habrá menores probabilidades de que vuelvan a solicitarlo. La investigación operativa ayuda a definir la calidad de los servicios y determinar qué aspectos son considerados más importantes por clientes y proveedores. La obtención de datos sobre una variedad de temas, incluyendo la elección de métodos de planificación familiar, las relaciones entre los clientes y el personal, el intercambio de información entre ambos, así como la capacidad técnica de los proveedores del servicio y los mecanismos para asegurar la continuidad del mismo proporcionan a los directores de programas importantes conocimientos para evaluar y mejorar la calidad.

Los clientes están en condiciones de juzgar el tipo de atención que reciben, por lo que al usar técnicas de investigación cualitativa (como las entrevistas en profundidad, los grupos focales y el uso de clientes ficticios) con mayor asiduidad, los directores de programas pueden obtener información sobre la opinión de los clientes respecto a la atención que reciben. La investigación operativa continúa concentrándose en las relaciones entre los clientes y los proveedores de servicios, así como en determinar la mejor forma de responder a las necesidades de los usuarios. Asimismo explora la dinámica del uso de los métodos de planificación familiar, en lo que se refiere, por ejemplo, a la posibilidad de reducir los índices de abandono de dicho uso y las formas efectivas de introducir nuevos métodos, así como ampliar la combinación de métodos y tener mejor conocimiento de la razón por la que se pasa de un método a otro.

En la mayoría de los programas, los supervisores son responsables de monitorear los aspectos técnicos de la calidad del servicio. Las investigaciones operativas estudian el efecto que la capacitación de los proveedores tiene sobre la calidad, y tratan de mejorar la eficacia y eficiencia de la supervisión.

## Selección del método y relación del personal con los clientes

### Problema

El proceso de satisfacer las necesidades de salud reproductiva de los clientes y encontrar el método de planificación familiar apropiado que les resulte aceptable es una tarea compleja. Si bien existen estudios que indican que al ampliar la variedad de métodos anticonceptivos se aumenta su uso y la constancia de los usuarios, no se tiene tanta información sobre los factores que determinan la elección de un método u otro<sup>12</sup>.

### Hallazgos

#### 1. Las preferencias y creencias de los proveedores de servicios influyen el tipo de método que se elige.

En un estudio que tuvo lugar en Jamaica se descubrió que los prejuicios personales de muchos proveedores de servicios de planificación familiar en el sector privado estaban limitando las opciones de métodos anticonceptivos a disposición de sus clientes<sup>13</sup>. Es decir que la atención recibida por el cliente y su método anticonceptivo variaban, dependiendo de las creencias o preferencias de los proveedores. Para corregir esta situación se llevaron a cabo una serie de cursos, con el fin de actualizar el conocimiento de dichos proveedores privados, al proporcionarles la información científica más reciente sobre los métodos anticonceptivos, y para aumentar el uso de las normas nacionales sobre la prestación de servicios. Dicha actualización de conocimientos existe actualmente en muchos países.

Un análisis de situación llevado a cabo en Pakistán indicó que, a pesar de que la mayoría de los clientes recibían los métodos anticonceptivos que querían, sólo un 57 por ciento decía que los proveedores de servicios les hablaban de métodos diferentes al que habían aceptado<sup>14</sup>. Este hallazgo sugiere que algunos proveedores presentan ante los clientes una variedad de métodos, mientras que otros son más impositivos, por lo que se ha mejorado la capacitación y supervisión de los proveedores de servicios de los Centros de Bienestar de la Familia en Pakistán, con el fin de asegurarse de ofrecer una variedad de métodos a todos los clientes.

#### 2. Con frecuencia existe bajo uso de los métodos que los proveedores de servicios y directores de programas consideran de poca prioridad.

En Kenia los directores de programas notaron una gran reducción en el uso del DIU en el curso de un período de diez años<sup>15</sup> y la investigación cualitativa llevada a cabo al respecto reveló que, aparte del cambio que venía teniendo lugar en las preferencias de los clientes, la disminución en la aceptación del DIU se debía a la información errónea proporcionada a estos últimos, así como al miedo de los proveedores de contraer el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en su contacto con los clientes, y a los prejuicios de los proveedores y la existencia de rumores en contra del DIU. Un estudio similar en la India descubrió que pocas parejas utilizaban métodos de planificación familiar no permanentes porque tenían poca información sobre éstos y sus beneficios<sup>16</sup>. Los directores de programas no fomentaban el uso de dichos

métodos, por lo que los trabajadores sobre el terreno no hablaban mucho de ellos con sus clientes.

Un estudio llevado a cabo en Madagascar sobre los resultados de un intento de promover el uso del DIU<sup>17</sup> mostró que, una vez que se mejoró la capacitación del personal y se proporcionó mayor equipo y suministros, dicho uso aumentó drásticamente en las dos clínicas en zonas urbanas donde tuvo lugar la prueba (ver la Gráfica 1).

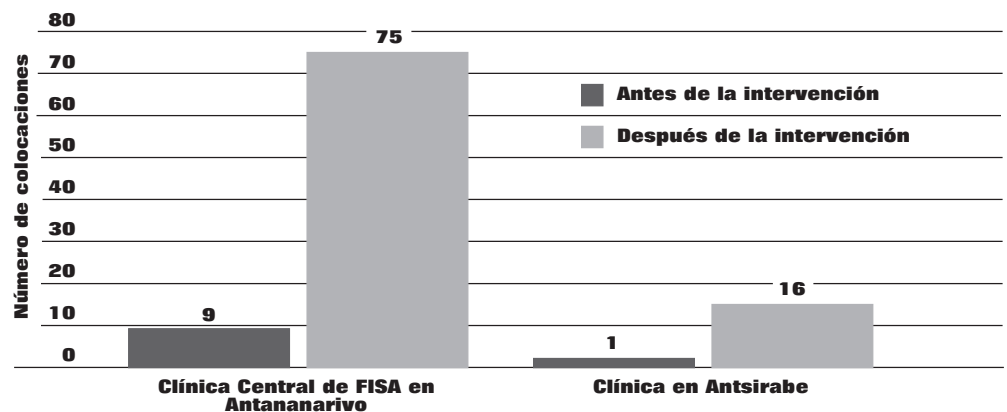
**3. Los clientes y proveedores de servicios con frecuencia definen y evalúan la calidad del servicio de diferentes formas, por lo que para mejorar el servicio hay que tener en cuenta las perspectivas de unos y otros.**

En Kenia los clientes y proveedores de servicios estuvieron de acuerdo en que la relación entre cliente y proveedor, la existencia de intimidad y confidencialidad, el costo del servicio, la proximidad de las instalaciones de atención a la salud y la disponibilidad de suministros, agua y electricidad eran aspectos esenciales en la calidad del servicio; pero, mientras que para los proveedores la confidencialidad se refiere a realizar la consulta y asesoría en la clínica de forma privada<sup>18</sup>, los clientes definen la confidencialidad como la capacidad para impedir que la comunidad sepa que usan anticonceptivos. Se continúan realizando estudios en Kenia para desarrollar intervenciones que satisfagan las necesidades expresadas por los clientes.

En las clínicas de MEXFAM en México, los usuarios equipararon la calidad del servicio al tratamiento por un médico, cortos períodos de espera y un entorno agradable<sup>19</sup>. En Ecuador los posibles clientes de servicios de planificación familiar relacionaron el aumento en la calidad con la subida de los precios, por lo que consideraban que los médicos privados ofrecían el mejor servicio al precio más alto<sup>20</sup>.

En Uttar Pradesh, India, la mayoría de las matronas-enfermeras entrevistadas se mostraron satisfechas con los servicios que proporcionan<sup>21</sup>, pero los médicos dijeron que carecía de sentido hablar de la calidad de los servicios, considerando la falta generalizada de espacio en las clínicas y la escasez de equipo y suministros.

**Gráfica 1. Cambio en el promedio mensual de colocaciones de DIU**



FUENTE: FISA y Population Council, *An Experimental Program to Increase IUD Acceptance in Madagascar*, Informe Final (FISA y Population Council, 1993).

## Razones por las que se dejan de utilizar los servicios de planificación familiar y mecanismos para asegurar su continuación

### Problema

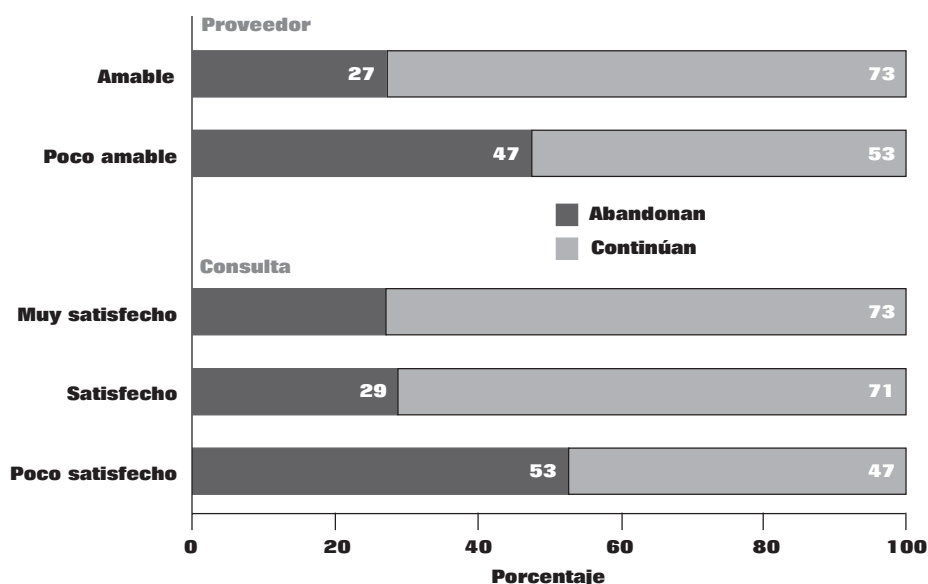
El desempeño de los programas de planificación familiar se evalúa normalmente basándose en indicadores de resultados poco específicos, como son el índice de uso de métodos anticonceptivos y el número de usuarios por método. Si bien dichos datos proporcionan información sobre el uso general de planificación familiar, no describen la dinámica a nivel individual; es decir, no indican por cuánto tiempo se emplea cada método y si se utiliza de forma correcta —dos factores que pueden afectar la fecundidad<sup>22</sup>. Al contar con mayor información sobre las razones por las que los clientes dejan de usar un método o cambian de método, así como si lo usan correctamente, se puede ayudar a los directores de programas a mejorar la calidad y el impacto de sus programas.

### Hallazgos

#### 1. Los índices de abandono pueden reducirse si se informa a los clientes de los posibles efectos secundarios y las ventajas y desventajas de los distintos métodos.

Más de la mitad de todos los casos de abandono de métodos de planificación familiar en la provincia de Bukidnon, en las Filipinas, se debió a los efectos secundarios<sup>23</sup>, siendo los usuarios de píldoras anticonceptivas quienes adujeron con mayor frecuencia el abandono de ese método por dicha razón.

**Gráfica 2. Clientes que abandonan el método anticonceptivo debido a su opinión del proveedor del servicio y de la consulta**



FUENTE: L. Sealza, *Factors Affecting the Family Planning Program Drop-Out Rates in Bukidnon Province, The Philippines* (Manila: Research Institute for Mindanao Culture, Xavier University y Population Council, 1995): 44,48.

«...SE APRENDE  
EN LA CONFERENCIA  
DE LA MAÑANA.  
SIEMPRE HAY  
INFORMACIÓN, Y  
SI UNO NO  
ENTIENDE ALGO DE  
LO QUE SE DIGA EN  
ELLA, EXISTE LA  
OPORTUNIDAD DE  
HACER PREGUNTAS  
MÁS A FONDO DE  
FORMA INDIVIDUAL  
Y PRIVADA<sup>27</sup>.»

Cliente de planificación  
familiar, Kenia

La investigación mostró que los clientes eran más constantes si pensaban que su proveedor era una persona agradable, estaban satisfechos con el servicio que recibían (*ver la Gráfica 2, página anterior*) y se les indicaban tanto las ventajas como los efectos secundarios de los diversos métodos, por lo que se está haciendo hincapié en dicha información en la capacitación y supervisión llevada a cabo actualmente.

## **2. Las revisiones periódicas de los índices de perseverancia y abandono indican la existencia de problemas que pueden resolverse mediante intervenciones simples, como mejorando la asesoría del cliente y el seguimiento.**

En las actividades de seguimiento de los clientes del proyecto de Mejora de Servicios Clínicos de Egipto se descubrió que la mayoría continuaban usando métodos de planificación familiar cuatro y cinco años después de su visita inicial, aunque sólo un 17 por ciento de los mismos estaban usando los servicios de dicho proyecto<sup>24</sup>. Muchos de ellos habían pasado a utilizar farmacias o médicos privados por su menor costo y más fácil acceso. Aunque el cambio de método o proveedor no necesariamente indica la existencia de problemas en el programa, los resultados obtenidos ayudaron al proyecto a satisfacer más ampliamente las necesidades de los clientes, mediante la reubicación de clínicas, el uso de sistemas de manejo de datos más avanzados, mejor seguimiento y actividades de divulgación.

Un estudio en las Filipinas descubrió que las mujeres que utilizan el anti-conceptivo inyectable DMPA tenían grandes probabilidades de abandonar dicho método entre la segunda y la tercera inyección<sup>25</sup>. El estudio sugería que si se alentara a las mujeres que desean continuar usando dichas inyecciones a que volvieran para ponerse la tercera inyección, los índices de perseverancia aumentarían, debido a que el 80 por ciento de las mujeres que recibieron la tercera inyección volvieron a ponerse la cuarta. Como resultado del estudio se ha mejorado la distribución de tarjetas para recordar a las clientes la fecha en que deben volver, y se ha revisado el libro de registro de clientes para facilitar el seguimiento .

El seguimiento de las clientes que usan métodos anticonceptivos naturales es especialmente importante porque se necesitan varias sesiones de capacitación para asegurarse de que el método se está utilizando correctamente. En Kenia, Ecuador y Zambia se ha mejorado la constancia en el uso de dichos métodos mediante un sistema de manejo de datos diseñado especialmente para el seguimiento de los usuarios de métodos naturales<sup>26</sup>. Gracias a ello, en Ecuador y Zambia los índices de abandono se redujeron en un 50 por ciento al cabo de dos años.

Pero no todos los sistemas de seguimiento de clientes son efectivos. En el Hospital de Chogoria, Kenia, el seguimiento de los clientes que no se presentaban a las visitas que les correspondían resultó ser innecesario y caro en función de su efectividad<sup>28</sup>. El estudio de evaluación descubrió que muchos de ellos volvían a la clínica por su cuenta y recomendó que las personas de la comunidad que hacían dicho seguimiento serían de mayor utilidad realizando visitas de orden general a la población.

## Capacitación y capacidad técnica

### Problema

Para poder ofrecer servicios de calidad, los proveedores de todos los niveles tienen que recibir capacitación que les permita ser competentes en sus tareas, pero en demasiados casos la capacitación no cumple con este cometido<sup>29</sup>. Los programas de capacitación que se han venido ofreciendo con frecuencia son caros y poco efectivos, además de requerir que los proveedores del servicio dejen su trabajo temporalmente para asistir a ellos. Es por ello que se necesitan poner a prueba nuevas formas de capacitación y evaluar su efecto en la provisión de servicios.

### Hallazgos

#### 1. El uso de nuevas estrategias de capacitación puede reducir costos y mejorar la calidad de la atención al cliente

Para mejorar la relación entre los proveedores de servicios y sus clientes, se enseñó a los trabajadores basados en la comunidad de Paraguay a utilizar un esquema de toma de decisiones denominado el ABC de la Atención Primaria a la Salud en el Área de Planificación Familiar<sup>30</sup>. El tradicional cursillo de tres días que normalmente recibían dichos trabajadores fue substituido por una sesión de capacitación de medio día de duración sobre el uso de dicho instrumento de toma de decisiones. El costo de la capacitación fue una sexta parte del costo normal y se logró mejorar la calidad del servicio, como lo indican las listas de control completadas por las personas que se hicieron pasar por clientes, así como el mayor conocimiento de métodos anticonceptivos entre los clientes. Dicha capacitación sobre el esquema ABC está siendo aplicada actualmente al resto de los trabajadores comunitarios de Paraguay y la utilizan organizaciones no gubernamentales en Haití y el Ministerio de Salud del Perú para capacitar a su personal sobre el terreno.

Un estudio de diagnóstico referente a tres cursillos de capacitación llevados a cabo en las Filipinas descubrió que el personal que había asistido a los mismos estaba en condiciones de colocar un DIU después de intentarlo siete veces, cuando normalmente se exige que se hagan 15 intentos<sup>31</sup>. Como resultado de dicho estudio, el Departamento de Salud redujo a 10 el número de intentos de colocación requerido y recortó (de 12 a 7 días) la duración de la capacitación con la presencia de un supervisor. Dichos cambios permitieron ahorrar dinero y los clientes entrevistados para efectos del estudio indicaron que mejoró la calidad del servicio. El Departamento de Salud también añadió un módulo sobre la calidad del servicio al programa de capacitación básica de todos los proveedores.

#### 2. Con frecuencia los proveedores no pueden proporcionar los servicios de calidad para los que han sido capacitados, debido a que no cuentan con la infraestructura, suministros o equipo apropiados.

En un análisis de situación en Burkina Faso se descubrió que los proveedores de servicios contaban con la capacidad técnica para proporcionar asesoría médica y examinar a los pacientes, pero muchos de ellos carecían del equipo necesario, como dispositivos para medir la presión arterial y esterilizadores<sup>33</sup>.

«YO RECOMENDARÍA  
A CUALQUIERA  
QUE VIERA A ESTE  
DOCTOR, PORQUE  
ME ESCUCHÓ CON  
PACIENCIA Y ME  
EXPLICÓ CUÁNDO  
DEBÍA COMENZAR  
A TOMAR LAS  
PASTILLAS, ASÍ  
COMO QUE TENÍA  
QUE SER CONSTANTE  
AL TOMARLAS<sup>32</sup>.»

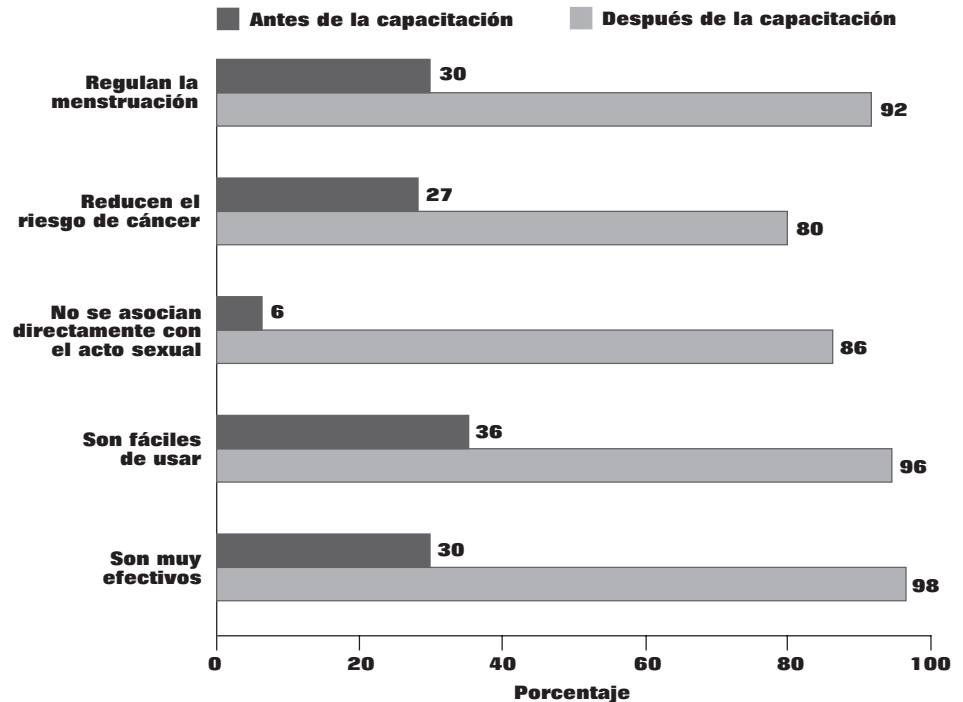
Evaluación hecha  
por una cliente ficticia en  
Gujarat, India

En un estudio similar que tuvo lugar en Senegal se descubrió que, aparte de no contar con el equipo apropiado, en la mayoría de los lugares se carecía de materiales educativos e informativos, o de asesoría<sup>34</sup>. En Zanzibar, aunque las clínicas estaban bien equipadas, la mitad de ellas no tenía agua corriente, las dos terceras partes no tenían electricidad y casi la mitad necesitaba materiales desechables, como guantes, jeringas y agujas<sup>35</sup>. La mayoría de los problemas encontrados en estos estudios han sido resueltos por los directores de programas, algunos de ellos en cuestión de días.

**3. La capacitación de los médicos del sector privado mejora el acceso de los clientes a los servicios y la calidad de los mismos.**

En la India existen pocas parejas que usen anticonceptivos por vía oral. Un estudio realizado en Gujarat, India, indicó que, al proporcionar capacitación sobre métodos de planificación familiar a médicos privados, se mejora su conocimiento general sobre los anticonceptivos orales, así como su percepción de las ventajas (*ver la Gráfica 3*), desventajas y efectos secundarios de estos, y dicho conocimiento adicional les permite atender mejor a sus clientes<sup>36</sup>. Un año después de recibir tres sesiones de capacitación de medio día de duración, el número de doctores que recomendaba anticonceptivos orales a sus clientes había aumentado en un 23 por ciento. Asimismo, un estudio que utilizó clientes ficticios reveló que la probabilidad de que los doctores ofrecieran una variedad de métodos anticonceptivos era mayor entre los que habían asistido a dicha capacitación. La Asociación Médica de la India ha ampliado la oferta de este modelo de capacitación a todo el estado de Uttar Pradesh.

**Gráfica 3. Ventajas que los médicos privados de la India ven en el uso de los anticonceptivos orales**



FUENTE: S. Barge, et al., *Use of Private Practitioners for Promoting Oral Contraceptive Pills in Gujarat* (Nueva Delhi: Center for Operations Research and Training y Population Council, 1995).

## Supervisión

### Problema

Muchos directores y supervisores de programas de planificación familiar no pueden supervisar a su personal con tanta eficacia como les gustaría hacerlo. Las actividades de supervisión normalmente deben incluir el monitoreo del rendimiento de los trabajadores, y tienen que asegurarse de que estos se encuentren motivados para continuar realizando bien sus labores (especialmente en el caso de los trabajadores basados en la comunidad), además de evaluar su competencia, proporcionarles capacitación y reforzar lo que hagan bien<sup>37</sup>; pero muchos directores de programas sólo pueden hacer visitas breves y realizar supervisiones infrecuentes, por lo que tienen que basarse en las estadísticas sobre el servicio para evaluar la labor de los proveedores del mismo. Por otra parte, los directores en sí a veces no son supervisados y es posible que no entiendan en qué consisten sus funciones supervisoras. Es necesario que, a medida que se amplían los servicios, los directores encuentren formas efectivas en función de costo de supervisar una gran variedad de personal.

### Hallazgos

#### **1. Existen estrategias de supervisión alternativas (como por ejemplo las reuniones a nivel de distrito y las autoevaluaciones realizadas por los empleados) que pueden resultar más efectivas en función del costo que las visitas de supervisión tradicionales.**

En un proyecto de investigación operativa realizado en Guatemala se evaluó el efecto y la eficacia en función del costo de nuevas estrategias de supervisión<sup>38</sup>, incluido un taller de autoevaluación de los empleados, donde los participantes indicaron los problemas que les impedían proporcionar un servicio de calidad en su lugar de trabajo y desarrollaron planes para resolverlos. En otra estrategia se substituyó una de las visitas del supervisor a la unidad de salud con una reunión de un día de duración a nivel de distrito entre el supervisor y los proveedores de servicios. En ambas alternativas los supervisores pudieron ponerse en contacto con un mayor número de unidades de salud y proveedores de servicios a un costo más bajo por unidad. La productividad de los trabajadores de salud, basada en años de protección contra el embarazo por pareja (CYP, *Couple-years of protection*, en sus siglas en inglés)\* fue también superior a la de los trabajadores de salud que reciben visitas de supervisores (ver la Gráfica 4, página siguiente).

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

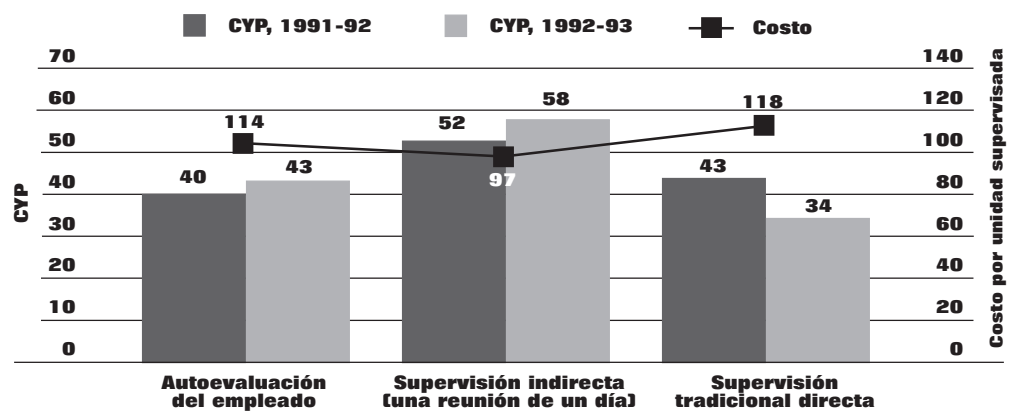
\* CYP es una medida normalizada de la protección contra el embarazo que los métodos anticonceptivos pueden proporcionar a los clientes de planificación familiar en el curso de un año.

**2. Establecer metas para el uso de métodos específicos con frecuencia genera una notificación incorrecta de su aceptación, y no es una forma efectiva de evaluar la labor del proveedor del servicio.**

Un seguimiento de los usuarios de DIU en Pakistán reveló una gran disparidad entre el número de colocaciones de DIU notificadas por los Centros de Bienestar de la Familia y el número de personas que de hecho aceptaron dicho método<sup>39</sup>. Como resultado, el Ministerio de Bienestar de la Población suspendió el establecimiento de metas de inserción de DIU y está actualmente estudiando formas más efectivas de evaluar el desempeño.

Los datos recogidos en Uttar Pradesh, India, indican que el programa del sector público promueve la esterilización y el DIU<sup>40</sup>. Más de la mitad de las parejas que practican planificación familiar se han sometido al proceso de esterilización y, aunque la gente tiene a su disposición tanto píldoras como preservativos, menos de un 15 por ciento de las parejas usan dichos métodos. Como resultado de este estudio y otros similares en diferentes estados, el gobierno de la India ha decidido dejar de establecer metas relativas al uso de métodos específicos y está probando nuevas estrategias para mejorar el programa del sector público. Por ejemplo, existe un nuevo programa de salud reproductiva y salud infantil que se concentra en las necesidades de los clientes, y la gerencia del mismo pone énfasis en apoyar la labor de los proveedores de servicios, en vez de monitorear su capacidad para alcanzar objetivos.

**Gráfica 4. Costo y años de protección contra el embarazo por pareja (CYP) proporcionado por diferentes estrategias de supervisión**



FUENTE: R. Vernon, et al., «A Test of Alternative Supervision Strategies for Family Planning Services in Guatemala», *Studies in Family Planning* 25, no. 4 (1994): 232-238.

## Dirigirse a poblaciones específicas

No existe ninguna estrategia de provisión de servicios que satisfaga las necesidades de planificación familiar y salud reproductiva de todos los grupos de población. Por ejemplo, décadas de experiencia muestran que los programas efectivos en áreas urbanas no son necesariamente apropiados para grupos rurales. La investigación operativa ha ayudado a los directores de programas y a las autoridades encargadas del establecimiento de políticas a (1) averiguar qué grupos de población han sido desatendidos (por las razones que sean) por los programas tradicionales de planificación familiar, y (2) a probar nuevas estrategias para dirigirse a ellos.

Para atender a estos grupos especiales, los proveedores tienen que ofrecer sus servicios en la forma que los clientes consideren aceptable. En este esfuerzo de divulgación y acceso a dichos grupos de población, se ha probado realizar visitas a los clientes en sus casas y lugares de trabajo y escuelas, así como a dirigirse a ellos en reuniones de la comunidad. En ocasiones estos enfoques han resultado más efectivos cuando los llevan a cabo personas de confianza, como los líderes de la comunidad y curanderos, o tienen lugar entre iguales. Otras veces se han utilizado clínicas móviles y distribuidores basados en la comunidad para llevar los servicios a clientes con quienes resulta difícil ponerse en contacto.

La investigación operativa ha proporcionado a los directores de programas información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de la gente joven, para poder enfocar las actividades de los programas de forma apropiada. Asimismo dichas investigaciones ayudan a los directores de programas a conocer las necesidades de la población masculina (porque indican la forma en que se puede ayudar a los hombres a ser más responsables en la relación de pareja), y sugieren el modo de ampliar los servicios de salud reproductiva dirigidos a los varones y aumentar el uso de los métodos anticonceptivos diseñados para el hombre. Finalmente, las investigaciones operativas continúan poniendo a prueba nuevas estrategias en la provisión de servicios, para mejorar el acceso y de los residentes de zonas rurales a tales servicios, y su uso.

«EN ESTAS  
CLÍNICAS....NO SOLA-  
MENTE SE PROPOR-  
CIONA PLANIFICACIÓN  
FAMILIAR, SINO  
MUCHOS OTROS  
SERVICIOS, POR LO  
QUE UNO PUEDE IR A  
ELLAS SIN TENER QUE  
PREOCUPARSE<sup>41</sup>.»

Joven adulto, Senegal

«LAS CHICAS ESTÁN OBSERVANDO A MAHMUDA, QUE LLEGA A HABLAR CON SUS MADRES, TÍAS Y CUÑADAS [SIC]. ES FRECUENTE QUE ESCUCHEN LO QUE DICE, POR LO QUE HAN APRENDIDO MUCHAS COSAS Y HAN LLEGADO A DECIDIR POR SU CUENTA QUE NO TENDRÁN MUCHOS HIJOS Y QUE TOMARÁN ANTI-CONCEPTIVOS DESDE SU NOCHE DE BODAS<sup>44</sup>.»

Participante en grupo focal, Bangladesh

## Jóvenes adultos

### Problema

Muchos jóvenes en todo el mundo están posponiendo su matrimonio para poder estudiar o dedicarse a alguna actividad económica, pero dicho cambio no implica necesariamente que se posponga el inicio de las relaciones sexuales; es decir que mucha gente joven comienza sus relaciones sexuales fuera del matrimonio y la proporción de mujeres jóvenes y adolescentes que quedan embarazadas estando solteras está aumentando en algunos países<sup>42</sup>. En muchos lugares las leyes o las tradiciones han impedido que los proveedores de planificación familiar y salud reproductiva proporcionen dicho tipo de información y servicios a los jóvenes solteros (tanto varones como mujeres), pero incluso en los lugares donde no existen impedimentos legales, los proveedores con frecuencia no se atreven a satisfacer las necesidades de salud reproductiva de la gente joven, estén casados o no, y la gente joven raramente usa dichos servicios por la misma razón.

El esfuerzo por incluir a la gente joven en los programas de planificación familiar y salud reproductiva ha sido un tema polémico en muchos países. Algunas personas temen que si se ofrece dicho servicio a los adolescentes, especialmente si no están casados, se alienta su actividad sexual. En vista de dicha situación, y considerando los cambios que están teniendo lugar en la conducta sexual de los adolescentes, se utiliza la investigación operativa para ayudar a los directores de programas, a las autoridades encargadas del establecimiento de políticas, a los maestros y a los padres a entender mejor las necesidades particulares de la gente joven y desarrollar programas especiales para satisfacerlas.

### Hallazgos

#### 1. Las clases de vida familiar (CVF), que incluyen información sobre planificación familiar y temas de reproducción, son efectivas y consideradas aceptables por el público, y no elevan la actividad sexual entre los estudiantes.

En un sondeo de opinión realizado entre padres, maestros y estudiantes en México se observó que la mayoría de los entrevistados estaban a favor de que se ofrecieran cursos de este tipo en todas las escuelas de educación secundaria<sup>43</sup>, y después de haber asistido a tales clases los estudiantes gozaban de mejor conocimiento sobre la planificación familiar y la reproducción. La proporción de estudiantes que tenían relaciones sexuales no cambió, pero se descubrió que era más probable que las personas que habían asistido al cursillo utilizaran anticonceptivos que otros estudiantes con actividad sexual que no participaron en el mismo. El cursillo de CVF titulado «Planea tu vida» ha sido llevado a cabo en 100 escuelas públicas y privadas en México y más de 13.000 estudiantes se han beneficiado del mismo.

Los estudios realizados en Gambia y Senegal indican que los adolescentes que participan en el cursillo sobre vida familiar tienen mayor información sobre los métodos anticonceptivos, y es más probable que los jóvenes con actividad sexual que han asistido al mismo estén usando algún método<sup>45</sup>. También hay mayores probabilidades de que los estudiantes de dicho curso utilicen algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, que los que no asisten al mismo.

**2. Los programas especiales para la gente joven pueden constituir una fuente efectiva de información sobre planificación familiar, pero los jóvenes también se benefician de la información dirigida a otros grupos de población mediante una variedad de medios.**

Las mujeres recién casadas en Bangladesh indican que la primera vez que oyeron hablar de planificación familiar fue por comentarios de las trabajadoras de planificación familiar basadas en su comunidad, o las mujeres de su familia, sus amigas y los medios de comunicación, y que esto ocurrió cuando eran muy jóvenes<sup>46</sup>. Aunque la información no iba dirigida a ellas, estas jóvenes se beneficiaron de la misma, así como de observar a los adultos; y sus conversaciones con amigas representaron una importante oportunidad de compartir información sobre la sexualidad y los métodos anticonceptivos.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

## Hombres

### Problema

Tradicionalmente las mujeres han sido el centro de los programas de planificación familiar y salud reproductiva en general, pero la experiencia indica que excluir a los hombres (que juegan un papel tan importante en las decisiones de tipo reproductivo) reduce la eficacia de dichos programas. En 1994 la CIPD instó a que se luchara por la igualdad de los sexos, así como a que se tomaran medidas para ayudar a los hombres a aceptar responsabilidad por su conducta sexual y reproductiva. En la actualidad existe una mayor consciencia del papel de los hombres en la salud reproductiva, pero se necesita trabajar más para incluirlos en los servicios que se ofrecen, aumentar su uso de métodos de planificación familiar y alentarles a que apoyen la decisión de sus parejas de utilizar dichos métodos.

### Hallazgos

#### **1. Proporcionar servicios de planificación familiar aparte para los hombres puede atraer a un mayor número de clientes varones, pero también puede elevar el costo.**

En Perú, una mayor proporción de hombres asistió a cursos por la tarde dedicados exclusivamente a servicios de planificación familiar, en comparación con los cursillos de mañana que incluían dichos servicios junto con otros de atención a la salud materno-infantil<sup>47</sup>, pero el costo por usuario en las clínicas de la tarde fue superior al costo de los servicios combinados ofrecidos por la mañana. Aunque las clínicas de Colombia dedicadas exclusivamente a los hombres atrajeron a más clientes interesados en hacerse una vasectomía, se consideró que dicho aumento no justificaba el mayor gasto que ello representaba<sup>48</sup>.

#### **2. Pueden utilizarse a hombres DBC, así como a líderes religiosos y de la comunidad, y a organizaciones primordialmente masculinas para hacer llegar mensajes y servicios sobre salud reproductiva a los hombres de forma efectiva.**

Estudios realizados en Kenia y Perú mostraron que la distribución de preservativos mediante la DBC tenía mejores resultados cuando dichos trabajadores eran hombres (*ver la Gráfica 5, página siguiente*)<sup>49</sup>. Resultados similares han hecho que México y otros muchos países en desarrollo aumenten el uso de los trabajadores varones para dirigirse a los hombres<sup>50</sup>.

Las intervenciones al respecto que han tenido buenos resultados en México y Honduras han dado lugar al uso cada vez más extendido de organizaciones compuestas principalmente por hombres (sindicatos y asociaciones agrícolas, comunitarias y recreativas) para suministrar métodos anticonceptivos y educar a sus miembros sobre la salud reproductiva<sup>51</sup>.

En Camerún, líderes de opinión varones han sido capacitados para proporcionar educación sobre planificación familiar y vender preservativos y espermicidas, lo que ha aumentado el conocimiento y el uso de la planificación familiar entre los miembros de la comunidad<sup>52</sup>, además de elevar (de 0 al 55 por ciento) el uso de métodos modernos de planificación familiar entre los propios líderes de opinión de sexo masculino.

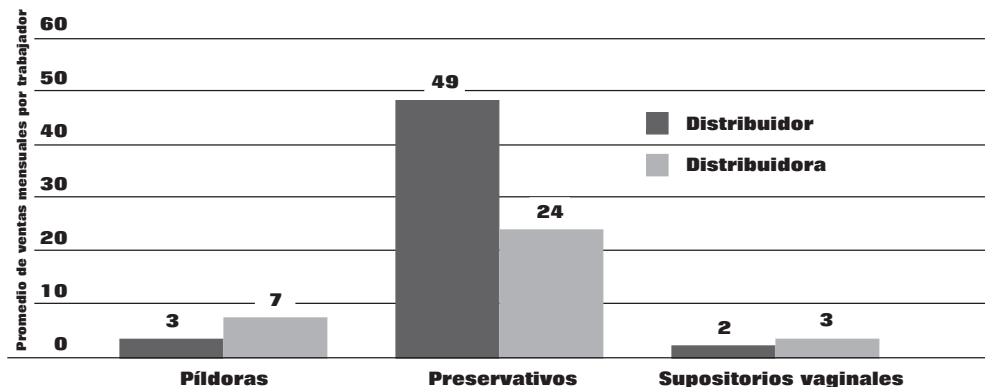
En áreas rurales de Gambia, el malentendido de que el Islam prohíbe la planificación familiar fue abordado, al capacitar a los líderes religiosos islámicos para que éstos a su vez educaran a otros líderes religiosos y a la población local sobre la planificación familiar<sup>53</sup>; ello ha logrado elevar la aceptación y el uso de la planificación familiar gracias a reuniones en aldeas dirigidas por dichos líderes. Como resultado de este estudio, otros donantes han desarrollado programas similares para capacitar a líderes religiosos y comunitarios en otras aldeas de Gambia.

**3. La demanda de vasectomías puede aumentarse si se hace uso de los medios de comunicación para dar publicidad a dicho método anticonceptivo y se emplea a usuarios satisfechos con dicho método en la asesoría entre iguales.**

Seis investigaciones operativas llevadas a cabo en América Latina han demostrado que la decisión de hacerse una vasectomía se ve afectada en gran manera por las actitudes de los proveedores, las esposas y los clientes satisfechos con dicho método<sup>54</sup>. En varios estados de México los hombres que se han hecho vasectomías están actualmente colaborando con los trabajadores de planificación familiar en actividades de divulgación<sup>55</sup>.

Asimismo, en Brasil, Colombia y México se han utilizado con éxito los medios de comunicación para anunciar los servicios de vasectomía y educar a los hombres sobre dicho procedimiento<sup>56</sup>. Aunque la vasectomía continúa siendo raramente utilizada por los hombres en África, los estudios realizados en Kenia indican una mayor demanda de dicho método, después de realizar campañas de publicidad y capacitar a los proveedores<sup>57</sup>.

**Gráfica 5. Venta de anticonceptivos en Perú por DBC**



FUENTE: J. Foreit, et al., «A Comparison of the Performance of Male and Female CBD Distributors in Peru», *Studies in Family Planning* 23, no. 1 (enero-febrero 1992): 58-62.

«EL PROGRAMA LES HA FORTALECIDO... LA GENTE SE HA VUELTO CONSCIENTE DE SU SALUD...ANTES DEL PROGRAMA LAS MUJERES NO CONTESTABAN A NINGUNA PREGUNTA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR... [PERO DESPUÉS] SE DIRIGÍAN ELLAS MISMAS A LAS ENFERMERAS ASIGNADAS A LA COMUNIDAD POR EL MINISTERIO DE SALUD O LAS PARTERAS CUANDO ÉSTAS VISITABAN LAS ALDEAS<sup>60</sup>.»

Investigador en Gambia

## Poblaciones rurales e indígenas

### Problema

A pesar del amplio éxito que los programas de distribución basados en la comunidad han tenido en la labor de atender a la población rural, muchas personas siguen sin recibir servicios de planificación familiar y salud reproductiva en general. No sólo cuesta más proporcionar servicios en áreas rurales (debido al costo de viaje y al hecho de que hay menos clientes por cada trabajador de salud), sino que los valores religiosos y culturales en zonas rurales pueden representar un obstáculo adicional en la demanda de servicios de planificación familiar y el uso de los mismos entre las poblaciones rurales e indígenas.

### Hallazgos

#### 1. La capacitación de proveedores paraprofesionales, incluso en los lugares donde operan trabajadores modernos de atención a la salud, es una forma efectiva de ampliar el servicio a las poblaciones rurales.

Un estudio realizado en zonas rurales de Kenia demostró que los proveedores tradicionales y modernos de atención a la salud pueden colaborar para proporcionar servicios básicos de planificación familiar en las comunidades rurales<sup>58</sup>. Se logró aumentar el uso de anticonceptivos modernos al capacitar tanto a los curanderos varones como a las parteras para convertirlos en DBC. El estudio también descubrió que otros «profesionales» en las aldeas (como son los jefes de las mismas, las personas mayores, los líderes de asociaciones, los maestros jubilados y los trabajadores del estado) estaban interesados en recibir capacitación y ofrecerse como voluntarios.

En la India, la Federación de Cooperativas de Productores de Leche del Estado de Bihar comenzó ofreciendo planificación familiar y servicios de atención materno-infantil a las mujeres en sus hogares y lugares de trabajo<sup>59</sup>, para lo cual se capacitó a mujeres de las aldeas para que proveyeran métodos anticonceptivos e información sobre planificación familiar. El proyecto logró aumentar la aceptación de los métodos anticonceptivos y el conocimiento de éstos entre las mujeres del área, muchas de las cuales no habían tenido acceso a ellos anteriormente. La proporción de mujeres que nunca había usado métodos anticonceptivos aumentó del 26 por ciento al 37 por ciento. Las mujeres que se capacitaron como trabajadoras de salud se ganaron el respeto de sus comunidades y tuvieron mayor participación en las decisiones en sus hogares. El proyecto de Bihar ha sido ampliado para incluir un estudio de costos y sostenibilidad. Este modelo también se está aplicando en Uttar Pradesh.

## **2. El uso de vías tradicionales de comunicación y la capacitación de miembros influyentes en la comunidad para promover la planificación familiar ayuda a asegurar que los mensajes se diseminen de forma culturalmente aceptable.**

En Ghana, el Proyecto de Salud y Planificación Familiar de la Comunidad de Navrongo descubrió que las reuniones de la aldea constituían una buena oportunidad para elevar la aceptación de la planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva entre la población rural conservadora<sup>61</sup>. La comunicación a través de los jefes de las aldeas y las personas mayores ayudó a legitimar las actividades del programa, aunque la actividad de las redes de enseñanza entre iguales (en las que miembros de la comunidad adoptan posiciones de liderazgo) son más efectivas para comunicar información sobre salud y planificación familiar a la comunidad.

En Gambia se tuvo éxito en dos estrategias basadas en la comunidad que iban destinadas a lograr un mayor uso de anticonceptivos en áreas rurales<sup>62</sup>. En una de ellas se proporcionó apoyo a la enfermera de la comunidad asignada por el Ministerio de Salud, quien proporciona servicios a varias aldeas dentro del circuito al que es asignada. Este apoyo incluyó supervisión, además de proporcionarle una motocicleta, combustible, productos anticonceptivos y un suplemento salarial mensual. La segunda estrategia se centró en «la movilización de la demanda», es decir la promoción de la planificación familiar mediante subcomités de salud compuestos únicamente por mujeres y líderes religiosos islámicos. El uso de anticonceptivos aumentó en un 12 por ciento en las áreas donde se apoyó a las enfermeras del Ministerio y se movilizó la demanda, y 10 por ciento en aquellas donde sólo se movilizó la demanda. En las áreas que no recibieron la nueva intervención, el uso de anticonceptivos aumentó en un 5 por ciento, por lo que el Ministerio de Salud está ampliando este estudio a otras zonas del país.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

## Integración de los servicios de salud reproductiva

Los programas que proporcionan una variedad de servicios combinados de salud reproductiva han venido recibiendo cada vez mayor aceptación entre los directores y planeadores de programas de planificación familiar. Dicho interés se debe en parte a la CIPD de 1994 que puso de relieve la integración de todos los aspectos de la atención a la salud reproductiva. La atención integrada a la salud reproductiva abarca una amplia variedad de servicios para hombres y mujeres, entre los que se encuentran la planificación familiar, la prevención de infecciones de transmisión sexual, y la atención después del parto y el aborto. Se piensa que proporcionar servicios de forma integrada puede resultar más efectivo en función de costo que ofrecerlos por separado, y que ello permitirá satisfacer mejor las necesidades de los clientes, lo que puede dar lugar a un mayor beneficio en términos de la salud de dichos clientes y la comunidad en general. La investigación operativa está ayudando a probar dichas premisas y servir de orientación en la combinación y provisión de servicios integrados.

Se está utilizando la investigación operativa para evaluar estrategias destinadas a mejorar la calidad de los servicios de emergencia después del aborto, así como para introducir mejores tecnologías en el tratamiento después del aborto, e integrar este tipo de atención con la planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva. También se están realizando estudios para introducir y promover métodos apropiados de planificación familiar después del parto y promover la lactancia materna, con objeto de dejar pasar más tiempo entre un hijo y otro, y mejorar la salud infantil. Por otra parte los directores de programas y las autoridades encargadas del establecimiento de políticas están interesados en la viabilidad de integrar con éxito los programas para el combate de las infecciones de transmisión sexual con los servicios de planificación familiar. Los investigadores están considerando el costo relativo y los beneficios de combinar una variedad de servicios, así como los efectos de dicha integración en la calidad de la atención a la salud. Asimismo se está comprobando si los servicios integrados se proporcionan de la forma planeada.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

## Planificación familiar y atención a la salud después del aborto

### Problema

Miles de mujeres mueren y millones son hospitalizadas cada año por complicaciones debidas a los abortos incompletos (ya sean naturales o provocados) en condiciones peligrosas. Aparte de los efectos que dichas condiciones tienen en la salud, la necesidad de proporcionar atención médica después del aborto merma los ya de por sí escasos recursos con que se cuenta<sup>63</sup>; por otra parte, aunque las pacientes de dichos servicios corren el riesgo de volver a quedar embarazadas inmediatamente, pocas veces reciben asesoría sobre planificación familiar porque no se ha enseñado a los proveedores de atención a la salud que deben incluir dicha información en el servicio de atención a la salud después del aborto.

### Hallazgos

#### **1. Si se mejora la calidad y disponibilidad de los servicios integrales de atención después del aborto se puede reducir el gasto tanto a nivel de cliente como de proveedor.**

Estudios de costo realizados en Kenia y México han indicado que el costo de la atención a la salud después del aborto es inferior cuando se utiliza el método de aspiración manual en vez de dilatación y raspado, principalmente porque se acorta la estancia de las mujeres en el hospital<sup>64</sup>. Como resultado, en 200 hospitales de la seguridad social en México se proporciona atención a la salud después del aborto mediante la aspiración manual, y se está en proceso de hacer lo mismo en Kenia. Sin embargo, a pesar de la reducción en costos, un estudio en Perú identificó la existencia de obstáculos administrativos para lograr dicho ahorro, como el requisito de que las mujeres permanezcan hospitalizadas hasta que la oficina de caja abra para que se haga el pago<sup>65</sup>.

#### **2. Al unir los servicios de atención a la salud después del aborto con la planificación familiar se puede incrementar el uso de anticonceptivos, pero los proveedores de uno y otro servicio necesitan especial capacitación en técnicas médicas y de asesoría al usuario.**

En un estudio que tuvo lugar en Egipto se encontró que de las 300.000 mujeres atendidas anualmente en hospitales públicos después del aborto, casi todas fueron sometidas a procedimientos de dilatación y raspado bajo anestesia general<sup>66</sup>. Un estudio piloto en un importante hospital de enseñanza mostró que si se capacitaba a los médicos para utilizar el método de aspiración manual y se proporcionaba atención a las pacientes después del aborto, se podía reducir el uso de anestesia general, además de promover con ello la relación de los médicos con el público y mejorar los procedimientos para combatir infecciones, con lo que las clientes quedaban más satisfechas<sup>67</sup>. También resultó que había más probabilidades de que las mujeres que recibían asesoría dijeran que querían usar un método de planificación familiar (*ver la*

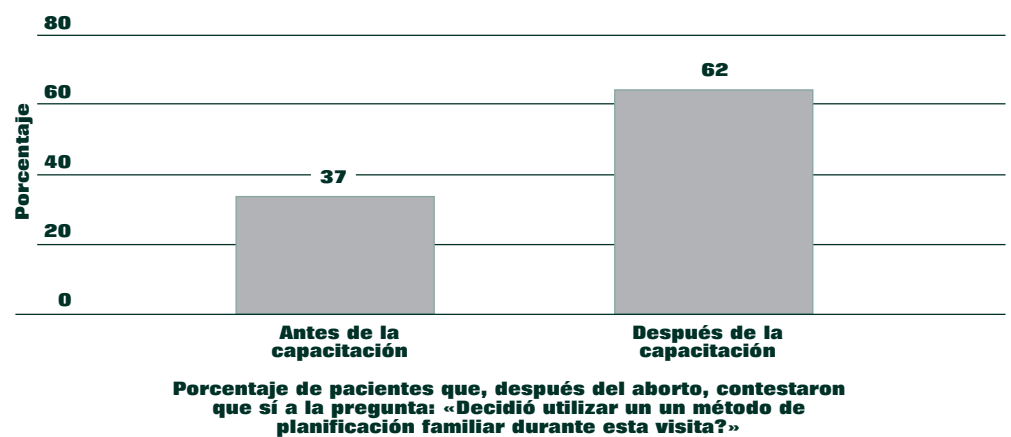
Gráfica 6). Los servicios después del aborto están siendo actualmente institucionalizados en diez centros adicionales en Egipto, y se están realizando estudios similares en Honduras, México, Perú, Kenia y Burkina Faso.

Un estudio en Guatemala de clientes que habían tenido un aborto indicó que la mayoría de ellas estaban satisfechas con la atención recibida en el hospital después del aborto y muchas estaban interesadas en obtener un método anticonceptivo antes de ser dadas de alta<sup>68</sup>. La mayoría de las mujeres no conocían los síntomas que indican la existencia de complicaciones después del aborto, ni tampoco sabían cuándo volverían a ovular. Como resultado de dicho estudio se aumentó la cantidad de métodos anticonceptivos disponibles en el hospital y se crearon hojas informativas para los clientes.

### 3. Proporcionar asesoría a los esposos de las pacientes después del aborto ayuda a estas últimas.

El apoyo del marido puede ser un factor importante en la recuperación física y emocional de las pacientes después del aborto. Los resultados iniciales de un estudio que tuvo lugar en Egipto indicaron que asesorar a ambos miembros de la pareja ayudaba a disipar su preocupación sobre la recuperación de la paciente y su fecundidad futura, además de que podía informarse a la pareja sobre la necesidad de usar un método anticonceptivo<sup>69</sup>. Dichos hallazgos han sido incorporados en los cursillos sobre asesoría que están teniendo lugar para mejorar la atención después del aborto en Egipto.

**Gráfica 6. Efecto que la capacitación del proveedor de servicios en la asesoría al cliente después del aborto tiene en la decisión de dichos clientes de usar métodos anticonceptivos**



FUENTE: E. O. Hassan, et al., *Improving the Counseling and Medical Care of Post Abortion Patients in Egypt* (El Cairo: The Egyptian Fertility Care Society y Population Council, mayo de 1995).

## Planificación familiar y servicios después del parto

### Problema

Las mujeres que acaban de dar a luz puede que no estén pensando en su próximo embarazo, aunque pueden verse enseguida en peligro de quedar embarazadas, con lo que si se les proporciona información y servicios de planificación familiar durante el posparto puede evitarse el riesgo de embarazos no deseados<sup>70</sup>. Añadir servicios de planificación familiar a los servicios de maternidad existentes puede ser efectivo en función del costo, ya que ambos programas van dirigidos a mujeres en edad fértil, pero se necesita tener mayor información sobre el costo y el efecto de integrar dichos servicios, así como sobre la actitud de los clientes respecto a la combinación de los mismos.

### Hallazgos

#### 1. Los programas de maternidad que incluyen planificación familiar entre los servicios que ofrecen tienen buena aceptación entre el público y pueden llevarse a cabo en contextos urbanos y rurales.

Para dirigirse a las mayoría de las mujeres haitianas que dan a luz en casa, el Comité de Bienfaisance de Pignon, una organización que proporciona servicios de atención a la salud en áreas rurales, añadió a sus servicios revisiones médicas antes y después del parto, así como asesoría sobre la lactancia materna, inmunizaciones y planificación familiar<sup>71</sup>. Como resultado de la ampliación de dichos servicios, la organización pudo entablar contacto en el curso de cuatro meses con más de la mitad de las mujeres que daban a luz en su área de servicio y una tercera parte de dichas mujeres adoptaron un método de planificación familiar. Desde que se añadieron estos nuevos servicios, el tamaño del programa integrado de maternidad rural de la organización ha crecido en un 100 por cien.

En Honduras, un programa de atención después del parto basado en un hospital elevó el conocimiento de salud reproductiva de las mujeres y aumentó considerablemente su uso de planificación familiar<sup>72</sup>. Dicho programa alentó a las mujeres a que volvieran al hospital a los 40 días de haber dado a luz para recibir atención posnatal tanto para ellas como para sus hijos recién nacidos. En dicha visita las mujeres que no estaban utilizando un método de planificación familiar tuvieron la oportunidad de elegir uno, y más de la mitad de las asistentes lo hicieron en ese momento (*ver la Gráfica 7, página siguiente*). El sistema de seguridad social ofrece en la actualidad a todos sus miembros servicios de planificación familiar después del parto, durante la estancia en el hospital y cuando regresan a pasar consulta después de los 40 días.

Un estudio realizado en Togo mostró que las mujeres que llevaban a sus hijos a clínicas materno-infantiles para ser vacunados también se mostraban inclinadas a recibir información sobre planificación familiar<sup>73</sup>. Cuando se recomendaron servicios de planificación familiar a las madres durante dichas visitas, el promedio de nuevos usuarios por mes de servicios anticonceptivos aumentó en un 54 por ciento en un período de seis meses.

**Gráfica 7. Aceptación de anticonceptivos durante la consulta en la clínica del Instituto Hondureño de la Seguridad Social (IHSS) a los 40 días después del parto**



FUENTES: R. Vernon y C. Brambila, *Reproductive Health and Prenatal Care* (Tegucigalpa, Honduras: IHSS y Population Council, 1992): 14.

## 2. Los servicios de planificación familiar después del parto son efectivos en función del costo.

En Brasil, la empresa privada de mantenimiento de la salud denominada PROMÉDICA descubrió que por cada EE.UU. \$1 invertido en servicios de planificación familiar después del parto se ahorraban EE.UU. \$2,80 en servicios relacionados con el embarazo. La adopción de métodos de planificación familiar después del parto también redujo el número de visitas al hospital relacionadas con el embarazo durante los 21 meses siguientes al nacimiento del último hijo<sup>74</sup>.

## 3. La promoción de la lactancia materna puede mejorar la salud infantil y prevenir embarazos.

En Ecuador, CEMOPLAF integró con éxito el método de amenorrea por lactancia después del parto\* en un programa de planificación familiar que incluía varios métodos<sup>75</sup>. Una tercera parte de todas las mujeres que acababan de dar a luz adoptaron dicho método en los primeros cinco meses del programa,

Un estudio urbano en Brasil reveló que los recién nacidos que fueron amamantados exclusivamente por sus madres mostraron un menor porcentaje de enfermedades y hospitalizaciones que los que no lo fueron<sup>76</sup>. Debido a su efecto en la salud infantil, la promoción de la lactancia materna exclusiva se convirtió en algo rutinario en todos los servicios después del parto.

En las áreas rurales de Filipinas, las madres que fueron educadas sobre la importancia de la lactancia materna se preocuparon de introducir más tarde suplementos en la dieta de los niños, los amamantaron de forma más asidua y les dieron menos biberones que las otras madres<sup>77</sup>. No obstante dichas mejoras en la lactancia materna, no hubo cambio en la duración de la amenorrea por lactancia entre dichas mujeres, pero la educación sobre la importancia de amamantar a los niños ayudó a mejorar la salud infantil.

\* La amenorrea por lactancia materna es un método temporal de planificación familiar que permite a la madre retrasar durante aproximadamente seis meses su retorno a un estado fértil, si amamanta total y exclusivamente al recién nacido.

## Planificación familiar y las infecciones de transmisión sexual

### Problema

Los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) generalmente se han concentrado en la población masculina y las trabajadoras sexuales, por pensar que dichos grupos eran los que tenían mayor riesgo de infección. Pero como resultado del creciente número de dicho tipo de infecciones (incluyendo la infección por el VIH y la enfermedad del SIDA) en la población en general y el deseo de satisfacer varias necesidades del paciente en una sola consulta, los directores de programas han estado considerando la posibilidad de integrar los servicios de planificación familiar con el tratamiento de ITS.

### Hallazgos

#### **1. Integrar en un solo programa los servicios de tratamiento de las ITS con los de atención a la salud materno-infantil y planificación familiar aumenta el número de clientes atendidos y el uso de métodos de planificación familiar, y puede ahorrar dinero.**

La integración de los servicios de atención a las ITS (incluyendo la infección por el VIH y la enfermedad del SIDA) con los de atención a la salud materno-infantil y la planificación familiar en Uganda aumentó tanto el número de clientes de estos dos últimos servicios como la distribución de anticonceptivos<sup>78</sup>. El programa integrado también sirvió para detectar ITS en muchos clientes que no presentaban síntomas, con lo que se les pudo dar el tratamiento que probablemente no hubieran recibido. En Kenia se calcula que proporcionar dichos servicios integrados cuesta una tercera parte menos que proporcionarlos por separado<sup>79</sup>. Se continúan realizando estudios de costo para medir el efecto a largo plazo de dicha integración de servicios.

En Uttar Pradesh, India, un estudio piloto sobre el combate de las infecciones del sistema reproductivo por el servicio de atención básica a la salud reveló que resulta efectivo educar sobre el tratamiento de tales infecciones a dicho personal de salud a nivel de distrito<sup>80</sup>, aunque pocas personas buscan ese tipo de tratamiento en centros de atención básica. El costo de combatir un caso de infección del sistema reproductivo varía considerablemente (entre 63 y 157 rupias, o EE.UU. \$1,62 y \$4,00 respectivamente, por cliente), dependiendo de los niveles de infección y el uso de los servicios.

#### **2. Será necesario revisar las políticas y procedimientos que existen por separado respecto a los servicios de planificación familiar e ITS, para que no representen un obstáculo a la integración de dichos servicios, aunque las políticas oficiales para proporcionar servicios integrados no son siempre seguidas a nivel de clínica.**

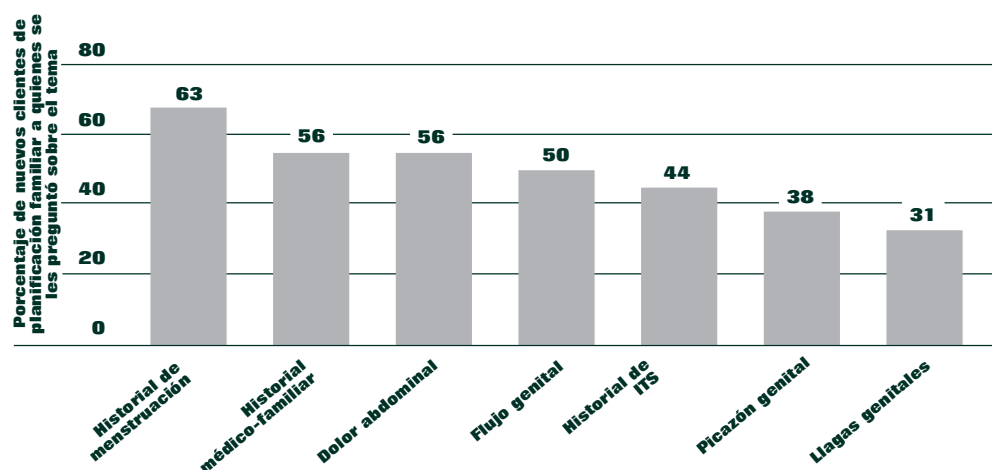
En Uganda, un estudio de servicios combinados de combate a las ITS, así como atención materno-infantil y planificación familiar descubrió que los nuevos clientes de planificación familiar no estaban siendo debidamente evaluados para ver si tenían ITS. Aunque se usaba una lista de control para el diagnóstico, menos de las dos terceras partes de dichos nuevos clientes eran preguntados sobre su historial médico o familiar, o sobre si tenían dolor en la parte inferior del abdomen (*ver la Gráfica 8, página siguiente*)<sup>81</sup>.

Aunque las enfermeras en Kenia han sido capacitadas para diagnosticar infecciones de transmisión sexual, los reglamentos gubernamentales les impiden recetar antibióticos<sup>82</sup>. Además algunos medicamentos están reservados para su distribución mediante programas específicamente diseñados para el tratamiento de dichas infecciones. En Botsuana, a pesar de que la política oficial es que cada cliente debe recibir todos los servicios de planificación familiar y atención a la salud materno-infantil, así como otros servicios preventivos y curativos en una consulta, se ha realizado un estudio que indica que un importante número de instalaciones no estaban proporcionando información sobre la infección por VIH y el SIDA<sup>83</sup>. Como consecuencia, los funcionarios del Ministerio de Salud comenzaron a usar una lista de control y cursillos de actualización para supervisores y personal de la tienda médica; también se creó un grupo de trabajo para revisar los formularios de antecedentes de los clientes, las normativas que rigen el servicio, y los materiales de información, educación y asesoría que se proporcionan.

**3. Muchos clientes de planificación familiar se encuentran en riesgo de contraer ITS pero no están dispuestos a utilizar dos métodos de planificación familiar cuando ello es necesario para prevenir dichas infecciones y también los embarazos no deseados.**

En un estudio sobre clientes de planificación familiar en Jamaica se descubrió que en el mes antes del estudio uno de cada cinco clientes había usado preservativos junto con otro método<sup>84</sup>. Tendían a utilizar ambos métodos los clientes con un nuevo/a compañero/a sexual, así como los que sabían protegerse contra las infecciones de transmisión sexual, y los que se comunicaban bien con su compañero/a sexual. Aunque los proveedores de servicios pensaban que el riesgo de ITS entre los clientes de planificación familiar era bajo, más de la cuarta parte de dichos clientes fueron diagnosticados con una enfermedad de transmisión sexual y recibieron tratamiento.

**Gráfica 8. Historial que se toma de los clientes de planificación familiar para determinar una posible ITS**



FUENTES: J. Mukaire, et al., *Integration of STI and HIV/AIDS Services with MCH-FP Services: A Case Study of the Busoga Family Life Education Program, Uganda* (Population Council, Africa OR/TA Project, enero de 1997): 16.

## Aumentar la sostenibilidad

Lograr que los programas sean sostenibles sin considerable asistencia externa se ha convertido en una prioridad para la mayoría de los países. Se considera que son sostenibles los programas que tienen suficientes recursos para cubrir el costo de su funcionamiento. Los programas auto-sostenibles dependen únicamente de sus recursos propios, por lo que para lograr un grado de sostenibilidad es posible que se necesite incrementar la efectividad en función del costo así como la recuperación de los gastos del programa.

Cuanto menos se gaste por unidad de producción (es decir, cuando menos cueste satisfacer las necesidades de planificación familiar de un cliente) más eficaz en función del costo resultará el programa. También hay que tener en cuenta la satisfacción del cliente y su perseverancia en el uso de métodos de planificación familiar. Aunque la eficacia en función del costo no sea suficiente para garantizar la sostenibilidad del programa, conviene adoptar estrategias de ahorro. La investigación operativa está ayudando a determinar el costo de otros posibles enfoques en comparación con su eficacia, y probando formas de recortar actividades en los programas para gastar menos sin menguar la calidad de los servicios.

La adopción de estrategias para la recuperación del gasto se vuelve cada vez más importante, a medida que los directores de programas tratan de generar ingreso y reducir su dependencia de fuentes de financiamiento externo. La investigación operativa realizada actualmente a este respecto se concentra en (1) la capacidad de pago del cliente, (2) las estrategias innovadoras de generación de ingreso, y (3) la manera de hacer que el sector privado participe en la provisión de servicios de planificación familiar.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

## Efectividad en función del costo

### Problema

La efectividad en función de costo es un tema importante para los directores de programas que están tratando de sacar el mayor provecho de los recursos de que disponen sin reducir la calidad de los servicios. El costo de los programas se compara continuamente con el éxito de los mismos en satisfacer las necesidades de salud reproductiva (ya sean contraceptivas o de otro tipo) de sus clientes. Para llevar a cabo un análisis de efectividad en función del costo tiene que contarse con una definición clara de las metas del programa y cálculos exactos de todos los gastos<sup>85</sup>. El momento en que se lleva a cabo dicho análisis también afecta los resultados, debido a que el costo al comienzo puede ser alto y la efectividad en función del costo puede mejorar con el tiempo. Los directores necesitan información sobre cualquier cambio en los programas que afecte el gasto y mejore la efectividad en función del costo.

### Hallazgos

#### **1. Aprovechar al máximo el tiempo que invierte el personal y eliminar procedimientos innecesarios pueden reducir los gastos y mejorar la calidad y eficiencia del programa.**

En un estudio en CEMOPLAF en Quito, Ecuador, se descubrió que si se requería realizar únicamente una revisión del DIU en vez de cuatro se reducía el costo tanto para el organismo ejecutor del programa como para el cliente, además de mejorar el acceso de los clientes al servicio y ocasionarles menos molestias. Dicha propuesta se basaba en que la reducción en revisiones ocasionaba únicamente una pequeña disminución en la detección de problemas médicos<sup>86</sup>. El ahorro logrado con la eliminación de visitas múltiples se invirtió en capacitación, con lo que mejoró la calidad del servicio y la sostenibilidad de CEMOPLAF.

Un estudio en Senegal descubrió que los análisis de laboratorio establecidos como obligatorios para todos los clientes que deseaban usar anticonceptivos orales representaba un alto gasto para éstos y no eran efectivos en función del costo<sup>87</sup>. Debido a que pocas mujeres tenían complicaciones médicas que les impedían usar un método en particular, los investigadores recomendaron que se hicieran análisis únicamente para confirmar las contraindicaciones señaladas en los historiales médicos y los exámenes clínicos; pero aunque el gobierno adoptó esta recomendación, muchos proveedores se han resistido a cambiar y continúan exigiendo que todo nuevo usuario de anticonceptivos orales se someta a análisis de laboratorio.

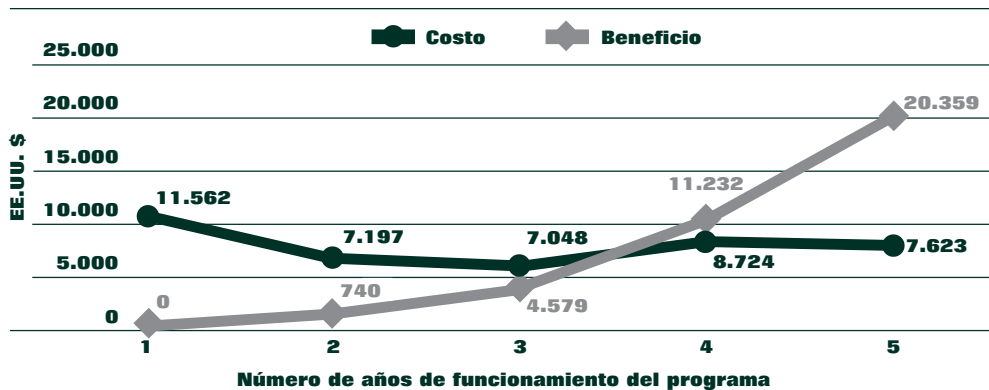
Un estudio de los sistemas de un programa de planificación familiar para madres adolescentes, basado en un hospital en la Ciudad de México, reveló que el personal del mismo empleaba una gran parte de su tiempo en actividades no productivas<sup>88</sup>, con lo que se logró doblar la efectividad en función del costo al consolidar el programa y reducir el personal. Dicho ahorro permitió llevar el programa a otros cinco hospitales en la Ciudad de México.

**2. Es posible convencer a los programas de salud con fines lucrativos y los proporcionados por empresas para que ofrezcan servicios de planificación familiar, si se demuestra que dan como resultado una reducción en el gasto.**

Las esposas de los mineros de una compañía minera privada en Milpo, Perú, no deseaban tener muchos hijos, pero su nivel de fecundidad era alto y su uso de anticonceptivos bajo. Un análisis del beneficio en función del costo que supondría ofrecer servicios de planificación familiar y de salud materno-infantil indicó que para el cuarto año de dicho programa el ahorro resultante de la reducción en la tasa de nacimiento compensaría el costo del programa (ver la Gráfica 9)<sup>89</sup>, por lo que la empresa decidió añadir servicios materno-infantiles y de planificación familiar en su centro de atención médica sin recibir ayuda del gobierno o de donantes. Dieciocho meses después de poner en vigor el programa, el uso de anticonceptivos entre las mujeres en dicha ciudad minera había aumentado en un 41 por ciento y actualmente otras dos minas del área están ofreciendo los mismos servicios.

En las Filipinas, un estudio de servicios de planificación familiar y programas de atención a la salud materno-infantil basados en la industria mostró que era más factible que dichos servicios fueran proporcionados por las empresas en las siguientes circunstancias: (1) cuando la gerencia de la empresa había establecido políticas explícitas sobre la salud y el bienestar de sus empleados; y (2) cuando existía un compromiso por parte de la gerencia de la empresa de apoyar los servicios de planificación familiar, además de existir cooperación a todos los niveles del programa, incluyendo gerentes, personal clínico y personal voluntario<sup>90</sup>. El estudio asimismo indicó que cuanto mejor era la situación financiera de la empresa, mayor compromiso existía por parte de los gerentes de apoyar el programa y asegurar la alta calidad del servicio.

**Gráfica 9. Costo proyectado anual y beneficios de los servicios de planificación familiar en la mina de Milpo, Perú**



FUENTE: K. Foreit, et al., «Costs and Benefits of Implementing Family Planning Services at a Private Mining Company in Peru», *International Family Planning Perspectives* 17, no. 3 (septiembre de 1991): 91-95.

## Recuperación de gastos

### Problema

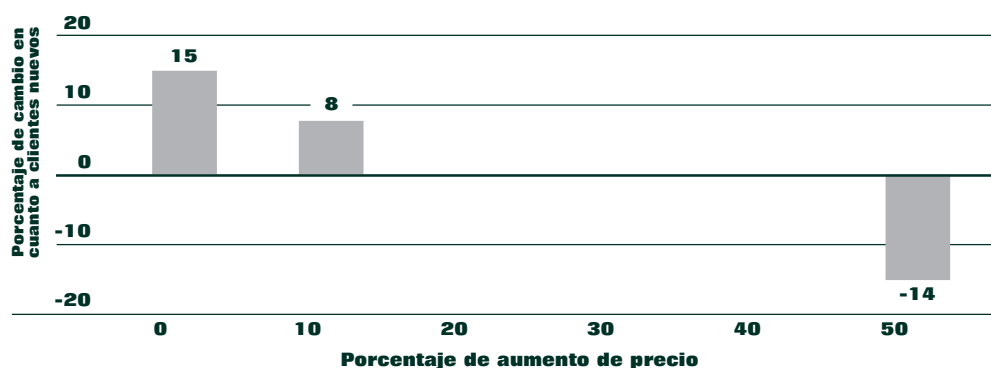
Los programas de planificación familiar frecuentemente proporcionan anticonceptivos de forma gratuita y algunos ofrecen incentivos a los clientes para que adopten dichos métodos. Pero con la reducción en los recursos de los gobiernos y de los organismos donantes, se ha vuelto esencial la recuperación de la inversión en los programas de planificación familiar. Por otra parte, aunque la provisión de servicios de forma eficiente y sostenible es importante para que un programa tenga éxito, los directores de programas también tratan de mantener la calidad y proporcionar una mayor variedad de servicios a mayor número de clientes<sup>91</sup>.

### Hallazgos

#### 1. Aunque generalmente pequeños incrementos en el precio de los anticonceptivos no reducen el número de usuarios, grandes aumentos pueden hacer que los clientes busquen otras fuentes menos caras.

En algunos países latinoamericanos se han realizado estudios que indican que cuando los precios de los métodos de planificación familiar son bajos, sólo se produce una reducción en la cantidad de clientes si dichos precios aumentan en un 50 por ciento o más. Las estadísticas de servicios procedentes de 16 clínicas de APROFE, en Ecuador, mostraron que pequeños incrementos en el precio no tienen gran efecto en el número de los nuevos clientes de DIU, pero que cuando el aumento del precio es del 50 por ciento, la demanda de dicho método disminuye considerablemente (*ver la Gráfica 10*)<sup>92</sup>. Según un estudio llevado a cabo en Perú, la mayoría de los usuarios (76 por ciento) que dejaron de participar en programas de planificación familiar por motivos económicos continuaron utilizando métodos anticonceptivos, pero se pasaron a proveedores menos caros<sup>93</sup>. Otro estudio en Malí (África Occidental) descubrió que la mayoría de los clientes en clínicas públicas podía permitirse pagar por los servicios, pero que se necesitaba tener una escala de precios de dos o más niveles para ajustarse a su capacidad de pago<sup>94</sup>.

**Figura 10. Efecto que el cambio de precios tiene sobre la demanda de DIU en Ecuador**



FUENTES: Population Council, *INOPAL II Project Final Report 1989-1995* (Nueva York: Population Council, 1996): 11.

## 2. Los programas pueden beneficiarse del uso de estrategias innovadoras para la recuperación de la inversión.

Un estudio que se está llevando a cabo actualmente en Navrongo, Ghana, pone a prueba una estrategia de recuperación del costo que utiliza comités de la comunidad para la recolección de fondos y distribución de productos en un programa de DBC. Los resultados preliminares indican que no ha habido falta de existencias y que el ingreso procedente de las ventas de anticonceptivos ha superado sistemáticamente el costo de los mismos<sup>95</sup>. En Burkina Faso se está probando un enfoque similar en la provincia de Bazega.

Muchas organizaciones latinoamericanas no gubernamentales generan ingreso vendiendo sus servicios (análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico, por ejemplo) con un margen de ganancia, para poder subsidiar actividades de planificación familiar no lucrativas. Por ejemplo, la venta de servicios de ultrasonido en Ecuador por CEMOPLAF le produjo varios miles de dólares anuales<sup>96</sup>, y CEMOPLAF también ha obtenido ingresos al ofrecer una variedad de pruebas de laboratorio en el área de salud reproductiva, incluso a precios por debajo del mercado<sup>97</sup>. La experiencia de CEMOPLAF y de otras organizaciones en América Latina ha demostrado que cada actividad generadora de ingresos frecuentemente contribuye una pequeña cantidad a la sostenibilidad financiera del proyecto en general, y que se necesitan una variedad de servicios generadores de ingreso para cubrir el costo global de un programa.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

## IV

### Dirección futura

La investigación operativa en el área de planificación familiar y salud reproductiva ha pasado de ser una estrategia para la introducción de servicios a convertirse en una innovación en la entrega de servicios, para resolver problemas y para mejorar los programas. Aunque los hallazgos presentados en este documento muestran las lecciones aprendidas en recientes investigaciones operativas, se sigue profundizando en los resultados y haciendo frente a nuevas dificultades.

Como se espera que para el año 2005 el número de hombres y mujeres en edad fértil sea una tercera parte superior al que existía en 1990, será difícil mantener los niveles actuales de uso de métodos anticonceptivos, si no se aumentan los recursos disponibles<sup>98</sup>. Se necesita hacer uso de la investigación operativa para averiguar qué estrategias eficaces en función del costo pueden usarse para satisfacer las necesidades de salud reproductiva de esta población. Además se está poniendo énfasis en la forma de diseminar, utilizar y monitorear los resultados de los estudios, así como de desarrollar la capacidad de llevar a cabo investigaciones operativas a nivel local y elevar el grado de colaboración entre los investigadores, directores de programas y las autoridades encargadas de políticas.

#### Nuevos caminos en la investigación operativa

Aparte de servir para abordar problemas específicos en la provisión de servicios de planificación familiar, la investigación operativa ha comenzado a ayudar a los directores de programas y a las autoridades encargadas de políticas a decidir la mejor forma de responder a las recomendaciones de la CIPD de 1994. Para ello se sigue investigando el modo de mejorar la calidad y la eficacia, así como de atender a los grupos de población especiales como los refugiados, los emigrantes a las zonas urbanas y a los grupos de población indígena. La investigación operativa continúa tratando de averiguar la eficacia en función del costo y la viabilidad de integrar ciertos servicios de salud reproductiva con los de planificación familiar en una variedad de contextos; además de seguir investigando el modo más idóneo de satisfacer las necesidades de salud reproductiva de los adolescentes y de la población masculina en diversos entornos culturales.

La investigación operativa se está aplicando en nuevas áreas, como en las estrategias para suministrar anticonceptivos de emergencia, y el estudio del impacto de dicho método en el uso normal de anticonceptivos. Asimismo se han empezado a desarrollar y poner a prueba intervenciones para evitar prácticas dañinas como la mutilación genital de la mujer. Actualmente se están utilizando diversas formas de investigación operativa, como el análisis de situación, para evaluar la calidad en otras áreas de atención a la salud.

« NECESITAMOS UN  
MECANISMO PARA  
ASEGURAR EL USO. A  
FIN DE CUENTAS.  
ESTOS ESTUDIOS SE  
LLEVAN A CABO PARA  
QUE LOS QUE  
EJECUTAN LOS  
PROGRAMAS PUEDAN A  
HACER LAS COSAS  
MEJOR »<sup>99</sup>.

Director de  
programa, Kenia

## **Asegurar el uso de los resultados**

La disseminación de los resultados de las investigaciones operativas es un requisito esencial para poder utilizarlos, por lo que aunque dichos estudios normalmente incluyen un plan de disseminación de hallazgos, es necesario establecer estrategias de seguimiento a largo plazo para aplicarlas una vez concluido el estudio, teniendo en cuenta que se necesita contar con recursos financieros y humanos para dicha disseminación y uso.

Es más probable que los resultados de las investigaciones operativas se usen extensamente si (1) dichos resultados expresan con claridad las implicaciones en términos de políticas y programas, (2) son apropiadas al contexto, (3) abordan temas que las autoridades encargadas de políticas y los directores de programas pueden manejar directamente, y (4) existen fondos y una organización que se encargue de apoyar y ampliar la aplicación de los mismos<sup>100</sup>. La puesta en práctica con éxito necesita que los directores de programas y las autoridades encargadas de políticas participen en el proyecto desde el principio, así como que los resultados sean aceptados por todas las partes interesadas y que se continúe tratando de pasar de la investigación a la acción.

## **Reforzar la capacidad de resolución de problemas**

La institucionalización de la investigación operativa frecuentemente tiene lugar con la madurez de los programas de planificación familiar. En cierta forma se influyen mutuamente y ambos requieren una inversión en infraestructura y capacidad. Existen muchos modelos de institucionalización y la mayoría de las organizaciones pueden beneficiarse de su uso en la resolución de problemas. Si la investigación operativa se convierte en una actividad establecida, que se ajusta a los recursos técnicos, institucionales y financieros locales, se asegurará su sostenibilidad y su continua contribución al proceso de toma de decisiones en los programas. Los investigadores pueden ayudar a institucionalizar dichas investigaciones si las consideran parte de un proceso continuo en el que deben participar de lleno los directores de los programas; así como enseñando a directores e investigadores los métodos que se utilizan en la investigación operativa; y diseñando estudios para estimular el cambio institucional, al tiempo que se aliente la colaboración de organizaciones de investigación y servicios, y se cree y mantenga una demanda de investigación por parte de las autoridades encargadas de políticas<sup>101</sup>.

## **Colaboración**

La colaboración entre las organizaciones de investigación y prestación de servicios de cada país, así como entre organismos donantes es cada vez más importante. Promover dicha coordinación y lograr que compartan información entre ellos probablemente reforzará la posibilidad de que se pongan en práctica los resultados de la investigación, con lo que el uso de los recursos de los programas será más eficaz. A medida que la distinción entre investigadores y proveedores de servicios se reduzca, ambos grupos se beneficiarán de dicho intercambio.

La investigación operativa se convierte en un importante instrumento en la planeación y la toma de decisiones basadas en la información cuando la demanda de servicios de planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva aumenta y los directores de programas se esfuerzan por proporcionar servicios de alta calidad y efectivos en función del costo. Los resultados de investigaciones operativas con los que contamos actualmente pueden dar lugar a las innovaciones más avanzadas que se efectúen el día de mañana en la prestación de servicios.

# Referencias

## Introducción

1. Population Council, OR/TA Programs, Operations Research Web site. Se puede obtener información en línea en <http://www.popcouncil.org/orta/>.
2. T.McGinn, Columbia University. Comunicación personal, marzo de 1997.
3. A. Fisher, et al., *Handbook for Family Planning Operations Research Design*. Segunda edición (Nueva York: Population Council, 1991); y I. Askew y A. Fisher, «Using Operation Research to Guide Family Planning Program Development and Policy Formation in Sub-Saharan Africa», *Population Research and Policy Review* 14 (1995): 373-393.
4. Fisher, et. al., *Handbook for Family Planning Operations Research Design*.

## Evolución de las investigaciones operativas

5. R. Freedman y J. Takeshita, *Family Planning in Taiwan: An Experiment in Social Change* (Princeton, Nueva Jersey: Princeton University Press, 1969).
6. A.G. Rosenfield y C. Limcharoen, «Auxiliary Midwife Prescription of Oral Contraceptives», *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 114, no. 7 (diciembre de 1972): 942-949.
7. R.C. Blomberg, «Strengthening Collaborating Institutions: The Role of Technical Assistance in the Family Planning Operations Research Program», *Operations Research: Helping Family Planning Programs Work Better*, editores M. Seidman y M. Horn (Nueva York: Wiley-Liss, 1991): 469.
8. M. Gallen y W. Rinehart, *Operations Research: Lesons for Policy and Programs*, Population Reports, serie J, no. 31 (Baltimore: The Johns Hopkins University, mayo/junio de 1986): J818-819.
9. Dr. Sam Adjei, entrevista telefónica realizada por B. Shane en junio de 1997.
10. Askew y Fisher, «Using Operations Research to Guide Family Planning»: 377.
11. R. Miller, et al., *The Situation Analysis Approach to Assessing Family Planning and Reproductive Health Services: A Handbook* (Nueva York: Population Council, 1997).

## ¿Qué nos ha enseñado la investigación operativa?

### Mejorar la calidad de los servicios

#### Selección del método y relaciones del personal con los clientes

12. J. W. Townsend, «Effective Family Planning Service Components: Global Lessons from Operations Research», *Operations Research: Helping Family Planning*, editores M. Seidman y M. Horn: 63; J. Bruce y A. Jain, «Improving the Quality of Care through Operations Research», en *Operations Research: Helping Family Planning*, editores Seidman y Horn: 265; y P.T. Piotrow y R.C. Meyer, «Promoting Family Planning: Findings from Operations Research and Program Research», *Operations Research: Helping Family Planning*, editores M. Seidman y M. Horn: 97-107.
13. K. Hardee, et al., «Assessing Family Planning Service-Delivery Practices: The Case of Private Physicians in Jamaica», *Studies in Family Planning* 26, no. 6 (noviembre/diciembre de 1995): 338-349.
14. G.P. Cernada, et al., «A Situation Analysis of Family Welfare Centres in Pakistan», *Operations Research Working Papers*, no. 4 (Nueva York: Population Council, 1993): 27.
15. J. Stanback, Omondi-Odhiambo, y D. Omuodo, *Why has IUD Use Slowed in Kenia?* (Research Triangle Park, Carolina del Norte: Family Health International, agosto de 1995).
16. T. Rajaretnam y R.V. Deshpande, «Factors Inhibiting the Use of Reversible Contraceptive Methods in Rural South India», *Studies in Family Planning* 25, no. 2 (marzo/abril de 1994): 111-121.
17. FISA y Population Council, *An Experimental Program to Increase IUD Acceptance in Madagascar, Final Report* (Nueva York: FISA y Population Council, agosto de 1993).
18. Ministerio de Salud y Population Council, *Quality of Care in Family Planning Service Delivery in Kenia:*

*Clients' and Providers' Perspectives* (Kenia: Population Council, Africa Operations Research and Technical Assistance Project, noviembre de 1995).

19. R. Vernon, *The Use of Management Quality Systems to Institutionalize Operations Research in Family Planning Organizations* (Ciudad de México: MEXFAM y Population Council, 1994); y Population Council, *INOPAL II Project Final Report, 1989-1995* (Nueva York: 1996): 28.
20. APROFE y Population Council, *Pricing, Quality of Care, Rumors, and Other Possible Causes of the Loss of Family Planning Clients: A Diagnostic Study in 14 Ecuadorean Cities* (Ecuador: APROFE, 1994); y Population Council, *INOPAL II Project Final Report*.
21. M.E. Khan, B.C. Patel y R.B. Gupta, *Quality of Family Planning Services: The Perspectives of Service Providers in Uttar Pradesh* (India: Population Council, Asia Near East Operations Research and Technical Assistance Project, 1996).

#### **Razones por las que se dejan de utilizar los servicios de planificación familiar y mecanismos para asegurar su continuación**

22. N.E. Williamson, et al., «Introducing New Methods, Popularizing Available Methods, and Encouraging Correct Use and Continuation», *Operations Research: Helping Family Planning*, editores M. Seidman y M. Horn: 233-257.
23. L. Sealza, *Factors Affecting the Family Planning Program Drop-Out Rates in Bukidnon Province, The Philippines* (Manila: Research Institute for Mindanao Culture, Xavier University y Population Council, 1995).
24. Cairo Demographic Center y Population Council, *Continuation and Discontinuation of Contraceptive Use by Method and Reasons for Drop-Out in the CSI Project* (El Cairo: diciembre de 1994).
25. Population Council y Departamento de Salud de Manila, *DMPA Monitoring Study: Findings on Use and Continuation Rates* (Nueva York: Population Council, Asia Near East Operations Research y Technical Assistance Project, septiembre de 1995).
26. M. Seidman, et al., *Implementing a Management Information System to Strengthen Natural Family Planning Programs: Selected Accomplishments* (Washington, DC: Institute for Reproductive Health, 1995).
27. Ministerio de Salud y Population Council, *Quality of Care in Family Planning Service Delivery in Kenia: Clients' and Providers' Perspectives* (Nairobi: Population Council, Africa Operations Research and Technical Assistance Project, noviembre de 1995).
28. Population Council, Universidad de Nairobi, PCEA Chogoria Hospital, *An Evaluation of the Chogoria Family Planning Default Tracking System Follow-Up System* (Nueva York: Population Council, April 1992).

#### **Capacitación y capacidad técnica**

29. J.A. Ross y E. Frankenberg, *Findings from Two Decades of Family Planning Research* (Nueva York: Population Council, 1993): 25; y Gallen y Rinehart, *Operations Research: Lessons for Policy and Programs*.
30. F. Leon, *Developing Tools of Low-Cost Use to Improve the Quality of Care of Rural CBD in Paraguay* (Centro Paraguayo de Estudios de Población [CEPEP], septiembre de 1994); y Population Council, *INOPAL II Project Final Report*: 14-15.
31. S. Rood, M. Raquepo y M. Ladia, *A Diagnostic Study of the Implementation of Department of Health Training Courses for Family Planning Providers in Region II and Cordillera Administrative Region* (Manila: Cordillera Studies Center, Universidad Estatal de Cagayan y Population Council, octubre de 1994).
32. S. Barge, I. Khan, B.C. Patel y M.E. Khan, *Use of Private Practitioners for Promoting Oral Contraceptive Pills in Gujarat* (Nueva Delhi: Centre for Operations Research and Training y Population Council, 1995).
33. I. Askew, et al., *Situation Analysis of the Family Planning Program in Burkina Faso* (Ministère de la Santé de l'Action Sociale et de la Famille y Population Council, junio de 1992).
34. Population Council, «Situation Analysis of Family Planning Service Delivery in Senegal», Africa Operations Research and Technical Assistance Project II, *Update*, no. 1 (junio de 1995).
35. Population Council, «Zanzibar Family Planning Situation Analysis Study», Africa Operations Research and Technical Assistance Project II, *Update*, no. 4 (enero de 1996).
36. S. Barge, I. Khan, B.C. Patel y M.E. Khan, *Use of Private Practitioners for Promoting Oral Contraceptive Pills in Gujarat*.

#### **Supervisión**

37. Gallen y Rinehart, *Operations Research: Lessons for Policy and Programs*.
38. R. Vernon, A. Staunton, M. García, J. Arroyo y R. Rosenberg, «A Test of Alternative Supervision Strategies for Family Planning Services in Guatemala», *Studies in Family Planning* 25, no. 4 (1994): 232-238.
39. U. Rob, et. al., *Pakistan IUD Follow-up Study* (Islamabad: Ministerio de Bienestar de la Población y Population Council, 1993).
40. Population Council, *Major Survey Effort Provides Data for Family Welfare Program Planning and Policy*. Se puede obtener información en línea en <http://www.popcouncil.org/orta/aneor/>.

## Dirigirse a poblaciones específicas

### Jóvenes adultos

41. C. Nare, K. Katz y E. Trolley, *Measuring Access to Family Planning Education and Services for Young Adults in Dakar, Senegal* (Research Triangle Park, Carolina del Norte: CEFFVEVA y Family Health International, febrero de 1996): 20.
42. J. Noble, J. Cover y M. Yanagishita, *Los jóvenes del mundo, 1996* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 1996).
43. R. Vernon, *An Operational Test to Institutionalize Family Life Education in Secondary Schools in Mexico* (Ciudad de México: Instituto Mexicano de Investigación de la Familia y Población, septiembre 6, 1994); Population Council, *INOPAL II Project Final Report*: 18; y Population Council, «The Use of Operations Research to Develop Materials for Sex Education Among Adolescents», *Alternatives* (marzo de 1991).
44. Mita y Simmons, «Diffusion of the Culture of Contraception»: 7.
45. T.T. Kane, et al., «Sexual Activity, Family Life Education, and Contraceptive Practice Among Young Adults in Banjul, The Gambia», *Studies in Family Planning* 24, no. 1 (enero/febrero de 1993): 50-61; y Nare, Katz y Trolley, *Measuring Access to Family Planning Education*: 21.
46. R. Mita y R. Simmons, «Diffusion of the Culture of Contraception: Program Effects on Young Women in Rural Bangladesh», *Studies in Family Planning* 26, no. 1 (enero/febrero de 1995): 1-13; y Population Council, «Family Planning Enhances Women's Status in Bangladesh. Asia Near East Operations Research and Technical Assistance», *Research Summaries* (septiembre de 1995).

### Hombres

47. F. Leon, *Operations Research to Improve Ministry of Health Family Planning Services in Iquitos, Peru* (Vecinos, Perú: Ministerio de Salud, 1994); y Population Council, *INOPAL II Final Report*: 19.
48. R. Vernon, et al., «Making Vasectomy Services More Acceptable to Men», *International Family Planning Perspectives* 17, no. 2 (junio de 1991): 55-60.
49. J. Foreit, et al., «A Comparison of the Performance of Male and Female CBD Distributors in Peru», *Studies in Family Planning* 23, no. 1 (enero/febrero de 1992): 58-62; y Population Council, «Male CBD Agents Effective at Reaching Men with Family Planning Messages», *African Alternatives Newsletter*. Se obtuvo en línea en: <http://www.popcouncil.org/orta/aro/en1.htm#Situation>, en enero de 1996.
50. Desarrollo e Investigación en Demografía Médica (DIPLAF) y Population Council, *Strengthening the Coverage Extension Strategy of the Ministry of Health* (México: DIPLAF y Population Council, 1994); y Population Council, *INOPAL II Final Report*: 19.
51. CARE y Population Council, *Strategies to Involve Men in Reproductive Health Care: From Farm Management to Family Management* (1997); y Population Council, *INOPAL II Final Report*: 20, 21.
52. D. Sanogo y K. White, *Promotion and Delivery of Family Planning Services in the Donga Mantung: An Operations Research Study on the Role of Male Opinion Leaders in Rural Cameroon* (Nueva York: Population Council, mayo de 1993).
53. Population Council, *The Influence of Village-Level Health and Birth Spacing Meetings Conducted by Religious Leaders on Contraceptive Acceptance and Continuation Rates* (Nueva York: Population Council, 1992).
54. R. Vernon, «Operations Research on Promoting Vasectomy in Three Latin American Countries», *International Family Planning Perspectives* 22, no.1 (marzo de 1996): 26-31.
55. H. Juárez y V. Cortés, *A Strategy to Increase the Acceptance of No-Scalpel Vasectomy in Outpatient Clinics of the Mexican Social Security Institute* (Ciudad de México: AMIDEM, 1994); y Population Council, *INOPAL II Final Report*, 1989-1995: 20, 21.
56. D.L. Kincaid, et al., «Impact of a Mass Media Vasectomy Promotion Campaign in Brazil», *International Family Planning Perspectives* 22, no. 4 (diciembre de 1996): 169-175; y Population Council, *INOPAL II Final Report*: 20, 21.
57. D.J. Wilkinson, et al., «Using the Newspaper to Disseminate Vasectomy Information in Kenia», *International Quarterly of Community Health Education* 14, no. 2 (1993-1994): 165-172.

### Poblaciones rurales e indígenas

58. African Medical and Research Foundation y Population Council, *Expanding Family Planning Delivery Systems Using Traditional Health Practitioners: An Operations Research Study in Rural Kenya* (Nairobi: AMREF y Population Council 1993).
59. Population Council, «India: Lessons Learned from a Rural Community-Based Distribution Program», *Alternatives*, no. 3 (abril de 1995): 4-5; y R. Prasad, et al., *Promotion of Family Planning and MCH Care Through Dairy Co-Operatives in Rural Bihar* (India: Population Research Centre, Patna y Population Council, 1995).
60. Population Council, Africa Operations Research and Technical Assistance: 9, Project II Annual Report; y Population Council, Africa Operations Research and Technical Assistance Project II, *Summary Report on Three Case Studies in The Gambia: The Influence of Village-Level Health and Birth Spacing Meetings*

Conducted by Religious Leaders on Contraceptive Acceptance and Continuation Rates; Strengthening Primary Health Care and Family Planning Service Delivery Through Training Traditional Birth Attendants; y Contributions of Demand Mobilization and Contraceptive Availability to Increased Contraceptive Prevalence: Issues for Replication (Dakar, Senegal: Population Council, noviembre de 1996): 7,9.

61. Population Council, «Findings from Phase I of the Navrongo Community Health and Family Planning Project», Research Update, no. 5 (mayo de 1996); y Population Council, *Africa Operations Research and Technical Assistance Project II Annual Report* (Nueva York: septiembre de 1996): 6.
62. Population Council Africa Operations Research and Technical Assistance: 9, Project II Annual Report; y Population Council, Africa Operation Research and Technical Assistance Project II, *Summary Report on Three Case Studies in the Gambia*.

## Integración de los servicios de salud reproductiva

### Planificación familiar y atención a la salud después del aborto

63. Ross and Frankenberg, *Findings from Two Decades of Family Planning Research*: 65-70.
64. A. Molina, et al., «Cost of Postabortion Inpatient D&C in Mexico», *Latin American Operations Research Abstracts* (Nueva York: Population Council, INOPAL III y IPAS, 1996); Population Council, «Testing Alternative Approaches to Providing Integrated Treatment of Abortion Complications and Family Planning in Kenya: Findings from Phase I», *Update*, no. 3 (Africa Operations Research and Technical Assistance Project II, diciembre de 1995); y B. Johnson, et al., «Costs and Resource Utilization for the Treatment of Incomplete Abortion in Kenya and Mexico», *Social Science and Medicine* 36, no. 11 (1993): 1443-1453.
65. V. Huapaya, «Administrative Barriers to Efficient, High-Quality Postabortion Treatment in Peru», *Latin American Operations Research Abstracts* (Nueva York: Population Council, INOPAL III, y IPAS, 1996).
66. Egyptian Fertility Care Center y Population Council, *Postabortion Case Load Study in Egyptian Public Sector Hospitals* (Nueva York: Population Council, febrero de 1997).
67. E.O. Hassan, N. El Nahal, N. Attallah, S. Kafafi, y A.A. Shoubary, *Improving the Counseling and Medical Care of Postabortion Patients* (El Cairo: The Egyptian Fertility Care Society y Population Council, mayo de 1995); D. Huntington, et al., «Improving the Medical Care and Counseling of Postabortion Patients in Egypt», *Studies in Family Planning* 26, no. 6 (noviembre/diciembre 1995): 350-362; y D. Huntington, L. Nawar y D. Abdel-Hady, «Women's Perceptions of Abortion in Egypt», *Reproductive Health Matters*, no. 9 (mayo de 1997): 101-107.
68. M. L. Orellana, et al., *Postabortion Quality of Care in Guatemala* (Nueva York: Population Council, INOPAL III, 1996).
69. D. Huntington, L. Nawar y D. Abdel-Hady, *An Exploratory Study of Psycho-Social Stress Associated with Abortion in Egypt* (El Cairo: Population Council, septiembre de 1995).

### Planificación familiar y servicios después del parto

70. J. A. Ross y E. Frankenberg, *Findings from Two Decades of Family Planning Research* (Nueva York: Population Council, 1993): 34.
71. G. Bouchard, *A Model Postpartum Program for Rural Populations in Haiti* (Pignon, Haití: Comité de Bienfaisance de Pignon, sin fecha); y Population Council, *INOPAL II Project Final Report*: 25.
72. R. Vernon y C. Brambila, *Reproductive Health and Prenatal Care* (Tegucigalpa, Honduras: IHSS y Population Council, 1992); y Population Council, *INOPAL II Project Final Report*: 23-25.
73. N. Kampatibe, A. Aplogan, y D. Huntington, *Togo: Combining Family Planning and the Expanded Program of Immunizations* (Togo: Population Council y el Ministerio de Salud, enero de 1993); y D. Huntington y A. Aplogan, «The Integration of Family Planning and Childhood Immunization Services in Togo», *Studies in Family Planning* 25, no. 3 (mayo/junio de 1994): 176-183.
74. PROMEDICA y Population Council, *Postpartum IUD Insertion in a Brazilian HMO* (Brasil, 1995); PROMEDICA y Population Council, *Acceptability and Cost-Effectiveness of Postpartum and Postabortion Family Planning in a Health Maintenance Organization in Bahia* (Brasil: PROMEDICA, 1994); y Population Council, *INOPAL II Project Final Report*: 25.
75. K.B. Wade, F. Sevilla y M.H. Labbok, «Integrating the Lactational Amenorrhea Method Into a Family Planning Program in Ecuador», *Studies in Family Planning* 25, no. 3 (mayo/junio de 1994): 162-175.
76. CEMICAMP/IMIP y Population Council, *Evaluation of a New Counseling Strategy on the Use of Lactation-Amenorrhea as a Method to Prolong Natural Postpartum Infertility* (Brasil: CEMICAMP/IMIP, sin fecha); y Population Council, *INOPAL II Project Final Report*: 25-26.
77. G. Savina y K. Kennedy, «The Effect of a Breastfeeding Education Program on Lactational Amenorrhea in the Philippines», *Studies in Family Planning* 20, no. 4 (1989): 203-214.

### Planificación familiar y las infecciones de transmisión sexual

78. J. Mukaire, et al., *Integration of STI and HIV/AIDS Services with MCH-FP Services* (Nueva York: Population Council, Africa Operations Research and Technical Assistance Project, enero de 1997).
79. A. Twahir, B. Ndugga Maggwa, y I. Askew, *Integration of STI and HIV/AIDS Services with MCH-FP: A Case Study of the Mkomani Clinic Society in Mombasa, Kenya* (Nairobi: Population Council, Africa Operations

- Research and Technical Assistance Project, abril de 1996); y Population Council, *Operations Research and Technical Assistance*, Africa Project II Annual Report: 38-39.
80. S. RamaRao, J. Townsend, y M.E. Khan, *A Model of Costs for Providing RTI Case Management Services in Uttar Pradesh*, Technical Paper no. 6 (Nueva Delhi: Population Council, noviembre de 1996).
81. J. Mukaire, et al., *Integration of STI and HIV/AIDS Services with MCH-FP Services*: 16.
82. Population Council, *Operations Research and Technical Assistance*, Africa Project II Annual Report: 38-39.
83. Population Council, «Reproductive Health Services are Challenged to Perform Better and Efficiently in Botswana», *OR Announcements*. Se obtuvo en línea en <http://www.popcouncil.org/orta.oran.htm>; y B.N. Maggwa, R. Miller, B. Baakile y L. Maribe, *A Situation Analysis of the Maternal and Child Health/Family Planning (MCH/FP) Program in Botswana* (Nueva York: Population Council y Ministerio de Salud de Botsuana, 1996).
84. A. Spruyt, et al., *Dual Method Use Among Family Planning Clients: Kingston, Jamaica* (Research Triangle Park, Carolina del Norte, Family Health International, Ministerio de Salud, IPPF/Jamaica Family Planning Association, sin fecha).

## Mejorar la sostenibilidad

### Efectividad en función del costo

85. E. Jensen, «Cost-Effectiveness and Financial Sustainability in Family Planning Operations Research», en *Operations Research: Helping Family Planning Programs*, editores Seidman y Horn: 297-313.
86. CEMOPLAF y Population Council, *Operations Research to Improve the Sustainability of an Ecuadorean Family Planning Program* (Ecuador: CEMOPLAF, 1993); y Population Council, *INOPAL Project Final Report*: 13-15.
87. J. Stanback, J.B. Smith, B. Janowitz y F. Diadhiou, «Safe Provision of Oral Contraceptives: The Effectiveness of Systematic Laboratory Testing in Senegal», *International Family Planning Perspectives* 20 (diciembre de 1994): 147-149.
88. V. Schenkel, «*Postpartum Education for Adolescents: Evaluation and Refining of a Model for Institutionalization*» (Ciudad de México: CORA, 1992); y Population Council, *INOPAL II Project Final Report*: 13-15.
89. K. Foreit, D. Haustein, M. Winterhalter y E.L. Mata, «Costs and Benefits of Implementing Family Planning Services at a Private Mining Company in Peru», *International Family Planning Perspectives* 17, no. 3 (septiembre de 1991): 91-95.
90. J. Cabigon y E. Magsino, *A Study on Factors Leading to Continued Company Support to an Industry-Based Family Planning Program* (Manila: University of the Philippines Population Institute, Demographic Research and Development Foundation, Inc., y Population Council, octubre de 1994).

### Recuperación de gastos

91. G.M. Kenney y M.A. Lewis, «Cost Analysis in Family Planning: Operations Research Projects and Beyond», *Operations Research: Helping Family Planning Programs*, editores M. Seidman y M. Horn: 411-429.
92. APROFE y Population Council *Pricing, Quality of Care, Rumors, and Other Possible Causes of the Loss of Family Planning Clients: A Diagnostic Study in 14 Ecuadorean Cities* (Ecuador: APROFE, 1994); y Population Council, *INOPAL II Project Final Report*: 11-12.
93. F. León, *A Study to Increase the Availability and Price of Oral Contraceptives in Three Program Settings* (Perú: APROPO, 1991), y Population Council, *INOPAL II Project Final Report*: 13.
94. Division Santé Familiale et Communautaire, Bamako, Malí, y Family Health International, *An Assessment of Client «Ability to Pay» for Contraceptive Methods at Malian Family Planning Clinics* (Research Triangle Park, Carolina del Norte: Family Health International, 1996).
95. Population Council, *Operations Research and Technical Assistance*, Africa Project II Annual Report:31.
96. CEMOPLAF y Population Council, *Operations Research to Improve the Sustainability*; y Population Council, *INOPAL II Project Final Report*: 10.
97. J. Bratt, J. Foreit, y T. de Vargas, *Laboratory Study Examines Costs, Quality and Safety*. Se obtuvo en línea en [http://www.popcouncil.org/inopal/e\\_sustain\\_.html](http://www.popcouncil.org/inopal/e_sustain_.html); y J.R. Foreit, «Financial Sustainability: What Is It, What Are the Skills Needed to Attain It, and What Lessons Have We Learned About It?» Se obtuvo en línea en <http://www.popcouncil.org/inopal/sustain1.html>.

## Dirección futura

98. FNUAP, *Meeting the Goals of the ICPD: Consequences of Resource Shortfalls Up to the Year 2000* (Nueva York: UNFPA, 1997).
99. Population Council y Africa Operations Research and Technical Assistance Project II, *Case Study Summary Report: Increasing Male Involvement in the Family Planning Association in Kenya (FPAK) Family Planning Program* (Nairobi: Population Council, noviembre de 1996).
100. M.A. Koenig y M. Whittaker, «Increasing the Application of Operations Research Findings in Public Sector Family Planning Programs: Lessons Learned from the ICDDR, B Extension Project», en *Operations Research: Helping Family Planning*, editores M. Seidman y M. Horn: 451-460.
101. J.F. Phillips, R. Simmons y G. Simmons, «The Institutionalization of Operations Research», *Operations Research: Helping Family Planning Programs*, editores M. Seidman y M. Horn: 503-529.



Population Reference Bureau  
1875 Connecticut Avenue, NW, Suite 520  
Washington, DC 20009 EE.UU.  
Tel.: (202) 483-1100  
Fax: (202) 328-3937  
Correo elec.: [prborders@prb.org](mailto:prborders@prb.org)  
<http://www.prb.org>



U.S. Agency for International Development  
Bureau for Global Programs  
Field Support and Research  
Center for Population, Health, and Nutrition  
Washington, DC 20523-1823 EE.UU.  
<http://www.info.usaid.gov/>