

Investigación operativa en planificación familiar

Lecturas selectas

JAMES R. FOREIT
TOMAS FREJKA
EDITORES

Investigación operativa en planificación familiar

Investigación operativa en planificación familiar

Lecturas selectas

JAMES R. FOREIT

TOMAS FREJKA

EDITORES



El Population Council es una organización internacional, no gubernamental, sin fines de lucro, que busca mejorar el bienestar y la salud reproductiva de las generaciones actuales y futuras del mundo para contribuir a un balance más equitativo, humano y sostenible entre las personas y los recursos. El Council realiza investigación en los campos de la biomedicina, las ciencias sociales y la salud pública, y contribuye a edificar las capacidades de investigación en los países en vías de desarrollo. El Council fue establecido en 1952; su máximo organismo rector es un consejo directivo internacional. La sede del Council se ubica en la ciudad de Nueva York, en Estados Unidos, apoyando una red global de oficinas nacionales y regionales.

Population Council
One Dag Hammarskjold Plaza
Nueva York, NY 10017 EUA

© 1999, The Population Council, Inc. Todos los derechos reservados.

Library of Congress Cataloging-in-Publication Data

Family planning operations research. Spanish

Investigación operativa en planificación familiar : lecturas selectas /

James R. Foreit, Tomas Frejka, editores.

p. cm.

Includes bibliographical references.

ISBN 0-87834-095-5 (pbk. : alk. paper)

1. Birth control—Research. 2. Birth control clinics—Management—Research.

3. Operations research. I. Foreit, James R. II. Frejka, Tomas. III. Title.

HQ763.5.F3418 1999

363.9'6'072—dc21

99-10587

CIP

Edición en inglés, *Family Planning Operations Research. A Book of Readings*, 1998.

Edición en francés, *La recherche opérationnelle en planification familiale: un recueil d'articles*, en preparación, 1999.

Impreso en Estados Unidos.

*Este libro está dedicado a la memoria de
Bernard Berelson,
cuyo esmero y liderazgo
pusieron una marca indeleble en el
desarrollo de la investigación en planificación familiar*

INDICE

Prefacio	xi
John A. Ross	
Prefacio a la edición en español	xv
Jorge Balán	
Reconocimientos	xvii
Introducción	1
James R. Foreit y Tomas Frejka	

IMPACTO

Introducción	13
Tomas Frejka	
Un estudio de control de la fecundidad	19
Bernard Berelson y Ronald Freedman	
Investigación operativa y otros tipos de investigación en la historia de la planificación familiar en Taiwán	39
Ronald Freedman	
Efectos de un programa de planificación familiar sobre la fecundidad de una comunidad obrera marginal en Santiago	53
Anibal Faúndes-Latham, Germán Rodríguez-Galant y Onofre Avendaño-Portius	
Prescripción de anticonceptivos orales hecha por parteras auxiliares: Un proyecto experimental en Tailandia	77
Allan G. Rosenfield y Charoon Limcharoen	
El impacto demográfico del Proyecto de Servicios de Planificación Familiar-Salud en Matlab, Bangladesh	91
James F. Phillips, Wayne S. Stinson, Shushum Bhatia, Makhlisur Rahman y J. Chakraborty	

ACCESO

Introducción	117
James R. Foreit	
El efecto de un proyecto de DBC de planificación familiar en Mali	127
Arkia Doucoure, Diane Djeneba, Fanta Toure, Amadou Traore, Seydou Doumbia, Diouratie Sanogo, Dale Huntington y Claire Viadro	

La necesidad de la metodología cuasiexperimental para evaluar los efectos de la fijación de precios Federico R. León y Agustín Cuesta	133
Suministro seguro de anticonceptivos orales: la eficacia de exámenes sistemáticos de laboratorio en Senegal John Stanback, Jason B. Smith, Barbara Janowitz y Fadel Diadhio	147
El impacto de la publicidad en medios masivos sobre un programa de esterilización voluntaria en Brasil Karen G. Foreit, Marcos Paulo P. de Castro y Eliane F. Duarte Franco	155
El efecto de la consejería en la aceptación de la esterilización por mujeres de alta paridad en Nigeria Alexander E. Omu, Sharon S. Weir, Barbara Janowitz, Deborah L. Covington, Peter R. Lemptey y Nadine N. Burton	173
Una comparación del desempeño de hombres y mujeres distribuidores de DBC en Perú James R. Foreit, María Rosa Gárate, Alfredo Brazzoduro, Félix Guillén, María del Carmen Herrera y Flor Cardoso Suárez	191
 RECURSOS	
Introducción James R. Foreit	205
Control de costos, acceso y calidad de la atención: el impacto de las normas sobre visitas subsecuentes relacionadas con el DIU en Ecuador James R. Foreit, John Bratt, Karen G. Foreit y Teresa de Vargas	209
¿Puede el Programa de Planificación Familiar de Bangladesh satisfacer necesidades cada vez mayores sin necesidad de elevar sus costos? Barbara Janowitz, Matthew Holtman, David Hubacher y Kanta Jamil	229
El impacto de la frecuencia de entrega de servicios sobre el rendimiento y la eficacia de un programa de planificación familiar James R. Foreit, James E. Rosen, Miguel Ramos, Eduardo Mostajo y Rosa Monge	251
Aumento de la utilización de servicios de salud reproductiva en una clínica peruana Federico R. León, Aníbal Velásquez, Lissette Jiménez, Adolfo Reckemmer, María E. Planas, Rubén Durand y Alicia Calderón	267

CALIDAD DE LA ATENCION

Introducción James R. Foreit	279
Análisis situacional del Sistema de Prestación de Servicios de Planificación Familiar de Senegal Programa Nacional de Planificación Familiar de Senegal, Ministerio de Salud y Acción Social, y Proyecto de Asistencia Técnica e Investigación Operativa II para África, Population Council	285
Institucionalización de un sistema de mejoramiento continuo de la calidad Ricardo Vernon, Pedro Manuel Acosta, Jesús Vértiz, Ilse Salas, Alma Bermúdez y Alfonso López Juárez	305
Una prueba de estrategias alternativas de supervisión para servicios de planificación familiar en Guatemala Ricardo Vernon, Anne Staunton, Mario García, Juan José Arroyo y Raúl Rosenberg	315

REALIZACION

Introducción Tomas Frejka	333
Desarrollo de un programa de planificación familiar culturalmente apropiado para el experimento de Navrongo Alex Nazzar, Philip B. Adongo, Fred N. Binka, James F. Phillips y Cornelius Debpuur	339
Proyectos de investigación de campo sobre planificación familiar: equilibrio entre la validez interna contra la validez externa Andrew A. Fisher y Raymond W. Carlaw	381
Lineamientos para superar problemas de diseño en la investigación operativa en planificación familiar Andrew A. Fisher, John Laing y John Stoeckel	393
Pequeños incentivos monetarios iniciales para estimular el espaciamiento de los nacimientos en India Janice R. Stevens y Carl M. Stevens	407
La investigación operativa en la promoción de la vasectomía en tres países de América Latina Ricardo Vernon	441

PREFACIO

Este libro reúne una selección de lo mejor de la literatura sobre Investigación Operativa (IO) que ha surgido a lo largo de un período de 35 años. Contiene ejemplos de los tres continentes en vías de desarrollo y aborda una considerable variedad de temas. Cubre tanto métodos como resultados, y muestra la diversidad de las instituciones estudiadas.

Han pasado 40 años desde que se realizaron los primeros proyectos de investigación operativa. Incluso algunos de los profesionales más experimentados de ese campo hoy en día desconocen proyectos como el experimento de Singur, en India, iniciado a fines de 1957, que logró incrementar el uso de anticonceptivos y redujo la fecundidad, con resultados cuidadosamente medidos en poblados tanto experimentales como de control. En el famoso experimento de Taichung de principios de la década de 1960, se utilizó un diseño de 12 células y se encontraron gradientes de respuesta que permitieron llevar un seguimiento de la intensidad del esfuerzo, todo ello comparado con el costo. En Tailandia, el experimento de Photaram, establecido en 1964, contribuyó a preparar el escenario para un programa nacional, de la misma forma en que sucedió con experimentos en otros países. Las noticias acerca de esas actividades se expandieron internacionalmente, y para 1977 se habían descrito unos 96 proyectos de IO. Mientras tanto, habían proliferado las encuestas de planificación familiar: para 1969 se habían catalogado unas 400; la mayoría de ellas eran locales, pero habrían de seguir más de 300 encuestas nacionales en 98 países.

Las décadas siguientes atestiguaron literalmente miles de cuasiexperimentos y proyectos piloto que se llevaron a cabo en el mundo en vías de desarrollo. Éstos continúan hoy en día; los editores señalan que en cualquier momento en nuestros días se ejecutan entre 75 y 100 proyectos –que son demasiados como para que una sola persona pudiera darles seguimiento. El cúmulo total de la bibliografía disponible en la actualidad excede los alcances de cualquier persona; afortunadamente, existen servicios de índices que, al igual que volúmenes poco comunes como éste, permiten seleccionar lo que es más relevante y mejor.

El personal de IO ha tenido que hacerle frente a condiciones de trabajo extremadamente diversas en tres aspectos: en lo que respecta a los problemas que les son planteados, los contextos de programa involucrados y los datos que se tienen a la mano o que son susceptibles de ser recolectados. Se han visto obligados a inventar métodos y/o a adaptar algunos antiguos, enriqueciendo así la serie de técnicas de investigación de las que se dispone en la actualidad. Un ejemplo notable

es el del análisis situacional: después de su demostración en 99 puntos de servicio de Kenya, la técnica se expandió rápidamente para usarse en países de los tres continentes en vías de desarrollo. El uso de grupos focales y otros métodos cualitativos también ha entrado en escena y ha hecho mucho para proveer de información complementaria a los métodos basados en encuestas cuantitativas.

Durante su larga historia, la IO ha encontrado su sitio en el terreno intermedio de las inquietudes administrativas. Es necesario evitar las cuestiones triviales, y las cuestiones de estrategia más amplia son poco comunes. En medio de todo ello hay una amplia gama de problemas apremiantes, así como oportunidades clave que requieren examinarse. Los casos ilustrativos se ubican bajo las cinco secciones del libro: Impacto, Acceso, Recursos, Calidad y Realización. Cada uno de estos cinco encabezados tiene su propia importancia: en el caso de los recursos, por ejemplo, se trata de la doble presión del crecimiento tanto en los números como en las proporciones de personas que harán uso de los anticonceptivos, combinado con las demandas incrementadas que resultaron de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994. La IO está respondiendo a estos cambios a partir de una base sólida, dado que se encuentra firmemente arraigada como parte del *establishment* de la salud reproductiva y la planificación familiar. Requiere de cantidades considerables de financiamiento de donantes, al igual que recursos organizacionales, talento en la investigación y en la exposición de sus publicaciones. Por lo tanto, es justo preguntar en qué medida sus hallazgos se aplican en la práctica, y los editores abordan preguntas tales como la susceptibilidad de la generalización de los resultados de la IO. De hecho, muchos estudios se encuentran limitados a un programa en particular; eso hace que los resultados sean congruentes con el entorno local y que su adopción pueda ser más factible. Sin embargo, algunos estudios producen resultados que son de aplicación amplia, como sería el caso aumento en el uso de anticonceptivos cuando varios métodos, y no uno solo, se ofrecen al público.

Que los administradores presten atención a los hallazgos de los investigadores depende de diversos factores. Un número mayor lo haría si se los incluyera desde las etapas de planeación de un estudio. Y un número más significativo aún lo haría cuando comprendiera que la IO tiene el propósito de asistirles en sus inquietudes particulares. Los editores subrayan el hecho de que una vez que la IO se comprende apropiadamente se distingue por su orientación hacia la administración y el mejoramiento de programas de acción. Sin embargo, los gerentes y los investigadores tienden a hablar idiomas diferentes y a responder a diferentes presiones. Los gerentes tienen también menos tiempo para leer; no obstante, pueden escuchar a personas que sí leen, de modo que los individuos clave ubicados en puestos intermedios entre el investigador y el administrador pueden jugar un papel importante.

Aunque este libro está dirigido a los y las jóvenes que acaban de ingresar a este campo de actividad, también les recordará a las personas de más edad sobre estudios importantes que pueden haber olvidado, y evitará que tengan que repetirlos innecesariamente. Existen algunas selecciones que nunca han sido publicadas, y una —la actualización sobre el estudio de Taichung— es una contribución original para este volumen. Las introducciones a las secciones hechas por los editores son material de lectura obligado para comprender las perspectivas que ofrecen en relación con los estudios individuales, y lo mismo sucede con la descripción general del campo que aparece en el primer capítulo. La investigación operativa, con su larga historia, su profundidad metodológica y su rica variedad sustantiva y geográfica, se encuentra bien representada en las páginas siguientes.

JOHN A. ROSS
Senior Fellow
The Futures Group International

PREFACIO A LA EDICIÓN EN ESPAÑOL

La investigación operativa aplicada a la planificación familiar y a los programas de salud reproductiva es un instrumento de trabajo elaborado y aplicado de forma conjunta por investigadores sociales y por gerentes de programas de intervención social. Como tal, constituye una forma de colaboración inédita, tanto en extensión como en intensidad, entre especialistas en la adquisición de conocimientos y administradores encargados de la prestación de servicios públicos. Las experiencias acumuladas durante más de tres décadas en países muy diversos de lo que se dio en llamar el Tercer Mundo mientras duró la Guerra Fría, constituyen un depósito de aprendizajes sociales. Este libro reúne, de forma sistemática y ordenada, las lecciones que los investigadores especializados aprendieron. Sería lamentable que este aprendizaje se limite a los actuales y futuros practicantes de la investigación operativa. Su lectura resultará también provechosa para investigadores sociales preocupados más genéricamente por el funcionamiento concreto de las intervenciones sociales que llevan a cabo gobiernos y organizaciones no gubernamentales, que tienen como objetivo la prestación de servicios para la población rural y urbana de escasos recursos en amplias regiones del globo. El fin de la Guerra Fría va diluyendo paulatinamente la fuerte carga ideológica que rodeaba hasta hace poco a dichas experiencias, y por lo tanto, permite aproximaciones más abiertas a su lectura.

A diferencia de lo que generalmente ocurre con la investigación social, la investigación operativa limita el campo de variables independientes (las “causas” de los comportamientos bajo estudio) a aquéllas que quedan bajo el control de los administradores. Además, su intención explícita es contribuir a mejorar la calidad, disminuir el costo o incrementar la eficacia de los programas administrados. Estas peculiaridades del enfoque pueden bastar para que los investigadores sociales le resten importancia a los resultados como elementos útiles para el conocimiento de la realidad social. Sin embargo, los trabajos reunidos en este volumen arrojan una enorme riqueza de datos sobre el comportamiento de diversos actores sociales, en particular, aunque no exclusivamente, las mujeres de los estratos sociales menos favorecidos.

El volumen documenta, desde la perspectiva del lector no especializado, los avatares de uno de los experimentos de intervención social más difundidos en el globo durante las últimas décadas. En este sentido, refleja los importantes cambios que ha sufrido la intervención social planificada sobre la vida de las familias de escasos recursos. Baste señalar, como ejemplo, la preocupación actual por la calidad de los programas de planificación familiar y de salud reproductiva, en gran medida como respuesta a la extensión de los movimientos

sociales de defensa de los derechos humanos y de la mujer, y al profundo cambio ideológico ocurrido en el área de la prestación profesional de servicios sociales. En América Latina, dichos movimientos sociales fueron particularmente activos durante las últimas dos décadas, en especial acompañando el crecimiento de las organizaciones no gubernamentales en este campo. La preocupación por la calidad representa un logro asociado al proceso de democratización. Las investigaciones realizadas a lo largo de estos años pueden ser usadas para documentar la postura activa y la autonomía individual de la población de bajos recursos en la búsqueda del acceso a los servicios de salud, así como el reconocimiento reciente de esa autonomía como un derecho social.

Organizaciones no gubernamentales y grupos profesionales de América Latina han contribuido sustantivamente al desarrollo de programas en planificación familiar y en salud reproductiva. Investigadores sociales de la región, en centros especializados y, más recientemente, en institutos universitarios, han participado en la investigación operativa vinculada a dichos programas. La publicación de este volumen en español asistirá sobremanera a la formación de nuevas cohortes y a la actualización de los profesionales en activo. Cabe felicitar, entonces, a los editores del volumen y a las organizaciones que apoyaron la publicación, por esta iniciativa.

Jorge Balán
*Sociólogo argentino. Oficial de Programas,
Ford Foundation, Nueva York*

RECONOCIMIENTOS

Los autores desean expresar un agradecimiento especial a Rodolfo Bulatao, Karen Foreit, Sarah Harbison y Nancy Sloan por sus valiosos comentarios a los borradores de este libro. También deseamos reconocer la contribución escrita especialmente para este volumen de Ronald Freeman, distinguido académico de la planificación familiar de la Universidad de Michigan. Un agradecimiento especial a Guille Herrera por su dedicación y trabajo para producir la versión en español; ella tuvo a su cargo la traducción de la mayor parte de los documentos que integran este volumen y la edición de las traducciones restantes, que realizaron Adolfo Ballina, Erika Benton, Román Villar y Adelaida Gómez del Campo, cuya colaboración también deseamos agradecer. Igualmente, expresamos nuestra gratitud a Oralia Rodríguez por su eficiente labor en la corrección de estilo de la versión en español. Del mismo modo, reconocemos la colaboración de Silvia Llaguno en la coordinación de las traducciones. Finalmente, pero no al último, agradecemos al equipo editorial de la oficina del Population Council en Nueva York, especialmente a Robert Heidel, Julie Sitney, Christina Tse y Karen Tweedy-Holmes por su ayuda en el proceso de edición e impresión de la obra. La publicación fue financiada por la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos, Oficina de Población, como parte del contrato AID/CCP-C-00-95-00007-00, "Investigación Operativa y Asistencia Técnica en Planificación Familiar y Salud Reproductiva para América Latina y el Caribe."

Introducción

James R. Foreit y Tomas Frejka

Desde que existen los programas de planificación familiar existe la investigación sobre este tema. En el nivel teórico, los investigadores examinan el efecto de la fecundidad sobre la salud y el desarrollo socioeconómico y estudian los determinantes de la fecundidad para los individuos y las poblaciones. En el nivel de las políticas, los estudios exploran el papel que juegan los programas de planificación familiar en la modificación de la fecundidad y la salud. El desarrollo de nuevos anticonceptivos se acompaña de pruebas clínicas y pre-introductorias realizadas en el contexto de los programas. Se llevan a cabo encuestas para medir los cambios en el uso de anticonceptivos y en la fecundidad, y los resultados se utilizan para tomar decisiones que afectan el desarrollo de los programas. Finalmente, los programas mismos realizan investigación operativa a fin de mejorar la prestación del servicio.

Este volumen tiene el propósito de ofrecer una visión de la manera como los programas de planificación familiar utilizan la investigación operativa. Las lecturas de este libro ilustran muchas de las cuestiones y temas más importantes que se han beneficiado de la investigación operativa, así como algunos de los diseños de investigación más comunes que se encuentran en los estudios de IO. Este libro ofrece también información respecto de los problemas que enfrentan tanto programas como investigadores al realizar la investigación operativa, y sobre los retos que implica traducir los hallazgos de la investigación en modificaciones a las operaciones que se llevan a cabo cotidianamente.

Las primeras cuatro secciones de esta obra tratan las principales áreas temáticas de la investigación operativa: Impacto, Acceso, Recursos y Calidad de los programas. En la última sección se examinan cuestiones relativas a la Realización de los estudios de IO y al empleo de los hallazgos. Cada sección se inicia con una breve introducción, cuyo propósito es dar al lector información básica acerca del tema a tratar y sobre los aspectos programáticos y de investigación que las lecturas abordan. En ocasiones, las introducciones a las secciones sugieren también áreas comprendidas en los tópicos de la sección que requieren de mayor estudio. Finalmente, casi todos los textos tienen un prefacio de los editores, con introducciones breves, diseñadas para identificar los aspectos y cuestiones sobresalientes de cada estudio.

El campo de la planificación familiar se ha extendido a la salud reproductiva, en la medida en que otros servicios (por ejemplo el tratamiento de infecciones del tracto reproductivo) se integran a programas de planificación familiar que anteriormente tenían un solo propósito; o, por el contrario, conforme otros servicios de salud reproductiva (por ejemplo, la atención en el post-aborto) han empezado a incluir la planificación familiar. Hasta ahora, la investigación operativa en salud reproductiva se encuentra aún en etapa de formación. Sin embargo, creemos que muchas de las definiciones, principios y lecciones aprendidas que se presentan en este libro se aplicarán de igual manera a este más novedoso campo de la investigación operativa en salud reproductiva, y al más estrecho campo de la investigación operativa en planificación familiar.

¿Qué es la investigación operativa? Cuándo y cómo realizarla

Al definir el dominio de la investigación operativa, la distinguimos de otros tipos de asistencia técnica para la toma de decisiones, así como de otras clases de investigación en planificación familiar. Lo que distingue a la IO de otras actividades de asistencia técnica es la aplicación de técnicas sistemáticas de investigación para mejorar los programas (Ross y cols., 1987); y lo que distingue a la IO de otros tipos de investigación es su enfoque en factores que están bajo el control de los gerentes y la inclusión de indicadores de éxito del programa.

Consideramos que un programa de planificación familiar es cualquier esfuerzo organizado cuyo propósito es ayudar a los individuos a regular su fecundidad. Los programas de planificación familiar están dirigidos por gerentes que actúan en diferentes niveles, que van desde el punto de prestación del servicio individual, como es el caso del administrador de una clínica de planificación familiar, hasta el nivel de gabinete de gobierno, como es el caso de un Secretario de Salud. Algunos gerentes tienen la responsabilidad inmediata y práctica de ver que la prestación de los servicios se dé en un espacio pequeño, mientras que otros diseñan políticas de alto nivel y son responsables de la vigilancia general y de la planeación del programa en el nivel nacional.

Todos los gerentes de programa de planificación familiar —ya sea que su misión incluya proveer información y servicios para individuos que ya están motivados para regular su fecundidad, o bien estimular la demanda por bienes y servicios de anticoncepción, o una combinación de ambos— tienen que tomar decisiones: qué bienes y servicios ofrecer, qué tipo de trabajadores reclutar, dónde ubicar las instalaciones, qué precios cobrar y qué canales promocionales utilizar. La meta de la investigación operativa es proporcionar a los gerentes de programa información que puedan utilizar en la toma de decisiones para mejorar la operación de sus programas. La investigación operativa puede ayudarles a los gerentes a decidir entre diversas líneas de acción, puede contribuir a que

identifiquen y aprovechen las oportunidades, y puede ayudarles a encontrar soluciones para los problemas de prestación de servicios que limitan la efectividad y la eficiencia del programa.

Si describimos estos criterios en el lenguaje del diseño experimental, diríamos que las variables independientes en la investigación operativa son factores que los gerentes pueden manejar —tipo de capacitación, frecuencia de la supervisión, precios que se cobran, y demás— y que las variables dependientes son los indicadores del éxito del programa: rendimiento del programa (número de visitas a la clínica, cantidad de anticonceptivos distribuidos), resultados (conocimiento del usuario, tasas de continuación de uso de anticonceptivos, tasas de prevalencia), e impacto en el nivel individual o poblacional (realización de los deseos de los individuos en cuanto a la fecundidad, prevención de embarazos no deseados, tasas de fecundidad, morbilidad materna), o costo-efectividad de las operaciones del programa (costo de rendimiento unitario). La investigación que no cumple con los criterios de control gerencial de las variables independientes ni con la inclusión de indicadores de éxito del programa como variables dependientes no es IO. Por lo tanto, los estudios en los que se informa que la falta de educación, la residencia en áreas rurales o el apego a sistemas de valores tradicionales son barreras para la utilización de un programa de planificación familiar, no son investigación operativa, ya que ninguno de estos factores está bajo el control de los gerentes. Esta definición no se propone para argumentar que los factores que no se encuentren potencialmente bajo su control sean irrelevantes. Por el contrario, es responsabilidad del gerente de programa diseñar y probar intervenciones para superar las barreras que representan los factores contextuales. De esta manera, la investigación que pone a prueba diferentes estrategias para la remoción de barreras, tales como las clínicas de barrio empleadas para la prestación de servicios en áreas rurales, sí califica como investigación operativa.

La investigación operativa se aboca a las principales preocupaciones de un programa, incluyendo los problemas relacionados con impacto, acceso, asignación y obtención de recursos, calidad y sus interrelaciones. El término *impacto* se refiere a los efectos del programa medidos por los cambios que se producen en la vida del individuo y en su bienestar, por las mejoras en su salud y por la disminución de la fecundidad no deseada. Hablar de *acceso* significa hacer que los servicios estén disponibles desde los puntos de vista geográfico, económico, administrativo y psicológico. La *asignación y obtención de recursos* se refiere a la capacidad del gerente de programa para utilizar de la manera más eficiente los recursos existentes, así como para obtener recursos adicionales, y la *calidad* hace referencia a la idoneidad del servicio prestado, así como al grado de competencia con que se brinda. Estos factores se interrelacionan, lo que hace que si alguno de

ellos se modifica se producirán cambios —positivos o negativos— en los demás (Chelminsky, 1993). En este libro dirigimos la atención hacia esta característica de interrelación de los temas, a fin de motivar a investigadores y gerentes a examinar los efectos de una intervención de la manera más amplia posible.

Al tratar con estos factores, la IO se centra en los insumos y en procesos tales como la planificación, el financiamiento, la evaluación y el monitoreo, la selección y capacitación de personal, la supervisión, la logística y la educación del cliente, que están bajo el control de los gerentes. De esta manera, si deseamos mejorar la calidad de un programa podemos manipular procesos tales como la capacitación del proveedor, la supervisión o la información que se da al cliente. Si el problema es cómo mejorar el acceso, la IO puede concentrarse en factores como precio, cantidad y ubicación de servicios, publicidad o logística.

Al igual que en muchas otras disciplinas, el proceso de investigación operativa implica varios pasos, entre ellos, (1) definición del problema; (2) generación de soluciones; (3) prueba de soluciones; (4) análisis del éxito de las soluciones; y (5) difusión de los resultados (Fisher y cols., 1991). Dos tipos genéricos de investigación operativa son los estudios de diagnóstico, que no incluyen el manejo de una variable independiente, y los estudios de intervención, que sí lo incluyen. Hacemos estudios de diagnóstico para determinar si existen problemas, para establecer prioridades con miras a su solución, y para generar hipótesis con el propósito de mejorar el programa. Los estudios de diagnóstico no son un mero ejercicio intelectual, sino que son necesarios porque la información que con ellos se obtiene es potencialmente útil para el diseño de estudios de intervención. Ejemplos de estudios de diagnóstico de IO son el análisis situacional de Senegal que se presenta en la sección de Calidad, y el artículo sobre el desarrollo de un programa de planificación familiar culturalmente adecuado en Navrongo, Ghana, que aparece en la sección de Realización.

La IO de intervención maneja los insumos y procesos con el objeto de mejorar el rendimiento, los resultados y los impactos. Se comparan ya sea los insumos y procesos modificados contra prácticas (no modificadas) de rutina; o bien se comparan dos o más opciones nuevas para determinar cuál de ellas produce un programa más efectivo o más eficiente. La investigación de intervención incluye proyectos de demostración, experimentos y simulaciones. Estas últimas tienen la ventaja de que se realizan más fácil y rápidamente que una demostración o un experimento, aunque sus hallazgos tienen que ser validados empíricamente, lo cual reduce sus ventajas comparativas con otros tipos de estudios de intervención. Cada sección de este libro contiene ejemplos de estudios de intervención. El trabajo sobre normas para visitas subsecuentes de usuarias del dispositivo intrauterino en el programa del CEMOPLAF en Ecuador

(Foreit y cols.), que aparece en la sección de Recursos, es un ejemplo de simulación en investigación operativa.

Diversos comentaristas han planteado la pregunta: “¿Cuál es la manera correcta de hacer IO?” Esta pregunta se centra más en cuestiones metodológicas y en el proceso de IO que en sus resultados. La investigación operativa en planificación familiar no se limita a técnicas de investigación específicas. Se pueden utilizar métodos cuantitativos tanto como cualitativos, incluyendo observaciones, demostraciones, experimentos y cuasiexperimentos, modelos, encuestas, grupos focales, entrevistas a profundidad y clientes simulados. Los partidarios de la investigación aplicada en planificación familiar y en programas de salud reproductiva en ocasiones se dividen en varios campos metodológicos: quienes argumentan que se debe utilizar un verdadero diseño experimental porque proporciona las pruebas más contundentes de los efectos de un programa (Bauman, 1997; y Bauman y cols., 1994); y los que están a favor del diseño no experimental porque se incurre en costos menores y por la facilidad de su ejecución (Reynolds, 1991). Pensamos que ambas tendencias, al concentrarse en cuestiones de diseño más que en la naturaleza del problema y en la decisión que el gerente debe tomar, pasan por alto un punto esencial: que la naturaleza de la información requerida para la toma de decisiones, el contexto del programa, el grado de precisión requerida en la información y el costo de tomar una decisión equivocada determinan, en su conjunto, el abordaje metodológico adecuado. En este libro presentamos estudios que demuestran una variedad de enfoques para abordar distintos problemas y discutiremos, para cada estudio, la razón por la cual el diseño particular que se utilizó fue el adecuado para ese problema en esa situación.

Una paradoja de la IO es que poner a prueba un programa de intervención que haya tenido éxito no es equiparable a una investigación operativa exitosa. Los criterios de éxito para la IO son la cantidad de cambio en el programa que se produce como resultado de la investigación. La implicación de este criterio es que el proceso de investigación operativa debe incluir medidas que maximicen el potencial para la utilización de los resultados, y que el investigador de operaciones se convierta en un promotor de la investigación. Él o ella deben de tener acceso a los que toman decisiones y deben ser capaces de comunicarse con ellos de manera efectiva y concisa. La experiencia sugiere que existen mayores probabilidades de que se utilicen los hallazgos si tanto los investigadores como los gerentes y otros actores participan en el proceso de investigación desde su inicio, y si dicha investigación se realiza en el contexto de un compromiso de largo plazo entre investigadores y diseñadores de políticas (Davis y Howden-Chapman, 1996). En esta obra, el artículo de Stevens y Stevens (1992) en la sección de Realización de la IO, acerca de la introducción de

pequeños incentivos monetarios para estimular el espaciamiento de embarazos en un programa de planificación familiar realizado en India, describe en detalle las etapas y actividades que implica que una intervención pase del ámbito de la investigación al del programa rutinario.

Orígenes y alcance de la investigación operativa en planificación familiar

La investigación operativa en planificación familiar tiene orígenes diferentes a los de los programas de IO de contextos militares, sanitarios e industriales, que dependen en gran manera de técnicas desarrolladas por matemáticos, ingenieros y psicólogos experimentales (Austin y Boxerman, 1995). La investigación operativa que se sirve de estas disciplinas se conoce como análisis de operaciones y se le define por un conjunto de metodologías. A diferencia del análisis de operaciones, la IO en planificación familiar no se define por una metodología específica, sino que ha recibido la influencia de muchas disciplinas sociales, incluyendo la antropología, la demografía, la economía, la psicología social, la mercadotecnia y la sociología, entre otras (Freedman, 1965 y 1967). El término investigación operativa, conforme se aplica a la planificación familiar, no empezó a utilizarse sino hasta principios de la década de los setenta. Probablemente este término lo utilizó por primera vez la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos (USAID) en 1981, en un contrato para establecer un programa de investigación aplicada en Asia realizado por el Population Council.

Los desarrollos políticos internacionales han tenido también una gran influencia sobre la investigación operativa. Los primeros proyectos de IO surgieron de la necesidad de contrarrestar la oposición política y la indiferencia hacia los programas de planificación familiar, y el desarrollo continuo de la investigación operativa ha recibido el influjo importante de los cambios que se efectuaron en los ámbitos local e internacional en dichos programas. De ahí el énfasis en las etapas tempranas de la investigación operativa para demostrar que los programas de planificación familiar podrían tener un efecto sobre la fecundidad, la salud y el bienestar, y el hecho de que muchos de los primeros estudios de IO formaran parte de programas de investigación de políticas de mucho mayor alcance (véase Freedman, 1998, en este mismo volumen). La necesidad de medir el impacto de la fecundidad llevó también a la participación en la IO de demógrafos y contribuyó al énfasis en el conteo de usuarios, que caracteriza a muchos de los indicadores de rendimiento y de resultados de programas.

Una vez que los programas de planificación familiar se aceptaron como medio para reducir la fecundidad y mejorar la salud, los investigadores empezaron a experimentar con nuevas estrategias de prestación de servicios para mejorar el acceso a los programas y su impacto. A partir de los años

sesenta, se empezó a utilizar IO para poner a prueba la distribución de base comunitaria de anticonceptivos, clínicas de barrio, programas de planificación familiar post-parto y toda una variedad de estrategias promocionales de planificación familiar. Posteriormente, el temor a la reducción del apoyo económico de donantes internacionales estimuló el interés por la asignación y obtención de recursos; más recientemente, el surgimiento de un movimiento internacional de mujeres que a menudo critica los programas de planificación familiar, ha dado ímpetu al estudio de la calidad de la atención.

Los estudios dedicados totalmente a problemas de calidad de los servicios hicieron su aparición en la literatura de la IO en la década de los noventa; y después de que la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en Cairo en 1994 respaldara un programa para que la salud reproductiva y los derechos reproductivos fueran universales, la IO empezó a enfocar los problemas de integrar la planificación familiar con los demás servicios de salud reproductiva.

Los primeros estudios de investigación operativa en planificación familiar en países en vías de desarrollo se realizaron en los años cincuenta en India, Puerto Rico y Sri Lanka (Cuca y Pierce, 1977), y a principios de la década de los sesenta en Corea (Keeny, 1966), Taiwán (Chow y cols., 1966, Hsu y cols., 1966), Tailandia, Bangladesh y Pakistán (Cuca y Pierce, 1977). La Universidad de Harvard, la Fundación Ford, el Population Council y la Universidad de Michigan proporcionaron asistencia técnica a muchos de estos proyectos. En numerosos países asiáticos, los programas nacionales de planificación familiar construyeron rápidamente su infraestructura de investigación, y a principios de los setenta habían institucionalizado programas de investigación aplicada. En América Latina, la investigación operativa se inició en los años sesenta y en la región de África subsahariana comenzó en los setenta.

Cuca y Pierce (1977) identificaron 96 «experimentos» de programas de planificación familiar realizados en países en desarrollo entre 1961 y 1972. En 1965, Estados Unidos empezó a dar apoyo a programas de planificación familiar de países en desarrollo, y desde entonces, la USAID ha sido la principal donante para la investigación operativa en planificación familiar. La USAID apoya la investigación aplicada en África, Asia y América Latina. Los presupuestos anuales combinados son ahora de \$15 millones de dólares anuales aproximadamente, y hoy en día hay siempre alrededor de 75 a 100 proyectos de investigación en marcha. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) apoyan también la investigación operativa (Ross y cols., 1987).

La aplicabilidad de la investigación operativa a una variedad de programas de salud, además de los de planificación familiar, ha sido reconocida tanto por

los donantes como por los programas. En la actualidad, se incluyen componentes de IO en las iniciativas de atención al SIDA, la supervivencia infantil, la promoción de la lactancia materna y la atención primaria a la salud. La investigación programática aplicada en estos campos debe su existencia, en gran medida, a las pioneras contribuciones de la investigación operativa en planificación familiar.

Una nota sobre las lecturas seleccionadas para este libro

Hemos seleccionado artículos que ilustran la variedad de contextos en los que se han desarrollado los programas de planificación familiar que han utilizado la IO, las cuestiones específicas que se han abordado y los enfoques metodológicos que se han utilizado. Los criterios generales para incluirlos fueron el tema a tratar y la calidad y la concisión del estudio, entre otros. La mayoría de los artículos se publicaron previamente en revistas especializadas revisadas por pares. La obra contiene también artículos no publicados previamente que presentan nuevos temas de investigación, especialmente sobre calidad de la atención. Uno de los artículos no publicados fue escrito, a petición de los editores, por Ronald Freedman, de la Universidad de Michigan. Los estudiantes también encontrarán útiles estas lecturas complementándolas con el *Manual para el Diseño de Investigación Operativa en Planificación Familiar* (Fisher y cols., 1991) y con otros tratados sobre investigación de campo y diseño cuasiexperimental y experimental. Los lectores interesados en un mayor conocimiento de la investigación operativa en planificación familiar encontrarán en el libro *Operations Research: Helping Family Planning Programs Work Better* (Seidman y Horn, 1991) una guía útil sobre aspectos relacionados con la sustancia y realización de la investigación operativa. Las monografías *Operations Research: Lessons for Policy and Programs* (Gallen y Rinehart, 1986), *Findings from Two Decades of Family Planning Research* (Ross y Frankenberg, 1993), y *How Operations Research Is Improving Reproductive Health Services* (Shane y Chalkley, 1998), resumen muchos y muy importantes estudios de investigación operativa que no se incluyen en este volumen. El artículo "Perspectives on Operations Research" (Ross y cols., 1987) contiene numerosas y valiosas contribuciones sobre el papel de la investigación operativa en los programas de planificación familiar. Para terminar, aquéllos interesados en informes y artículos sobre proyectos específicos de IO, o que sencillamente deseen mantenerse actualizados sobre las actividades de investigación operativa, deberán acudir a la base de datos POPLINE con la palabra clave "operations research", disponible "en línea" en la Universidad Johns Hopkins, en la dirección [<http://www.jhucp.org/popwel.stem>].

Referencias

- Austin, Charles J. y Stuart B. Boxerman. 1995. *Quantitative Analysis for Health Services Administration*. Ann Arbor, MI: AUPHA Press/Health Administration Press.
- Bauman, Karl. 1997. "The effectiveness of family planning programs evaluated with true experimental designs." *American Journal of Public Health* 7,4: 666-669.
- Bauman, Karl y cols. 1994. "Use of experimental designs for family planning program evaluation: Merits, problems and solutions." *International Family Planning Perspectives*, 20: 108-113.
- Chelminsky, E. 1993. "The political debate about health care: Are we losing sight of quality?" *Science* 262: 525-528.
- Chow, L.P. y cols. 1966. "Taiwan: Experimental Series." *Studies in Family Planning* no. 13: 1-5.
- Cuca, Roberto y Catherine S. Pierce. 1977. *Experiments in Family Planning, Lessons from the Developing World*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.
- Davis, Peter y Philippa Howden-Chapman. 1996. "Translating research findings into health policy." *Social Science Medicine* 43,5: 865-872.
- Fisher, Andrew y cols. 1991. *Handbook for Family Planning Operations Research Design*. New York: The Population Council.
- Freedman, Ronald. 1965. "Family planning programs today: Major themes of the Geneva conference." *Studies in Family Planning* no. 8 (supplement).
- . 1967. "The behavioral sciences and family planning programs: Report on a conference." *Studies in Family Planning* no. 23: 1-12.
- Gallen, M. y W. Rinehart. 1986. "Operations research: Lessons for policy and programs." *Population Reports*, Series J, no. 31. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Hsu, S.C. y cols. 1966. "Cost analysis of the Taichung experiment." *Studies in Family Planning* no. 10: 6-15.
- Keeny, S.M. 1966. "Korea and Taiwan: The 1965 story." *Studies in Family Planning* no. 10: 1-6.
- Reynolds, Jack. 1991. "A reconsideration of operations research experimental design." In Myrna Seidman and Marjorie C. Horn, op. cit. Pp. 377-394.
- Ross, John A. y cols. 1987. "Perspectives on operations research." *International Family Planning Perspectives* 13,4: 128-135.
- Ross, John y Elizabeth Frankenberg. 1993. *Findings From Two Decades of Family Planning Research*. New York: The Population Council.
- Seidman, Myrna y Marjorie C. Horn. 1991. *Operations Research: Helping Family Planning Programs Work Better. Progress in Clinical and Biological Research* vol. 371. New York: Wiley-Liss.
- Shane, Barbara y Kate Chalkley. 1998. *How Operations Research is Improving Reproductive Health Services*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

IMPACTO

Introducción

Tomas Frejka

Los proyectos de investigación operativa descritos en los artículos que se presentan en esta sección, se diseñaron para demostrar que los programas de planificación familiar pueden ejercer un impacto sobre la fecundidad, la regulación de la fecundidad o la salud. Históricamente, éstos fueron los primeros proyectos de investigación operativa, aunque el término no se utilizó antes de la década de los ochenta. Se consideraba que los estudios de impacto eran necesarios para convencer a quienes elaboran las políticas de la utilidad de los programas de planificación familiar para el avance socioeconómico de sus respectivos países. En las críticas a los programas de planificación familiar se argumentaba que no existía una demanda por los anticonceptivos, o bien que una vez que surgiera la demanda para regular la fecundidad ésta disminuiría a la misma velocidad, con o sin un programa (Davis, 1967). La necesidad de fundamentar la efectividad de los programas de planificación familiar la ilustran los artículos que se incluyen en esta sección, en particular el de Faúndes-Latham y colaboradores (1968), y el de Berelson y Freedman (1964), así como el comentario detallado de Freedman (1998).

El impacto de un programa se mide:

- por la disminución en la fecundidad;
- por cambios en la prevalencia y composición de los medios de regulación de la fecundidad; y
- por mejoras a la salud.

Desde un principio, la meta de los programas era disminuir la fecundidad, porque se consideraba que una tasa elevada constituía una barrera para el progreso económico y social, ya que un rápido crecimiento de la población hace que se incurra en altos costos sociales, principalmente en cuanto a educación, salud, empleo y vivienda (Coale y Hoover, 1958; Robinson, 1975). La disminución en la fecundidad es el resultado de un incremento en su regulación, no obstante que la regulación no sea la única causa inmediata de ese descenso. Otro factor significativo de la disminución en la fecundidad son los cambios en los patrones de cohabitación. Casi de manera universal, en los países en desarrollo que iniciaron la transición de la fecundidad hace un buen tiempo, los matrimonios se están posponiendo; de ello ha resultado que la proporción de mujeres casadas

vaya en descenso, un hecho que ha tenido un impacto importante sobre la disminución de la fecundidad. En otras palabras, en las últimas décadas se logró la disminución histórica de la fecundidad en los países en vías de desarrollo al combinarse su mayor regulación con cambios en los patrones de cohabitación.

Los cambios en la prevalencia y en la composición de los medios de regulación de la fecundidad implican un mayor uso de anticonceptivos, primordialmente de anticonceptivos modernos y eficaces como el DIU, los métodos hormonales y la esterilización voluntaria. Más aún, un conjunto de experiencias cada vez más vasto ha mostrado que disponer de una más amplia gama de anticonceptivos tiende a incrementar su atractivo para los clientes y lleva a un uso incrementado (Potter, 1971; Jain, 1989).

La fecundidad elevada implica también una pobre condición en cuanto a salud reproductiva. Las mejoras a la salud por las que lucharon los primeros programas de planificación familiar fueron la disminución de la mortalidad y la morbilidad materna, perinatal e infantil. Desde que se organizaron los primeros programas de planificación familiar, los embarazos de mujeres muy jóvenes o de edad avanzada, los embarazos a intervalos cortos, los embarazos no deseados y los abortos inducidos en condiciones de riesgo se entendían como riesgos potenciales para la salud de las mujeres y de los hijos que esperaban. Fue para aminorar estos peligros que se diseñaron y organizaron los programas de planificación familiar (véase, además, la *International Encyclopedia of Population*, 1982).

Un objetivo simultáneo de algunos programas era disminuir la incidencia de abortos en condiciones de riesgo, que están ampliamente diseminados en el mundo en vías de desarrollo. En América Latina, la prevención del aborto estaba entre los objetivos de los primeros programas de planificación familiar —por ejemplo el de BEMFAM, en Brasil, y el de PROFAMILIA, en Colombia. En los países en donde el aborto es legal —en Corea del Sur, por ejemplo— los programas de planificación familiar incluían el procedimiento como método programático (Hong y Watson, 1976). Hasta ahora, no parecen existir en la bibliografía proyectos de investigación operativa que examinen aspectos del aborto inducido, probablemente porque se trata de una cuestión política delicada.

Durante las décadas de los sesenta, setenta y ochenta, surgieron otras amenazas para la salud materno-infantil. Éstas abarcaban descensos considerables en la duración de la lactancia materna en un gran número de países en vías de desarrollo y la propagación de enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el VIH/SIDA. Reconocer que una lactancia materna prolongada fortalece la salud infantil y extiende el período de la esterilidad post-parto, coadyuvó a que su promoción formara parte de los programas de planificación familiar post-parto. La prevención de las enfermedades de

transmisión sexual, en particular del VIH/SIDA, comenzó a integrarse a programas de planificación familiar en los años ochenta, década en la que se revitalizó la promoción del condón dado que cumplía con un doble propósito: regular la fecundidad y prevenir las ETS.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, expandió la preocupación por la salud reproductiva a múltiples áreas nuevas, como la nutrición materna, la fecundidad adolescente, y la mutilación genital femenina y otros actos de violencia contra las mujeres.

En los primeros días de la planificación familiar, la investigación operativa con frecuencia acompañó la implantación de un programa nuevo (véase, por ejemplo, Faúndes-Latham y cols., 1968). Por consiguiente, los investigadores estudiaban el programa *per se*, como intervención, y utilizaban la fecundidad o el comportamiento anticonceptivo como variable dependiente. En la actualidad, en programas ya existentes, la IO se diseña, por regla general, con el propósito de mejorar aspectos específicos, a saber, el acceso, la asignación y movilización de recursos o la calidad. Como resultado de ello, se espera que el programa incremente el uso de anticonceptivos, produciendo con ello un impacto sobre la salud y la fecundidad. En estos estudios, son los indicadores de acceso o calidad mejorados los que constituyen las intervenciones, siendo el uso de anticonceptivos o la fecundidad la variable dependiente. En otras secciones de este volumen se presentan varios artículos de este tipo (por ejemplo, León y Cuesta, 1993; Foreit K. y cols., 1989; Foreit J. y cols., 1990 y 1992).

Lo contrario también es cierto. Los estudios diseñados para demostrar el impacto de un programa, ya sea sobre la salud, la regulación de la fecundidad o la fecundidad en sí, a menudo mejorarán el acceso, intensificarán la asignación y movilización de recursos, o refinarán la calidad de los servicios. Todos los proyectos que se examinan en esta sección han mejorado el acceso a la planificación familiar, con lo que se demuestra que el impacto y el acceso de un programa tienden a estar estrechamente vinculados. El proyecto de Tailandia, en el que se capacitó a parteras auxiliares para prescribir anticonceptivos orales pudo haberse incluido en la sección de Acceso de este libro. En este proyecto, Rosenfield y Limcharoen (1972:948) consideraron que el significativo *impacto* de las actividades correspondientes fue el resultado de haber “acercado los servicios a la gente.”

Muchos proyectos de impacto mejoran también la calidad de los servicios que se brindan. Por ejemplo, el proyecto de Bangladesh (Phillips y cols., 1982) demostró que un programa orientado al usuario, que ofrece una amplia gama de métodos y que incorpora consejería adiestrada, el tratamiento de efectos secundarios y servicios auxiliares de salud, será mucho más efectivo que un programa basado en uno o dos métodos distribuidos por trabajadores no capacitados.

Los proyectos de impacto a menudo incorporan preocupaciones explícitas sobre la asignación de recursos, porque los programas casi siempre se enfrentan a la escasez de fondos. Uno de los objetivos del proyecto de Taiwán (Berelson y Freedman, 1964) era determinar en qué medida podía lograrse la planificación familiar a un cierto costo (monetario, de personal y de tiempo). Uno de los hallazgos importantes mostró que las visitas a esposos y esposas, comparadas con las visitas hechas a esposas únicamente, no justificaban el costo adicional; y que los métodos de una sola vez, como los DIUs, eran los más costo-efectivos para reducir la fecundidad.

Varias de las cuestiones que se examinan en la sección de Realización están presentes también en los artículos de esta sección. Cabe mencionar la inquietud por extender el alcance de los estudios. La mayoría de los proyectos de impacto se diseñan y se ejecutan con el propósito de aplicar la experiencia obtenida a una escala mayor, ya sea en el nivel nacional o internacional, como sucedió en Taiwán (Berelson y Freedman, 1964; Freedman, 1998).

Hasta hoy, la mayoría de los trabajos de investigación se ha concentrado en medir el impacto del programa en términos de cambios en la fecundidad y en el uso de anticonceptivos, como resultado del interés ampliamente difundido de disminuir la fecundidad para lograr un crecimiento poblacional más lento. Pocos proyectos de IO miden las mejoras en la salud, y no porque la salud tenga una prioridad baja, sino porque los cambios en las condiciones sanitarias son difíciles de medir. Como se dijo con anterioridad, una fecundidad elevada implica una salud materno-infantil deficiente, y por eso los investigadores utilizaron a la fecundidad, alta o baja, como sustituto de la morbilidad y la mortalidad materno-infantil. La nueva agenda de la CIPD va más allá de la salud materno-infantil y requiere de un punto focal más amplio. En el futuro, la investigación de impacto tendrá que examinar explícitamente los resultados en la salud. Por ejemplo, la IO debería intentar determinar la efectividad de los programas integrados para reducir la frecuencia de las ETS y para producir otros resultados deseables en salud reproductiva.

Al revisar los proyectos descritos en los artículos seleccionados, se aprecia que todos lograron un impacto evidente sobre la regulación de la fecundidad al incrementar la prevalencia de la anticoncepción y proporcionar una más amplia gama de métodos. Solamente en el caso del proyecto chileno se da a entender un impacto en la disminución de la prevalencia del aborto inducido; sin embargo, el proyecto no ofrece métodos adecuados y sencillos para medir un descenso en el aborto inducido, presumiblemente por la dificultad inherente para medir el impacto de un comportamiento que frecuentemente se considera ilegal y es sancionado por la sociedad. Aún más, existen múltiples factores, además del uso de anticonceptivos y de la selección de métodos, que influyen sobre las

tendencias del aborto inducido. Se observaron problemas análogos en otros estudios, al documentar el impacto sobre la salud materna o infantil, aunque es probable que un objetivo de todos los estudios haya sido ejercer un impacto sobre la salud.

Los artículos seleccionados para esta sección jugaron un papel importante para establecer y mostrar el valor de los programas de planificación familiar. El artículo de Berelson y Freedman (1964) parece ser el primero en su tipo. En él se ilustra la gran variedad y complejidad de las cuestiones que deben considerarse al diseñar y evaluar un programa de planificación familiar que funcione adecuadamente. Al mismo tiempo, muestra que en un solo proyecto se pueden manejar y probar hipótesis diversas. El artículo ilustra también la importancia de realizar experimentos que proporcionen experiencias valiosas sobre cómo ejecutar y expandir los programas, y sobre lo que se debe evitar. Los experimentos pueden suministrar evidencia clara para influir sobre las decisiones de alto nivel en cuanto a la implantación, expansión y continuación de los programas.

La contribución de Freedman (1998) es valiosa por múltiples razones. Resume la experiencia con operaciones y otros tipos de investigación de uno de los científicos más notables en el campo de la planificación familiar, quien ha seguido de cerca los desarrollos de estos programas en el transcurso de su historia en las últimas cuatro décadas. Ofrece ejemplos de la relación entre la investigación operativa y otros tipos de investigación en ciencias sociales en este campo y, para terminar, cierra el círculo: entre todos los artículos seleccionados para esta obra, el de Berelson y Freedman (1964), publicado en el *Scientific American*, que comenta el estudio Taichung de Taiwán, fue el primero en aparecer; y el de Freedman (1998), que analiza el mismo estudio tanto como la experiencia histórica de Taiwán, fue el último en escribirse.

El artículo de Faúndes-Latham y colaboradores (1968) es un buen ejemplo de cómo recabar evidencia relativa al alcance del impacto de un programa de planificación familiar sobre la fecundidad. Cuando el artículo se publicó, fue muy importante la evidencia que proporcionó en cuanto a que en América Latina los programas de planificación familiar estaban ganando terreno. En la región, la razón fundamental para introducir programas de planificación familiar fue la de mejorar la salud reproductiva en general, y contener los abortos en condiciones de riesgo en particular.

El estudio que realizaron Rosenfield y Limcharoen (1972) fue uno de los primeros en legitimar el empleo de paraprofesionales en tareas que hasta entonces sólo habían realizado los médicos. En este artículo se demostró que una forma de remediar la escasez de médicos en planificación familiar en los países en desarrollo es mediante la capacitación en planificación familiar de

personal no médico —como las parteras auxiliares— para brindar los servicios. También muestra que el personal no médico puede ampliar significativamente el acceso de la población a algunos métodos de planificación familiar y, por consiguiente, incrementar la prevalencia de la anticoncepción y disminuir la fecundidad.

Una importante contribución del proyecto descrito por Phillips y colaboradores (1982) es que los programas de planificación familiar pueden representar una diferencia de consideración en términos del aumento de la frecuencia anticonceptiva y la disminución de la fecundidad entre poblaciones pobres de áreas rurales. El proyecto demostró que en poblaciones rurales pobres existe, casi invariablemente, una demanda para regular la fecundidad y que dicha demanda puede ser satisfecha si se aborda de manera adecuada.

Referencias

- Coale, Ansley J. y Edgar M. Hoover. 1958. *Population Growth and Economic Development in Low-Income Countries: A Case Study of India's Prospects*. Princeton: Princeton University Press.
- Davis, Kingsley. 1967. "Population policy: Will current programs succeed?" *Science* 153: 730-739.
- Hong, Sung Bon y Walter Watson. 1976. *The Increasing Utilization of Induced Abortion in Korea*. Seoul: Korea University Press.
- International Encyclopedia of Population*, vol. 1. 1982. New York: The Free Press. Pp. 205-215, 341.
- Jain, Anrudh. 1989. "Fertility reduction and the quality of family planning services." *Studies in Family Planning* 20,1: 1-16.
- Potter, Robert G. 1971. "Inadequacy of a one-method family planning program." *Studies in Family Planning* 20,1: 1-6.
- Robinson, Warren C. (ed.) 1975. *Population and Development Planning*. New York: The Population Council.

COMENTARIOS INTRODUCTORIOS

Un estudio de control de la fecundidad

Bernard Berelson y Ronald Freedman

Cuestión programática: *En 1962, hallazgos preliminares en Taiwán indicaron que muchas mujeres/parejas deseaban tener menos hijos y que estaban intentando limitar el tamaño de sus familias principalmente mediante métodos bastante ineficaces. El deseo de tener menos hijos era generalizado y evidente, ya que desde 1959 la fecundidad había empezado a disminuir en ciudades, poblados y áreas rurales. El aspecto general a explorar era si un programa organizado de planificación familiar podría ayudar a las parejas a cumplir sus deseos de una familia reducida.*

Procesos/componentes programáticos: *El programa mismo fue el proceso que se sometió a prueba para determinar si reduciría la fecundidad. Se puso atención especial a actividades promocionales para determinar los costos y la eficacia de visitas domiciliarias, del envío de información por correo y de la participación de los esposos.*

Diseño de la investigación: *Se seleccionó la ciudad de Taichung, que al momento del estudio tenía 300.000 habitantes, de los cuales 36.000 eran mujeres casadas de 20-39 años de edad. Enfermeras de salud pública realizaron una encuesta de línea de base y otra de seguimiento a más de 2.400 de estas mujeres. Se diseñó y ejecutó un programa experimental de planificación familiar que incluyó a los 36.000 hogares. Se utilizaron carteles y se convocó a reuniones con líderes de la comunidad en diferentes puntos de la ciudad. Se aplicaron selectivamente cuatro tipos de "tratamientos" en 2.400 vecindarios (lins), cada uno con 20-30 familias: (a) visitas domiciliarias a esposos y esposas; (b) visitas domiciliarias solamente a las esposas; (c) envío de información por correo a recién casados y a las parejas que tuvieran dos o más hijos; y (d) ninguna actividad adicional a la colocación de carteles y las reuniones. Para probar el efecto de la difusión, se aplicaron los cuatro tratamientos en diferentes concentraciones, en tres lugares distintos de la ciudad. Se definió la concentración o densidad por la proporción de visitas domiciliarias. Estas visitas se administraron a la mitad de los lins, en el sector de alta densidad; a una tercera parte de los lins, en el sector medio, y a una quinta parte en el sector de baja densidad.*

Hallazgos: *La encuesta de línea de base encontró que: las parejas tenían más hijos de los que deseaban; querían tener un número moderado (promedio de cuatro); aprobaban que se limitara el tamaño de la familia; estaban tratando de limitar el número de hijos; disponían de muy poca información acerca de los métodos de planificación familiar y sobre la fisiología de la reproducción, y estaban muy interesadas en aprender acerca de los mejores métodos y adoptarlos. El artículo informa acerca de los hallazgos iniciales de los efectos del programa. La proporción de mujeres embarazadas disminuyó en una quinta parte: de 14,2 por ciento de las mujeres casadas de 20-39 años de edad a fines de 1962 (1-2 meses antes del inicio del programa), a 11,4 por ciento a finales de 1963, mientras que la proporción de mujeres que utilizó anticoncepción aumentó de 16 por ciento en febrero de 1963 a 27 por ciento en marzo de 1964, un incremento de 70 por ciento. Se estableció posteriormente que el programa aceleró la disminución de la fecundidad que ya estaba en proceso. Asimismo, las proporciones de aceptación de la anticoncepción eran mayores en los lins en los que se realizaron visitas domiciliarias. Sin embargo, las visitas a esposas y esposos no fueron más eficaces que las visitas a esposas solamente. El efecto de la difusión fue significativo, aunque la planificación familiar no se difundió uniformemente: depende de la educación, de la edad y del número de hijos que haya tenido una mujer; es decir, depende de la intensidad de la motivación.*

Respuestas del programa a los hallazgos: *Parece ser que este proyecto fue el primero de su tipo, y también fue “uno de los más extensos y detallados experimentos de las ciencias sociales efectuado en un escenario natural”. Constituyó la base para extender el programa a toda la isla en tan sólo unos años, e influyó sobre el desarrollo de programas de planificación familiar en muchos otros países en vías desarrollo.*

Discusión: *Aunque el proyecto fue complejo, su ejecución satisfizo las expectativas porque estaba bien conceptualizado y planificado, y porque fue realizado por personal capacitado adecuadamente. Aunque la meta principal del proyecto era causar un impacto general para modificar la fecundidad, se abordaron todos los demás aspectos de la investigación operativa. La asignación racional de recursos alcanzó a todas las actividades del proyecto. Dado que era evidente que las personas con poca escolaridad tienen un limitado conocimiento acerca de la planificación familiar, pero desean limitar el número de hijos, se prestó atención especial a aumentar su acceso cognoscitivo (o bien informativo) acerca de la planificación familiar y también el geográfico y el económico. Fue*

también un componente fundamental la preocupación por la calidad de la prestación de los servicios. En los años noventa siguen vigentes los principios de este programa realizado en 1963 como principios de todo buen programa: contribuir a que las mujeres tengan el número de hijos que desean, brindar una variedad de métodos anticonceptivos, ofrecer información acerca de la fisiología de la reproducción y promover el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

Un estudio de control de la fecundidad

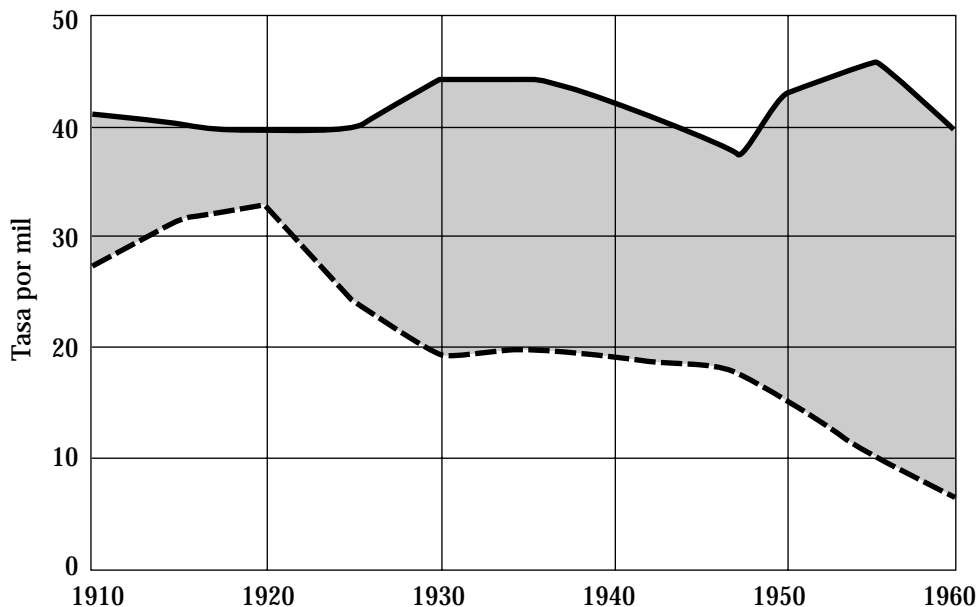
Bernard Berelson y Ronald Freedman

Es un hecho ampliamente reconocido que en muchos lugares del mundo existe un “problema de población”: la elevada tasa de crecimiento poblacional dificulta, y puede llegar a impedir, el desarrollo social y económico. ¿Se puede hacer algo respecto a este problema? Las parejas individuales disponen de medios prácticos para controlar la fecundidad; pero, ¿es posible poner en práctica en gran escala el control de la fecundidad en los países en vías de desarrollo? En este artículo se describe un experimento diseñado para averiguar qué es lo que puede hacerse en uno de los sitios más densamente poblados del planeta: la isla de Taiwán, frente a la costa continental de China.

Los esfuerzos en gran escala para controlar la fecundidad no son, por cierto, desconocidos. Algunos gobiernos han asumido la responsabilidad de brindar a sus pueblos información y servicios de planificación familiar, y otros han organizado programas nacionales de gran envergadura. Sin embargo, la disminución de la tasa de natalidad constituye un objetivo insólito para un gobierno; ningún país ha logrado todavía limitar el tamaño de la familia de una manera extensa a través de un esfuerzo social planeado. Hoy en día, los programas se ven obstaculizados por la falta de información sobre actitudes hacia el control de la fecundidad, y por la falta de experiencia con programas para poner en práctica la planificación familiar.

En virtud de que cualquier cambio en la tasa de natalidad depende de las decisiones individuales de un gran número de esposos y esposas, es imprescindible saber, en primer lugar, cómo se sienten los involucrados respecto al tamaño y limitación de la familia. ¿Necesitan de la motivación? Si están motivados para ello, ¿cuál es la mejor manera de ayudarlos a alcanzar su meta? Para investigar estos puntos, el estudio de Taiwán comenzó hace un año y medio bajo los auspicios del Departamento Provincial de Salud de Taiwán y el apoyo del Population Council, una fundación de Estados Unidos que fomenta la capacitación científica y el estudio de temas de población. El hallazgo preliminar más significativo es que las personas no requieren ser motivadas. Desean planificar sus familias pero necesitan saber cómo hacerlo. Se ha comprobado

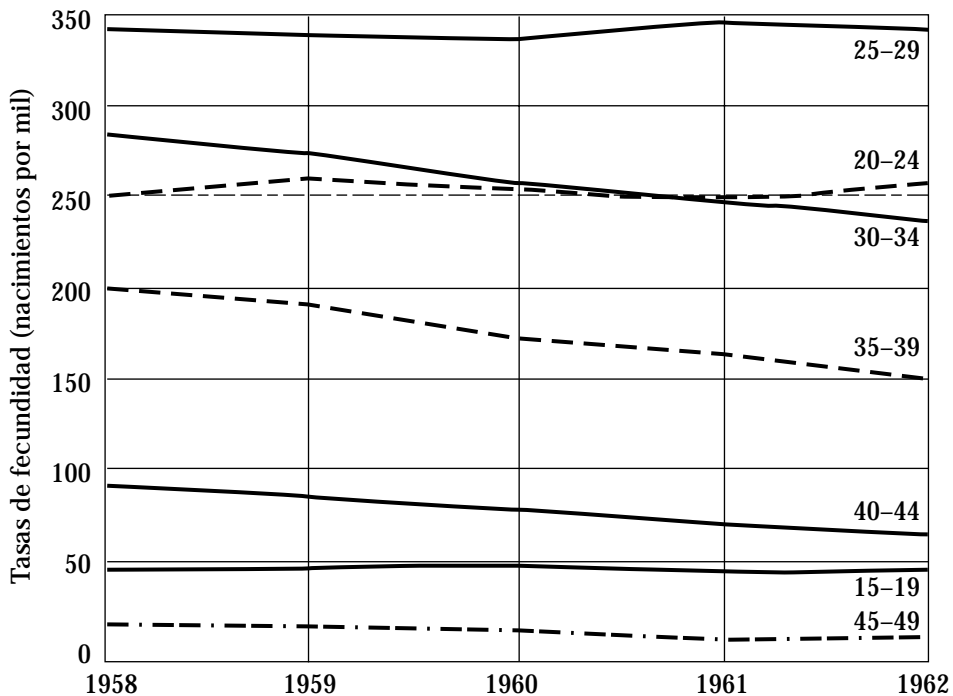
Figura 1. La tasa de crecimiento poblacional de Taiwán (*área sombreada*) ha crecido porque la tasa de natalidad (*línea oscura*) ha permanecido alta, mientras la tasa de mortalidad (*línea punteada*) ha descendido.



que es posible enseñarles cómo —poniendo en práctica un programa de planificación familiar.

En un territorio de 14.000 millas cuadradas, Taiwán tiene una población de cerca de 12 millones de personas que crece rápidamente (ver la figura 1). En años recientes, la mortalidad ha descendido hasta casi alcanzar los niveles de occidente: la esperanza de vida rebasa los 60 años y la tasa anual de mortalidad es de menos de ocho por cada 1.000 habitantes. La tasa de natalidad es cercana a 37 por cada 1.000, por lo que el aumento es de casi 3 por ciento anual, suficiente para que la población se duplique en un plazo de 25 años. No obstante, al compararse con otras partes de Asia, la situación de Taiwán es favorable a la difusión de la planificación familiar. La isla se encuentra relativamente urbanizada e industrializada, los agricultores se orientan hacia una economía de mercado, la alfabetización y la educación popular están suficientemente difundidas, existe un buen sistema de transporte y comunicaciones y también una red sólida de instalaciones médicas. El nivel de vida es alto para una población del tamaño de la de Taiwán en el continente asiático, salvo el caso de Japón. La sociedad está altamente organizada. Las mujeres no están subordinadas de modo determinante y las objeciones religiosas o ideológicas hacia la anticoncepción son pocas.

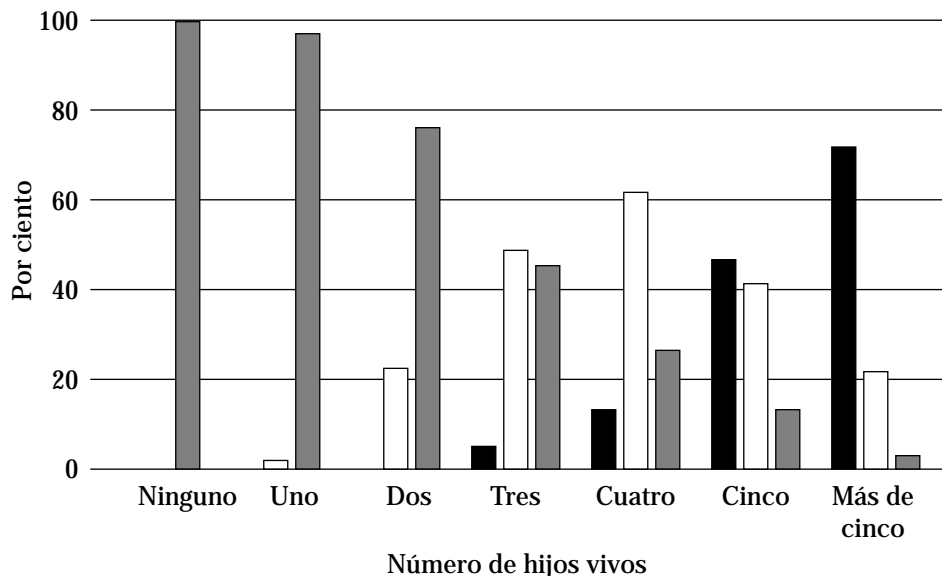
Figura 2. Las tasas de fecundidad para mujeres de Taiwán, que aparecen aquí para siete grupos de edad (*cifras a la derecha*), han descendido desde 1958 en el caso de mujeres de más edad, supuestamente porque están tratando de limitar sus familias. Las tasas de natalidad son por cada 1.000 mujeres en los grupos relevantes de edad.



En Taiwán, la tasa de natalidad ha venido disminuyendo lentamente desde 1958. Al analizar las tasas de fecundidad por grupo de edad (ver la figura 2), parecería que han descendido, en primer lugar y sobre todo, para las mujeres mayores de la población en edad reproductiva. Esto es exactamente lo que uno esperaría si fueran muchas las mujeres que quisieran tener un número moderado de hijos, que la mortalidad de esos hijos fuera baja al llegar esas mujeres a los 30 años, y si después ellas mismas trataran de limitar de alguna manera el tamaño de sus familias. Este mismo patrón se había observado antes en algunos países de occidente al comenzar los descensos de la fecundidad, que eran proclives a presentarse luego de los descensos en la mortalidad.

Aunque la situación en Taiwán era muy favorable a la planificación familiar con una tendencia a la baja en la tasa de natalidad, ello no significaba que la tarea de acelerar el descenso de la fecundidad sería sencilla. Como primer paso en este esfuerzo, los centros de estudios de población de Taiwán y de la Universidad de Michigan llevaron a cabo una encuesta que serviría como línea de base y guía para un programa de acción. Entre octubre de 1962 y enero de

Figura 3. Las preferencias de las esposas de Taichung en cuanto al tamaño de la familia aparecen en esta gráfica, según el número de hijos que tienen. Se muestran por porcentaje las esposas que en cada grupo dijeron que hubieran preferido tener menos hijos (*barras oscuras*) o más hijos (*barras sombreadas*) de los que tuvieron, o que estaban satisfechas con el número de hijos que habían tenido (*barras en blanco*).

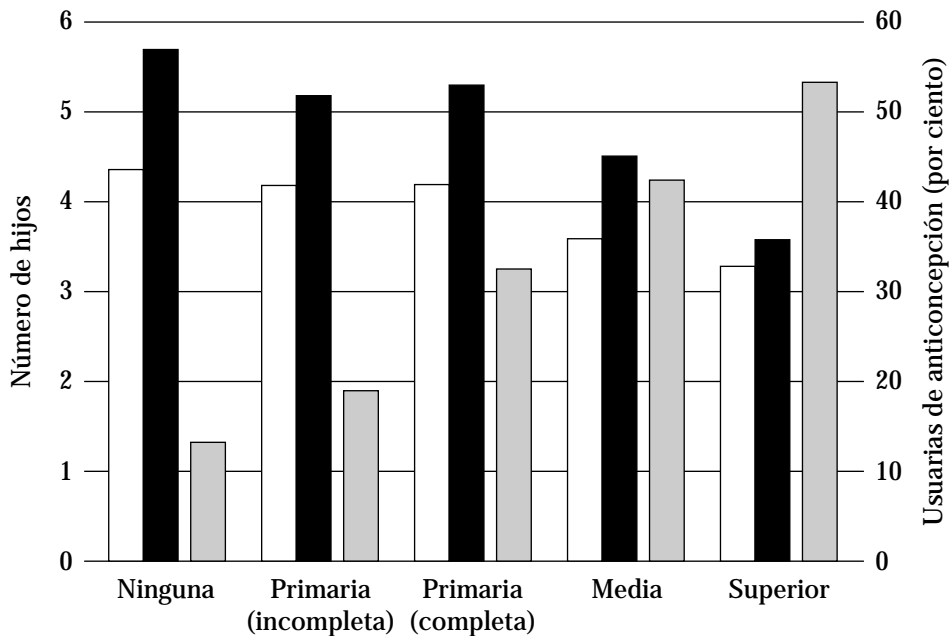


1963, enfermeras en salud pública entrevistaron a cerca de 2.500 mujeres casadas de la ciudad de Taichung que estaban en los principales años reproductivos (con edades entre los 20 y 39 años), para conocer sus actitudes en torno a la planificación familiar, la información que poseían y lo que hacían al respecto. De la encuesta resultó claro que, como grupo, estas mujeres querían un número moderado de hijos, que tenían más hijos de los que deseaban, que aprobaban la idea de limitar la familia y que estaban tratando —inútilmente— de limitar el tamaño de sus familias.

Casi todas las mujeres querían tener cuatro hijos, y las que habían tenido más reconocían que habrían querido tener menos (ver la figura 3). Más de 90 por ciento de las esposas en Taichung (y también sus esposos, según ellas mismas), se inclinaba por limitar el tamaño de la familia. En principio, sus objeciones eran mínimas; valoraban esa limitación en términos del bienestar económico de sus familias, y no creían que el número de hijos debería ser algo decidido por “el destino” o “la providencia”. A este respecto (y según se verificó en otros países), sus actitudes son más progresistas de lo que los funcionarios creen.

En términos generales, estas mujeres poseían poca información sobre métodos de planificación familiar y, ciertamente, sobre fisiología de la

Figura 4. La educación afecta el tamaño de la familia y el uso de anticonceptivos. En la gráfica se agrupa a mujeres de entre 35 y 39 años según el nivel de escolaridad que alcanzaron. Las barras muestran el número promedio de hijos que dijeron que hubieran querido (*barras en blanco*), el número que tuvieron (*barras oscuras*) y el porcentaje de cada grupo que practicaba la anticoncepción (*barras sombreadas*).



reproducción. Casi la cuarta parte había utilizado algún tipo de anticonceptivo, pero en la mayoría de los casos hasta después del cuarto o quinto embarazo, y muchas veces sin éxito. Las mujeres expresaron gran interés por conocer nuevos y mejores métodos y por adoptarlos. Desde su propio punto de vista, la planificación familiar no representaba un conflicto con sus sentimientos tradicionales acerca de la familia china o el rol central de ella en sus vidas.

La experiencia con la anticoncepción o con otros métodos para limitar el tamaño de la familia, como es natural, era más común entre los sectores “modernizados” de la población: las mujeres mejor educadas, las más eruditas y aquellas con antecedentes de una vida urbana. La fecundidad actual y deseada de las mujeres también estaba relacionada con estas características (ver la figura 4), aunque encontramos que, en cualquier nivel de educación, la mujer promedio de 35-39 años que todavía no había dejado de tener hijos había tenido, en promedio, más hijos de los que hubiera deseado. Ocurrió de igual manera aun con grupos en donde un número importante de mujeres había tratado de limitar el tamaño de su familia: la anticoncepción había aparecido en escena demasiado tarde, o era demasiado ineficaz, para permitir a estas mujeres alcanzar sus metas.

De los datos de la encuesta fue evidente que las mujeres se habían vuelto conscientes del descenso de la mortalidad infantil en su comunidad. Esta percepción es importante, y no sigue necesaria o automáticamente al evento. (Otras encuestas han encontrado que las mujeres ocasionalmente perciben el descenso en la mortalidad infantil como un aumento en los nacimientos). Al reconocer que más niños sobrevivían, las mujeres se percataron de que, contrario a lo ocurrido a sus padres, ellas no necesitaban tener cinco o siete hijos para ver a tres o cuatro sobrevivir hasta llegar a ser adultos.

El mensaje notable de la encuesta fue que los habitantes de Taichung tienen más hijos de los que desean. Hay indicadores de que algo parecido ocurre en muchas sociedades semejantes. Parece evidente en todo el mundo que si los niños no deseados no fueran concebidos, una buena parte del “problema de población” desaparecería.

La tarea siguiente era propiciar que el comportamiento y la actitud concordaran, mediante la introducción de la planificación familiar. Se requerían varias cosas además del simple deseo de limitar el número de hijos: información y conocimientos, suministros y servicios, aceptación pública y apoyo social. Para investigar cuál era el mejor modo de lograr que los pobladores de Taiwán hicieran lo que ellos mismos decían que querían hacer, las autoridades sanitarias provinciales se abocaron al desarrollo de un programa de acción para que la práctica de la planificación familiar estuviera más asequible en la ciudad de Taichung. Creemos que este esfuerzo constituye uno de los más extensos y detallados experimentos de las ciencias sociales efectuado en un escenario natural.

Taichung tiene una población de cerca de 300.000 habitantes, que incluyen a casi 36.000 mujeres casadas que tienen entre 20 y 39 años de edad; de ellas, 60 por ciento ha tenido tres o más hijos. Casi toda la población vive en una zona residencial central que tiene también oficinas y tiendas, aunque dentro de los límites administrativos de la ciudad existen, asimismo, áreas rurales. Varios puestos de salud del gobierno y clínicas hospitalarias constituyen los puntos focales para el programa de acción.

La ciudad como un todo estuvo expuesta únicamente a dos aspectos del programa: una distribución general de carteles que mostraban las ventajas de la planificación familiar, y la celebración de una serie de reuniones con líderes comunitarios para informarles acerca del programa, obtener su consejo y conseguir su apoyo. El quehacer en el nivel comunitario llegó hasta este punto; el resto del programa se diseñó como un experimento diferenciado que abarcó distintos tipos y grados de esfuerzo. El objetivo era saber qué tanta planificación familiar podía lograrse y cuáles serían sus costos en dinero, personal y tiempo. Con este propósito en mente, las autoridades locales de salud y un equipo de colaboración de Estados Unidos diseñaron cuatro tipos distintos de “trata-

miento”, y aplicaron uno a cada uno de los 2.389 *lins* o barrios con 20 a 30 familias en los que se divide Taichung. Conforme se aumentaba el esfuerzo, los tratamientos se denominaron “Nada”, “Correo”, “Todo (sólo esposas)” y “Todo (esposas y esposos)”.

En los *lins* “Nada” no hubo actividad adicional a la distribución de los carteles y las reuniones con los líderes. En los *lins* “Correo” hubo una campaña de correo directo dirigida a dos grupos: las parejas de recién casados y los padres con dos o más hijos. Fue en los barrios “Todo” en donde se llevó a cabo el mayor esfuerzo por incrementar la planificación familiar. El procedimiento principal fue una visita al hogar de todas las mujeres casadas de entre 20 y 39 años, hecha por enfermeras-parteras especialmente capacitadas. Las trabajadoras de campo hicieron citas para las personas en los centros de salud, proveyeron suministros anticonceptivos, contestaron preguntas e hicieron todo lo que fue necesario para satisfacer el deseo de las parejas de recibir orientación en planificación familiar. En la mitad de los *lins* “Todo” las visitas se limitaron a las esposas; en la otra mitad se hicieron a esposos y esposas con quienes se conversó individual o conjuntamente.

Los investigadores decidieron que, en vez de aplicar cada tratamiento a una parte distinta de la ciudad, harían arreglos para poner a prueba un aspecto económico central: ¿qué tanto “efecto de circulación” puede esperarse de un programa de este tipo? ¿En qué medida se puede depender de que la población misma divulgue la innovación deseada, y qué tan grande es el esfuerzo inicial requerido para preparar el proceso anticipadamente? Existen testimonios significativos de que la divulgación oral jugó un papel importante para propagar las ideas en materia de planificación familiar en el occidente y en Japón; es obvio que cualquier efecto de ese tipo sería sumamente importante para los esfuerzos nacionales en los países en vías de desarrollo que deben influir sobre grandes grupos de la población y hacerlo con recursos limitados.

Cuadro 1

Tratamiento	Alto (13.908)	Mediano (11.154)	Ligero (11.326)	Total (36.388)
Nada	232	243	292	767
Correo	232	244	292	768
Todo				
(esposas solamente)	232	122	73	427
(esposas y esposos)	232	122	73	427
Total de los <i>lins</i>	928	731	730	2.389

Matriz que muestra la asignación entre los *lins* de los varios “tratamientos” en los tres sectores de densidad. Las cifras en paréntesis corresponden al número total de mujeres de 20 a 39 años de edad.

Para investigar el asunto de la “propagación”, parecía prudente aplicar los cuatro tratamientos en concentraciones diversas en distintas partes de la ciudad. Se dividió a Taichung en tres sectores, aproximadamente equivalentes en distribución urbana/rural y en condiciones socioeconómicas y de fecundidad, que se designaron como áreas de alta, ligera y mediana “densidad”. En el sector de alta densidad, los dos tratamientos “Todo” se administraron a la mitad de los *lins*; en el sector de mediana densidad se administraron a una tercera parte de ellos, y en el sector de baja densidad a una quinta parte. Los *lins* remanentes se asignaron por igual a los grupos de tratamiento “Nada” y “Correo” en cada sector (ver el cuadro 1). Los *lins* se asignaron aleatoriamente, aunque siempre en la proporción adecuada, y aquéllos designados a un tratamiento particular recibieron exactamente el mismo programa, sin importar su ubicación en la ciudad. La única diferencia era su ambiente; en el sector de alta densidad, por ejemplo, los *lins* “Nada” estaban rodeados mucho más estrechamente por *lins* “Todo”, en comparación con los barrios “Nada” en los dos sectores de menor densidad.

El programa se inició a mediados de febrero de 1963: se colocaron los carteles, se celebraron las reuniones, 18 trabajadores de campo se dispersaron en los *lins* “Todo”, y los centros de salud se prepararon para recibir preguntas. Se preparó un paquete de materiales educativos para las discusiones de grupo e individuales; se trataba, básicamente, de ayudas visuales relacionadas con las cuestiones elementales de la fisiología de la reproducción, las razones para practicar la planificación familiar y los principales métodos anticonceptivos. Las trabajadoras de campo ofrecieron una amplia gama de métodos y animaron a las parejas a elegir el que parecía ser más adecuado a sus necesidades: jalea, tableta de espuma, diafragma, condón, ritmo, retiro, la píldora oral y el nuevo dispositivo intrauterino. (Este último es un desarrollo reciente que parece muy promisorio para programas masivos de reducción de la fecundidad, pues no requiere de abastecimiento continuo, de motivación sostenida o de acciones repetidas por parte del usuario. Un médico inserta un anillo plástico o espiral en el útero y lo deja ahí; como anticonceptivo es muy eficaz, aunque todavía no está claro el modo como actúa). Se proveyeron suministros anticonceptivos a precio de costo o menor, o gratis si era necesario; las píldoras se vendieron por el equivalente de 75 centavos de dólar para un ciclo de 20 de ellas. Se cobró un monto igual por la inserción del dispositivo intrauterino.

Para fines de junio, las trabajadoras de campo habían visitado cada una de las 12.000 casas designadas por lo menos una vez, y se habían celebrado más de 500 reuniones vecinales. De entonces hasta mediados de octubre, hubo visitas de seguimiento a las mujeres o a las parejas que habían expresado interés, y también a las mujeres que habían estado embarazadas o habían criado bebés con anterioridad en ese mismo año. A fines de octubre comenzó una fase final que

todavía está en marcha; la acción directa ha concluido, pero los servicios y los suministros todavía están disponibles en los centros de salud, y hasta el momento en que esto se escribe el ímpetu del programa continúa arrojando resultados.

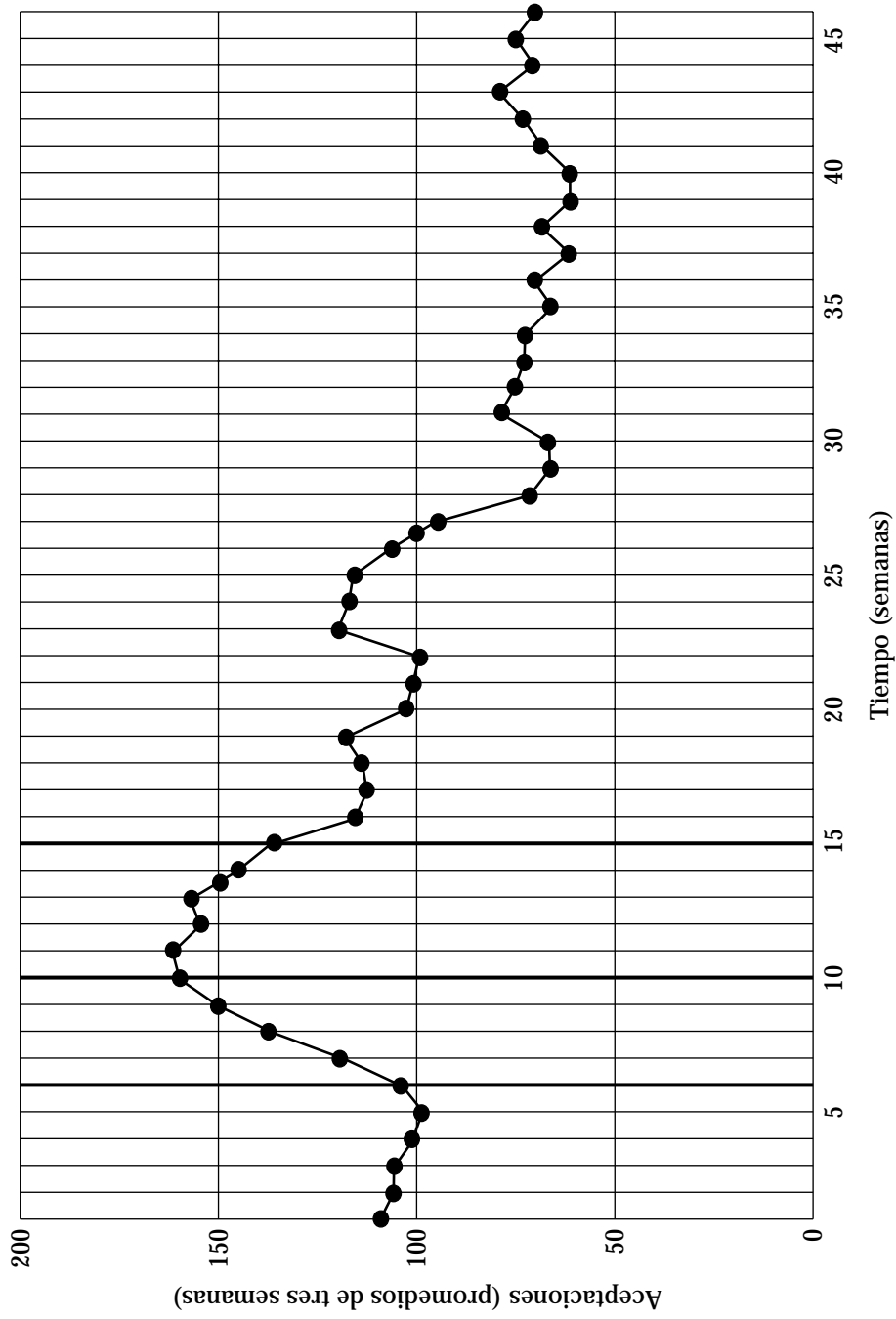
La efectividad del programa se medirá de tres maneras. Una será mediante los registros de casos de todas las parejas que fueron visitadas en sus casas o que acudieron a las clínicas como resultado del programa de acción. La segunda forma es una encuesta de antes y después en una muestra aleatoria de 2.432 mujeres en edad reproductiva. El relato final aparecerá en las estadísticas de fecundidad que eventualmente se recopilarán del registro oficial.

Hasta ahora, un resultado surgido de la encuesta de antes y después, y que constituye una medida clave de los resultados, es que a fines de 1962 el porcentaje de las mujeres de la muestra que estaba embarazada era 14,2, y que a fines de 1963 lo estaba 11,4 por ciento, un descenso de aproximadamente una quinta parte.

Aparte de esta estadística, solamente los registros de casos están disponibles. Es demasiado pronto para medir el efecto del programa en la fecundidad, aun por parte de quienes estuvieron directamente involucrados: ¡Un efecto inmediato tardaría por lo menos nueve meses en aparecer! Sin embargo, hay un efecto presuntivo que se puede inferir a partir del registro de "aceptaciones", definidas éstas como la inserción de un dispositivo intrauterino o la recepción de instrucciones y compra de suministros para otros métodos, junto con el intento expresado de practicar la anticoncepción. En los 13 meses que terminaron a mediados de marzo de este año, se pudo atribuir al programa de acción un total de 5.297 aceptaciones de planificación familiar, de las cuales 4.007 fueron de mujeres que vivían propiamente en Taichung. (El resto provino de fuera de la ciudad a pesar de que en esos sitios no se realizó ninguna acción directa).

¿Qué tan bueno es ese registro? Hay distintas maneras de evaluar la cifra aproximada de 4.000 aceptaciones dentro de la ciudad. En primer lugar, las aceptantes representan 11 por ciento de las mujeres casadas de 20 a 39 años de edad. Sin embargo, no todas las mujeres de ese grupo de edad eran "elegibles" para aceptar la planificación familiar como resultado del programa. Cerca de 16 por ciento ya practicaba la anticoncepción satisfactoriamente. Otro 16 por ciento se creía que era estéril o había sido esterilizada, 9 por ciento estaba embarazada, 3 por ciento estaba amamantando, y 1 por ciento experimentaba trastornos menstruales de diverso tipo. Si estas mujeres se eliminaran, sólo cerca de 55 por ciento de las 36.000 mujeres en el grupo de edad eran "elegibles". De estas casi 20.000 mujeres, el programa captó a cerca de 20 por ciento para practicar la planificación familiar. La definición de "elegibilidad", sin embargo, abarca a mujeres que buscan activamente tener otro hijo, ya sean esposas jóvenes que aún no completan su familia, o las que quieren tener un varón. Si se les considera por ahora como no elegibles para la anticoncepción, la categoría "actualmente

Figura 5. Avance del programa de acción trazado por una curva que muestra la tendencia de “aceptaciones” de la anticoncepción en Taichung, por semana, a partir de finales de febrero de 1963 hasta mediados de enero de 1964. Las tres líneas gruesas de la reja muestran (de izquierda a derecha) los puntos en los que se había completado la visita de 40, 62 y 85 por ciento de las casas. El programa alcanzó un pico y luego se estabilizó.



Cuadro 2

Tratamiento	Alto	Medio	Ligero	Total
Nada	7	5	5	5
Correo	7	5	6	6
Todo				
(esposas solamente)	16	13	11	14
(esposas y esposos)	18	10	12	15
Todos los Tratamientos	12	7	7	9

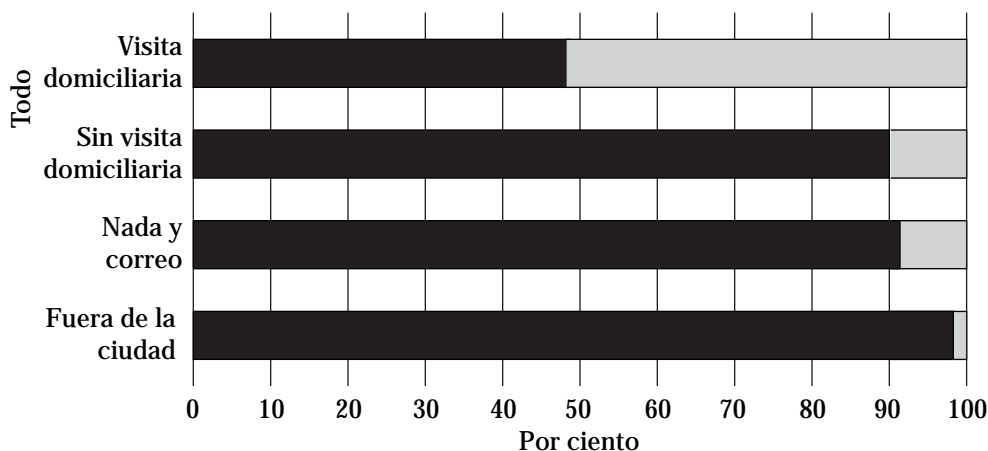
Los resultados del programa son los de diciembre último. Las cifras muestran a los aceptantes como porcentaje de las mujeres casadas de entre 20 y 39 años, por "tratamiento" y sector de densidad.

elegible" se reduce a unas 10.000 mujeres, y las que han aceptado usar la anticoncepción en los primeros 13 meses vienen a ser cerca de 40 por ciento de esta población auténticamente elegible.

Esta aritmética contribuye a definir lo que se considera un "éxito" en la propagación de la planificación familiar en países en vías de desarrollo. En un cierto momento, entre la mitad y las tres cuartas partes de la población objetivo simplemente están fuera de los límites del propósito. Si un programa puede lograr que hasta la mitad que resta del grupo —o hasta una tercera o cuarta parte— comience a practicar la anticoncepción en los años por venir, probablemente habrá logrado mucho. En consecuencia, en un trabajo de este tipo, tener un impacto sobre 10 por ciento de la población objetivo en un año más o menos no puede considerarse un fracaso; es más bien un éxito importante; uno debería reportar: "diez por ciento completo", en vez de: "solamente 10 por ciento". Otra manera de valorar los resultados de Taichung es reconocer que mientras que en febrero de 1963 cerca de 16 por ciento de las mujeres casadas de entre 20 y 39 años practicaba la anticoncepción, para marzo de este año cerca de 27 por ciento lo hacía; el aumento fue de casi 70 por ciento.

El impacto de un programa de este tipo no se siente de inmediato, de una sola vez o de manera uniforme. Desde el principio, la tasa de aceptación era notablemente constante; pero al cabo de casi siete semanas, cuando ya se había hecho 40 por ciento de las visitas y la información del programa transmitida oralmente se hallaba bien establecida, la curva comenzó a ascender de forma continua (ver la figura 5). En casi cuatro semanas llegó a una meseta y ahí permaneció durante un mes antes de comenzar a descender. El programa alcanzó ahí su cumbre: se habían hecho las visitas a dos tercios de los hogares y el interés era fuerte. Hacia principios de junio, cuando casi todas las visitas se habían realizado, "la crema se había desnatado": las mujeres cuya motivación hacia la planificación familiar era fuerte sabían del programa y habían decidido qué harían al respecto. Cuando terminó el verano, las visitas de seguimiento estaban llegando a mujeres que estaban menos motivadas y la curva volvió a su

Figura 6. La divulgación indirecta de la planificación familiar fue muy marcada en el caso del dispositivo intrauterino. Casi todas las mujeres que aceptaron la anticoncepción sin la visita domiciliar eligieron el dispositivo (*segmentos oscuros de las barras*) en vez de un método tradicional (*segmentos claros*).



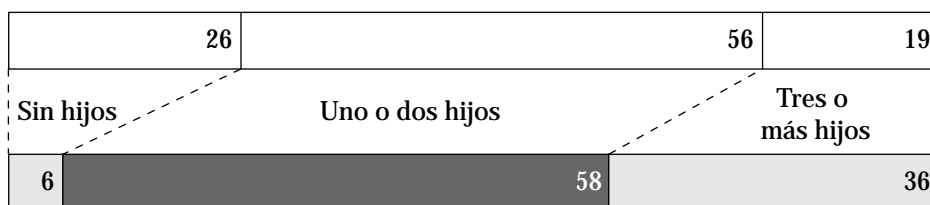
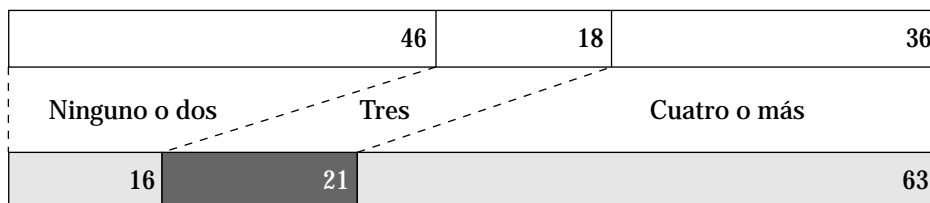
punto de partida. En el otoño se completaron las visitas, pero había todavía servicios y suministros disponibles y las aceptaciones se mantuvieron en una tasa menor, aunque constante.

Parece entonces que un programa como éste empieza razonablemente bien, se fortalece rápidamente y logra más o menos la mitad del rendimiento de su primer año en los primeros cuatro meses. Lo importante es desarrollar una “masa crítica” que pueda generar suficiente motivación personal y apoyo social para seguir adelante sin necesidad de visitas domiciliarias adicionales. Un país pobre sencillamente no puede permitirse visitas a toda la población; de ahí que cualquier plan realista deba depender, en gran medida, de contactos personales e informales de fuentes confiables. Puede ser que el trabajo lo tengan que hacer los parientes, los vecinos o los amigos, o que sencillamente no se haga. De este modo, la tarea de un programa planeado será desarrollar usuarios suficientemente informados y convencidos para iniciar un movimiento que llegue hasta los menos informados y poco convencidos.

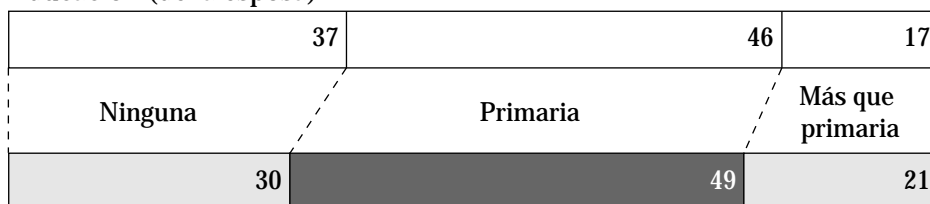
En Taichung, los efectos indirectos fueron extremadamente importantes. La evidencia más dramática es que, para fines de 1963, casi 20 por ciento de las aceptaciones provenía de mujeres que ni siquiera vivían en la ciudad. (Desde entonces, esta cifra se incrementó hasta casi 25 por ciento). Dentro de la ciudad, casi 60 por ciento de las aceptaciones se dio en los *lins* “Todo”; el otro 40 por ciento se dividió casi por igual entre los *lins* “Nada” y “Correo”. Aun en las colonias “Todo”, cerca de una sexta parte de las mujeres que aceptaron los anticonceptivos en realidad se había presentado antes de que se hubiera hecho la

Figura 7. La aceptación de la planificación familiar fue diferente en los distintos grupos. En esta gráfica, las mujeres aparecen en categorías según sus diversas características. Las barras claras muestran el porcentaje de mujeres “actualmente elegibles” que se insertan en cada categoría. Las barras negras y grises muestran el porcentaje de nuevas aceptantes de anticoncepción que corresponden a las mismas categorías al final de 1963.

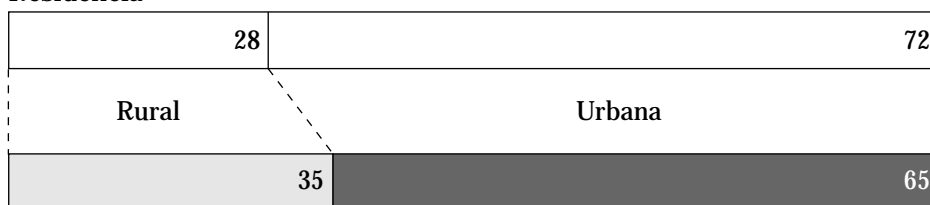
Niños



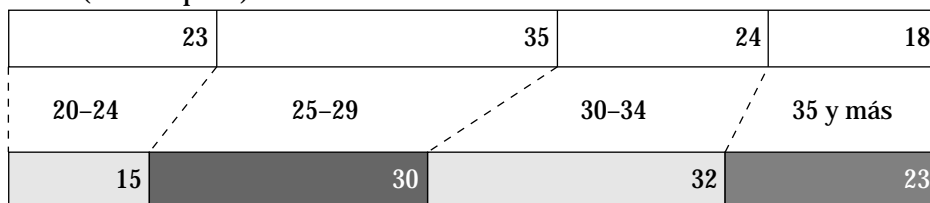
Educación (de la esposa)



Residencia



Edad (de la esposa)



visita domiciliaria programada. En otras palabras, para fines de diciembre casi 40 por ciento de las aceptaciones era atribuible a las visitas domiciliarias directas.

En relación con la eficacia de las distintas concentraciones de esfuerzo, la proporción de quienes aceptaron anticonceptivos fue sin duda mayor en el sector de alta densidad, pero este efecto se dio casi por completo dentro de los propios *lins* “Todo” (ver cuadro 2). El efecto indirecto —lo que se transmitió de las áreas de visita domiciliaria a los *lins* “Nada” y “Correo”— fue notablemente constante en los tres sectores. Nuestra conclusión tentativa es que se puede obtener el máximo rendimiento con el mínimo gasto, con algo menos que el grado de concentración de alta densidad. Finalmente, el efecto agregado de visitar a esposos y esposas no justificó el gasto, quizás porque en este programa el método anticonceptivo preferido involucraba a la esposa solamente.

De hecho, la naturaleza del método anticonceptivo tiene más efecto sobre el éxito de un programa que lo que en general pudo haberse reconocido. Un método de “una vez” requiere, en el largo plazo, de mucho menos esfuerzo de campo que un método que depende del reabastecimiento y de una motivación sostenida. En Taichung, la elección resultó estar abrumadoramente en favor de los dispositivos intrauterinos, que fueron preferidos por 78 por ciento de quienes aceptaron anticonceptivos; 20 por ciento eligió uno de los métodos más tradicionales (principalmente tabletas de espuma o condones), y 2 por ciento la píldora oral (que era, de hecho, el método más caro). En otras palabras, las mismas mujeres eligieron el método de “una sola vez”, cosa que fue particularmente significativa en vista de la alta eficacia del método y lo que puede llamarse su “responsabilidad” a través de seguimientos médicos programados. La revisión a los seis meses muestra que sólo cerca de 20 por ciento de los dispositivos se había removido o había sido arrojado involuntariamente, mientras que casi 30 por ciento de las mujeres que eligieron los métodos tradicionales dejó de practicar la anticoncepción de manera regular.

El estudio de Taichung reveló otra ventaja importante del dispositivo intrauterino: una impresionante tendencia por informarse de él a través de difusión indirecta oral, obviando una buena parte de la tarea de comunicación y persuasión. Casi 75 por ciento de los nuevos dispositivos se aceptó sin necesidad de una visita domiciliaria, en comparación con sólo 15 por ciento en el caso de los métodos tradicionales. Los dispositivos intrauterinos se “vendieron” por sí mismos; en efecto, lo que las visitas domiciliarias hicieron fue asegurar la aceptación de los métodos tradicionales (ver la figura 6). Desde octubre pasado, cuando el programa de acción propiamente dicho concluyó, más de la mitad de quienes aceptaron los anticonceptivos ha acudido proveniente de un círculo cada vez más grande alrededor de la ciudad, y casi todas estas mujeres han

elegido los dispositivos nuevos. Supuestamente, esto ocurre cuando la fama del método llega a mujeres que están listas para planear sus familias pero desean algo más fácil y “mejor” de lo que han escuchado hasta ahora.

Como es natural, la planificación familiar no se propaga de manera uniforme entre los distintos tipos de personas en una comunidad. La aceptación varía según la educación y la edad, y sobre todo según el número de hijos, al menos en Taichung. Cuando las parejas de Taiwán tienen cuatro hijos, tienen ya todos los que desean y están listos para hacer algo al respecto —siempre que ese algo esté disponible, sea razonablemente eficaz, no caro y fácil de usar. Lo que es evidente aquí es que mientras la “natural” y lenta divulgación de largo plazo de la anticoncepción a través de la población llega primero a quienes poseen mejor educación, un esfuerzo deliberado y acelerado como el del programa de Taichung puede ejercer un impacto rápido e importante sobre las familias que ya tienen un gran número de hijos.

Taiwán es uno de los muchos países de bajos ingresos en donde el desarrollo económico se ve malogrado por rápidos aumentos de la población que amenazan con retrasar aún más el mejoramiento en los niveles de vida. Sin lugar a dudas, es probable que las presiones sociales y económicas, combinadas con las aspiraciones personales, lleven a los individuos a limitar sus familias. Los países subdesarrollados, sin embargo, no pueden esperar una solución de largo plazo a sus crisis presentes. El programa de Taichung sugiere que el control de la fecundidad se puede divulgar mediante un esfuerzo planeado —no tan fácil o rápidamente como el control de la mortalidad, pero sí de manera importante, en un período corto y de manera económica. (Cada aceptación tuvo un costo que osciló entre \$4 y \$8 dólares, muy inferior al eventual valor económico de cada nacimiento evitado, que se ha estimado ser entre una y dos veces el ingreso anual *per cápita*).

Una buena parte de la historia de Taiwán está por escribirse todavía incluyendo, por supuesto, los resultados de la encuesta de la muestra y la confirmación que ofrecerán las estadísticas oficiales de natalidad de los próximos meses y años. Ahora las agencias de salud de Taiwán están ampliando el programa a otros sectores de la población, están sometiendo a prueba los resultados de Taichung, y ensayando nuevos enfoques en los barrios bajos de las ciudades y en poblados de pescadores y mineros. En este momento, lo menos que se puede decir es que la fecundidad en Taiwán está cambiando y puede modificarse —cambiando en el largo plazo como resultado de procesos sociales no planificados pero, más significativo aún, está siendo modificable a corto plazo como resultado de un esfuerzo planeado para ayudar a las personas a tener el número de hijos que realmente desean.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer las valiosas contribuciones de sus colegas en el proyecto de Taiwán: S.C. Hsu de la Comisión Conjunta de Reconstrucción Rural en Taiwán; T.C. Hsu, Comisionado de Salud; C.L. Chen y J.Y. Peng del Instituto de Salud Materno Infantil, así como la de John Takeshita, de la Universidad de Michigan.

Bibliografía

Colonial Development and Population in Taiwán. George W. Barclay. Princeton University Press, 1954.

The Growth of World Population. Publication 1091, National Academy of Sciences—National Research Council, 1963.

The Population Dilemma. Edited by Philip M. Hauser. Prentice Hall, Inc., 1963.

Research in Family Planning. Edited by Clyde V. Kiser. Princeton University Press, 1962.

Investigación operativa y otros tipos de investigación en la historia de la planificación familiar en Taiwán

Ronald Freedman

Como demógrafo social, tuve el privilegio de observar casi por completo el curso de la transición demográfica en Taiwán, desde 1961, cuando la tasa global de fecundidad (TGF) era de 5,6 niños por mujer, a 1984 cuando descendió a 2,1, y cuando pasó a ser de 1,7 en 1991. Participé en el estudio de Taichung, cuyo informe preliminar publicado en 1964 en la revista *Scientific American* (y que en la obra presente precede a este ensayo) fue la base para la transición al programa de planificación familiar nacional de Taiwán. Nuestro análisis mucho más profundo del estudio de Taichung (Freedman y Takeshita, 1969) no apareció sino hasta que el programa nacional se encontraba en marcha. En años más recientes, participé en, u observé, una gran cantidad de investigación adicional sobre la experiencia de Taiwán en planificación familiar, a medida que el programa transitaba hacia la fecundidad de sustitución e incluso más allá.

Parte de esa investigación encaja fácilmente en la atinada definición de Foreit y Frejka respecto de la investigación operativa, misma que aparece en la Introducción a este volumen: “La meta de la investigación operativa es proporcionar a los gerentes de programa información que puedan utilizar en la toma de decisiones para mejorar las operaciones de sus programas... las variables independientes en la investigación operativa son factores que los gerentes pueden manejar... las variables dependientes son los indicadores del éxito del programa”. Pero también es importante otro tipo de investigación en planificación familiar que no encaja tan fielmente dentro de ese modelo.

En teoría, la definición cubre tanto la investigación de corto plazo como la de largo plazo, y el gerente docto debe interesarse en ambas. Sin embargo, las exigencias de operar un programa probablemente darán como resultado una presión para realizar investigación que genere resultados pronto. Una buena parte de la investigación operativa tiene un horizonte de tiempo corto, aunque no necesariamente debe ser así.

Me encuentro en una posición adecuada como para describir la diversidad de la investigación que se ha realizado. Algunos proyectos fueron claramente

investigación operativa de acuerdo con la definición de Foreit y Frejka; otros fueron menos obvios; y otros más definitivamente no lo fueron. Sin embargo, todos fueron útiles de diferentes maneras.

Algunos resultados de investigación operativa que se incluyeron en el informe preliminar publicado en *Scientific American* se generaron rápidamente porque nuestros colegas taiwaneses necesitaban utilizar resultados válidos tan pronto como ello fuera posible. Esos hallazgos incluyeron: (a) que los contactos del trabajo de campo tanto con esposos como con esposas no incrementaron las tasas de aceptación; (b) que las cartas no diferenciadas enviadas a aceptantes potenciales no incrementaron las tasas de aceptación; (c) que las reuniones realizadas en los vecindarios tuvieron un efecto positivo; (d) que hubo un nuevo tipo de DIU que se volvió muy popular y se extendió por todo el campo; la sólida documentación de este hallazgo constituyó el soporte para una decisión temprana en el sentido de continuar el énfasis en este nuevo método, pero realizando cuidadosos estudios de seguimiento para vigilarlo; (e) que la aceptación de la anticoncepción por parte de parejas de nivel socioeconómico bajo (por ejemplo, gente de escasos recursos, personas con poca educación y del ámbito rural) ocurrió en una proporción casi tan alta como la que se constató entre parejas de mejor posición. (Antes del programa, la tasa de aceptación de anticoncepción entre parejas de bajos recursos era mucho menor que la de parejas de mejor posición.) Este hallazgo reforzó una decisión a la que se le dio seguimiento a nivel del programa nacional para brindar atención especial a parejas de bajo nivel socioeconómico, decisión que fue particularmente importante ya que, a la larga, las tasas de aceptación inesperadamente altas que se observaron entre esas parejas fueron uno de los efectos mensurables más importantes del programa. La temprana decisión de dar importancia a estas parejas ya estaba en proceso, y la sólida evidencia temprana que apareció en *Scientific American* reforzó la idea de que esto era factible y productivo.

El informe más extenso, complejo y profundo que aparece en el libro que dedicamos al proyecto de Taichung cubrió el estudio durante un período más largo y abarcó elementos que también se pueden clasificar como investigación operativa. Por ejemplo: (a) un estudio de seguimiento a usuarias del DIU en el transcurso de varios años reportó una tasa de discontinuación bastante alta en el caso de los primeros DIUs y, a pesar de ello, las usuarias del DIU tuvieron relativamente pocos embarazos e incluso menos nacimientos, ya que muchas de las que discontinuaron el uso de los primeros DIUs obtuvieron un segundo dispositivo antes de embarazarse de nuevo. Algunas cambiaron rápidamente a otro método y algunas que se embarazaron tuvieron un aborto. El seguimiento cuidadoso de las aceptantes del DIU representó no sólo una verificación deseable de los efectos colaterales, sino que estableció también que quienes tenían una primera inserción del DIU estaban fuertemente motivadas para limitar

la natalidad. En conjunto, este proyecto de seguimiento (que fue acompañado de revisiones y de una serie de re-instrucciones a médicos tanto del sector público como del privado por parte de reconocidos expertos en el DIU) fortaleció la intención de suministrar un servicio de la más alta calidad posible.

En India, en donde se realizaron pocos estudios significativos de seguimiento, el DIU sencillamente se descartó como método de programa a raíz de los primeros indicios de tasas de discontinuación significativas y de rumores que circularon acerca de efectos colaterales horribles.

En Taiwán, el lema del programa llegó a ser: “¡Sigan a las mujeres, no sólo al método!” Estos cuidadosos esfuerzos de seguimiento ilustraron el enorme empeño por dar énfasis a la calidad de la atención. En Taiwán, los estudios de seguimiento reforzaron la decisión de continuar el énfasis en el DIU y en su vigilancia.

Dentro del programa nacional *de facto* que rápidamente siguió al estudio de Taichung, un programa de “experimentos” de corto plazo incluía claramente investigación operativa; George Cernada y Robert Gillespie fueron sus organizadores principales. Estos dos consultores colaboraron con los taiwaneses en la operación de su programa. De forma deliberada, estos experimentos (Cernada, 1970) abarcaron proyectos a corto plazo que pudieran producir resultados en poco tiempo: un programa para someter a prueba la aceptación de la píldora dirigido a mujeres más jóvenes; el envío de información por correo a las nuevas madres —un éxito en comparación con el fracaso de los envíos por correo a parejas en general, hecho en el estudio de Taichung; una prueba del efecto de una idea de mercadotecnia (“anticonceptivos gratis sólo por tiempo limitado”) —otro éxito y, por último, un vasto programa en los medios masivos de comunicación en la segunda ciudad más grande de Taiwán, que fue seguido por un gran incremento en las tasas de aceptación.

Ahora comentaré los proyectos de investigación cuya clasificación como investigación operativa es dudosa, no obstante lo cual algunos de ellos fueron claves para el éxito del programa:

Uno de los principales propósitos del estudio de Taichung fue demostrarles a los líderes políticos que era posible realizar un esfuerzo de gran escala en planificación familiar siguiendo un plan, con resultados medidos y sin repercusiones políticas, de tal suerte que pudiera constituir una base segura para desarrollar un programa que abarcara a toda la isla. Realmente los líderes políticos estaban impresionados por el hecho de que la necesidad insatisfecha que se había medido en encuestas anteriores era real, y que el esfuerzo orientado a satisfacer la necesidad había adquirido un gran apoyo.

En varios países (por ejemplo en Bangladesh, Corea y Tailandia) se constataron efectos similares como resultado de programas piloto anteriores que tuvieron este importante efecto político y burocrático.

La designación eufemística de “salud pre-embarazo” para un pequeño programa que precedió al de Taichung, fue un ejemplo de sensibilidad política respecto a la planificación familiar en Taiwán, previa a Taichung. La intención de este eufemismo era la de evitar problemas potenciales con los líderes nacionales a quienes se creía carentes de entusiasmo en relación con la “planificación familiar” o el “control natal”.

Antes de que, en efecto, ocurriera el lanzamiento del proyecto de Taichung, S. C. Hsu, un importante y carismático líder de salud pública que no necesitaba de persuasión alguna, ayudó a obtener la aprobación esencial del Comisionado de Salud Provincial. El hecho de que el Comisionado experimentara todavía angustia justo antes del inicio del estudio, se reflejó en que, antes del lanzamiento, insistió en cancelar un extenso plan para utilizar los medios de comunicación masiva que inicialmente formaba parte del estudio. Sus dudas parecían ilógicas si se consideraba el enorme esfuerzo público que él mismo había aceptado: ¡12.000 visitas domiciliarias, miles de visitas subsecuentes, 2.713 entrevistas para la encuesta de antes y después, 894 reuniones en vecindarios y 50.000 carteles! Sin embargo, una vez que el programa demostró su gran éxito, el Comisionado se convirtió en su defensor y a menudo se refería a él como “su” programa.

En retrospectiva, me maravillo ante el valor de nuestros colaboradores taiwaneses, que no sólo contribuyeron a diseñar un proyecto grande y potencialmente riesgoso, sino que también fueron responsables de la planeación y la ejecución en detalle de su compleja logística.

Aun antes de que el estudio de Taichung concluyera, Hsu utilizó los resultados preliminares, del tipo que se reportaron en *Scientific American*, como una base “científica” para dar inicio a lo que él denominó una extensión “experimental” del programa de planificación familiar a 100 de las 361 áreas locales de Taiwán.

Posteriormente, ya en 1964, K.T. Li, el principal planificador económico de Taiwán y arquitecto del milagro económico taiwanés, anunció un plan *de facto* quinquenal para suministrar el DIU a 600.000 mujeres y para reducir el tamaño de la familia en 0,5 nacimientos —todo lo cual se alcanzó a pesar de que no existía un programa o una política de población oficiales; ambas cosas se lograron unos años más tarde. Desde temprano, Li mostró una actitud favorable hacia el trabajo en población, y se le mantenía informado regularmente a medida que la actividad avanzaba.

Persuadir a figuras políticas importantes a través de un programa piloto exitoso de que la expansión al nivel nacional es factible, es algo que no encaja del todo dentro de la definición de investigación operativa, aunque ciertamente es bueno para la meta nacional en planificación familiar. Quizás la variable independiente sea que el programa piloto tenga éxito o no, y que persuadir (o

no) a los políticos de que apoyen la extensión de la planificación familiar sea la variable dependiente.

El hallazgo de que la difusión constituía un elemento importante en los niveles de aceptación de Taichung fue muy importante para comprender lo que sucedía. Este hallazgo tampoco encajaba perfectamente dentro de la definición de investigación operativa; sin embargo, no estaba claro qué era lo que el gerente de programa podía hacer para desarrollar la difusión más allá de la realización de un buen programa. El uso de los medios de comunicación masiva para este fin no era importante en ese entonces en el programa de Taiwán, pero se le utilizó más tarde con éxito en lo que claramente era investigación operativa.

Los sólidos hallazgos en materia de difusión se utilizaron a veces para informar a los líderes políticos interesados en la política de población y en los presupuestos programáticos, en el sentido de que un multiplicador considerable de los resultados perceptibles del programa como consecuencia de los grandes efectos de la diseminación había sido documentado. Asimismo, estábamos bastante seguros de que la aceptación de la anticoncepción en el sector privado se había visto influida en parte, o tal vez en gran medida, por la difusión de los esfuerzos del programa. En el sector privado se constataba una considerable aceptación de la anticoncepción. En retrospectiva, me sorprende y desencanta el hecho de que no hayamos medido ese efecto adicional, aunque no hubiera sido fácil hacerlo.

Por último, quisiera referirme a la investigación que definitivamente no era investigación programática, aunque sí fue muy importante para comprender la reducción de la fecundidad en Taiwán.

Algunos de los hallazgos importantes no constituían partes explícitas del diseño experimental. Una ventaja de un diseño tan complejo es que existen muchos hallazgos “inadvertidos” que surgen a la luz. Uno de ellos fue que 40 por ciento de las aceptantes en el estudio de Taichung había utilizado previamente, y había renunciado a, métodos que presuntamente no le satisfacían, de tal suerte que la reducción de su fecundidad posiblemente atribuible al programa pudo haber sido mínima. Tal vez el principal beneficio haya sido en términos de la salud de las familias, su felicidad y mayores sentimientos de seguridad personal, y en términos de una mejor calidad de la atención. Este hallazgo es algo que no planeamos, pero que recibimos con satisfacción.

Los excelentes datos del registro poblacional de Taiwán nos permitieron determinar que 30 por ciento del descenso en la fecundidad, de niveles muy altos a niveles de sustitución, fue el resultado de la disminución en las proporciones de quienes se casaron, especialmente a edades más tempranas; es decir, se produjo una clara tendencia hacia matrimonios tardíos. El restante 70 por ciento obedeció a reducciones en la fecundidad específica por edad de las

mujeres casadas. La disminución posterior a una tasa total de fecundidad de sólo 1,6-1,7 niños por mujer es atribuible, casi en su totalidad, al resultado de cambios en las prácticas nupciales. Casi todos los esfuerzos en Taiwán y en muchos otros lugares, inicialmente para disminuir, y luego para incrementar,¹ la tasa de nupcialidad han fracasado, excepto en el caso de China, en donde se acudió a la coacción. Estos fracasos pudieran considerarse como investigación operativa fallida en términos de su efecto sobre la fecundidad.

El cambio socioeconómico fue rápido en los 23 años que transcurrieron entre 1961 y 1984, cuando la TGF descendió de 5,6 a 2,1 niños por mujer. Para ilustrar este hecho diremos que el ingreso *per cápita* se incrementó por un factor 4,5 veces mayor; que la inscripción en las escuelas preparatorias fue de poco más del doble; que el consumo de electricidad *per cápita* aumentó 60 veces; que el número de teléfonos por domicilio se incrementó 60 veces mientras los automóviles aumentaron de 9.000 a 800.000.

Sin embargo, en base a una cohorte de matrimonios, durante aproximadamente el mismo período la proporción de parejas jóvenes que comenzaron a vivir juntos en la casa de los padres que estaban disponibles, sólo descendió de cerca de 85 por ciento a alrededor de 65 por ciento. Siendo así, casi dos terceras partes de estas parejas estaban comenzado su vida de casados aún dentro de la configuración familiar tradicional cuando la TGF llegó a 2,1 niños. A pesar de que en 1984 se encontraron diferenciales sustanciales en términos de co-residencia entre las esposas mejor y menos educadas, y entre quienes tenían menor y mayor experiencia familiar premarital,² alrededor de ese mismo año una buena parte aún co-residía de la forma tradicional con los padres del esposo al momento del matrimonio en cada categoría educativa, e incluso entre esposas con la menor experiencia familiar tradicional premarital.

En 1984, la TGF fue de 2,1 niños, mientras 78 por ciento de las mujeres casadas en edad reproductiva empleaba la anticoncepción.

Esos análisis (incluyendo los análisis multivariados) fueron posibles porque las encuestas de evaluación comparativa frecuentemente repetidas incluyeron datos comparables sobre formas familiares basados en cohortes. Como demógrafo social, había solicitado y recibido la garantía de que podíamos incluir las preguntas que fueran necesarias para los análisis que he descrito brevemente.

Esta investigación sobre aspectos sociológicos importantes en Taiwán obviamente no es investigación operativa en términos de la definición de Foreit y Frejka. Sin embargo, por un lapso considerable, les dio a los gerentes de programa de Taiwán y a sus superiores políticos la garantía de que podían proceder sin mayor preocupación acerca de presuntas barreras culturales.

Por haber sido un éxito temprano, el programa de Taiwán fue visitado por miles de personas involucradas en programas de países en vías de desarrollo.

Una pregunta que con frecuencia se planteaba era si ellos podrían esperar superar las barreras culturales en sus propios contextos. Siempre respondimos que sólo las pruebas piloto empíricas podían determinar eso, pero que las experiencias de todos los otros sitios eran alentadoras.

Una función importante del estudio de Matlab, que se realizó mucho tiempo después en Bangladesh, fue la de demostrar, una vez más, que las barreras culturales distintivas de Bangladesh no constituían problemas insuperables, del modo como lo habían anticipado algunos distinguidos demógrafos sociales.

Una buena investigación de programas es importante para los gerentes de programa y sus superiores políticos; pero la comprensión del contexto social y cultural pertinente juega también una función importante para que los diseñadores de nuevos programas en diferentes entornos comprendan que las pruebas piloto pueden reemplazar a la especulación y la ansiedad en relación con esos aspectos.

Distintos tipos de esfuerzos de investigación en el programa de Taiwán permitieron confirmar y elaborar de diferentes maneras el hallazgo de Taichung, en el sentido de que el programa era particularmente eficaz en cuanto a llevar a los estratos de bajo nivel socioeconómico al uso de anticonceptivos y, por consecuencia, a una menor fecundidad. Hermalin (1978) realizó un importante análisis multivariado por áreas para el período 1966-1972. La principal variable independiente fueron los datos aportados por el programa, y la principal variable dependiente fue la fecundidad, con controles para el rápido desarrollo socioeconómico durante este período. Una serie de pruebas de diferentes modelos reveló que el programa contribuyó a reducir la fecundidad. El efecto fue más fuerte en las áreas menos modernizadas, que tenían los niveles de fecundidad más altos previos al programa. En retrospectiva, es lamentable que este análisis no se hubiera repetido posteriormente.

Las encuestas en Taiwán encontraron que los niveles de uso de anticonceptivos por parte de las mujeres analfabetas aumentaron de 11 a 78 por ciento en tan sólo 11 años (1965-1976) y que su fecundidad disminuyó en 31 por ciento en tan sólo ocho años. Que tal cosa hubiera ocurrido tan rápidamente sin el interés especial del programa en esas mujeres es posible, pero no probable. Esta conclusión requiere de una inferencia a partir del interés documentado de que el programa llegó a las parejas de estratos más bajos y les permitió el uso de la anticoncepción. Los registros indican que el programa fue mucho más exitoso en cuanto a ayudar a las parejas a iniciar la práctica de la anticoncepción, que en cambiar sus preferencias por el número de hijos.

Un aspecto importante es si el programa pudo actuar, y lo hizo exitosamente, para reducir las preferencias en el tamaño de la familia. Te-Hsiung Sun, el muy competente Director del Instituto de Planificación Familiar de

Taichung durante muchos años, considera que después de un período inicial de aproximadamente diez años, cuando la proporción de aceptantes “listas” se redujo por la rápida adopción de la anticoncepción, el programa tuvo que buscar clientes en otros sitios y pudo trabajar de forma exitosa para reducir las preferencias en el tamaño de la familia (Sun, 1997). Sun señala especialmente los efectos de una intensa campaña de educación realizada en 1971, “cuando a través de visitas domiciliarias, de reuniones y del empleo de los medios masivos de comunicación, se realizaban las muchas desventajas de tener demasiados hijos” (comunicación personal). Y como lo indicó Sun, entre las encuestas de 1970 y 1973 hubo una reducción en lo que respecta a las preferencias por el tamaño de la familia, que fue más significativa que en los períodos inmediatamente precedentes o posteriores. Desde luego, aunque este efecto pudo haberse producido como resultado del esfuerzo educativo intenso, la evidencia de otras influencias incluye: (1) los datos de encuestas aplicadas a mujeres de entre 20 y 29 años para 1970-71, que indican que, por lo menos en el caso de estas mujeres casadas más jóvenes, la mayor parte de su preferencia por la reducción tuvo lugar antes de la campaña educativa; (2) un desarrollo económico continuo y muy rápido que ciertamente jugó un papel; y (3) el rápido incremento en el uso de anticonceptivos en el período precedente, que aumentó la proporción de planificadores de familias pequeñas en el ambiente social de la mayoría de las mujeres.³

Ming-Cheng Chang, Director del Instituto de Planificación Familiar de Taichung de 1988 a la fecha, y que desde antes se desempeñaba ahí, respalda enérgicamente el punto de vista de Sun en lo que respecta al efecto del programa sobre las preferencias:

“...en las primeras etapas del programa.... [su] éxito dependía de la demanda existente... Sin embargo, el programa realizó [más adelante] un gran esfuerzo para persuadir a las personas de estratos más bajos para que tuvieran menos hijos, a través de visitas domiciliarias o de campañas en los medios masivos de comunicación. Existen muchas historias que obtuvimos de nuestros informes de campo que señalan que las mujeres de zonas rurales que deseaban tener más hijos aceptaron la esterilización justo después de las visitas domiciliarias de nuestros trabajadores de campo... creo que nuestro programa ha reducido la demanda por los niños y ha creado, a través de estos esfuerzos, una demanda por la planificación familiar.” (Chang, 1998, comunicación personal).

Ciertamente, aun cuando el programa pudo haber tenido algún efecto sobre las preferencias de las mujeres rurales pobres y con poca educación, el

posible efecto del uso de anticonceptivos es mucho más notable. Entre 1970 y 1985 la reducción porcentual en términos de preferencias fue menor entre la gente pobre que entre la gente con más educación. Además, por un lado, las tasas de correlación (η) entre la educación y las preferencias reproductivas promedio se incrementaron de hecho durante este período entre las mujeres más jóvenes y entre las de más edad. Por otro lado, el uso de los anticonceptivos aumentó más rápidamente entre la gente menos educada que entre quienes tenían un mejor nivel educativo, de tal suerte que la razón de la correlación (η) entre el uso de anticonceptivos y la educación, tanto en el caso de las mujeres más jóvenes como en el de las mayores, disminuyó rápidamente. Para el período 1980-85, el uso de anticonceptivos era similar—alcanzando niveles de saturación— en todos los niveles educativos (Chang y cols., 1987).

En años recientes, he llegado a creer que una disminución en las preferencias sobre el tamaño de la familia no siempre da como resultado automático el uso de anticonceptivos, tal como algunos economistas lo creen (por ejemplo, Pritchett, 1994; Freedman, 1996). A menudo existe la necesidad de una etapa de intervención —la creación de la demanda de anticonceptivos. Para facilitar la transición de una disminución en las preferencias a una demanda de anticonceptivos a su uso real, es probable que se requiera de un programa de planificación familiar (al igual que de otras influencias sociales). Estos pasos intermedios posteriores al cambio de preferencias se ven acelerados como resultado del suministro de información adicional, la legitimación, y los servicios y suministros apropiados.

Puede ocurrir que no siempre se requiera de un programa para efectuar la transición de las preferencias modificadas al uso de anticonceptivos; pero es evidente que surgen situaciones en las que el programa juega un papel importante. Cito dos ejemplos.

En el estudio de Matlab, en Bangladesh, ocurrió aproximadamente la misma disminución en las preferencias reproductivas en las áreas de control y experimentales, pero el incremento en el uso de anticonceptivos fue sustancialmente mayor en el área experimental a través de un programa de visitas domiciliarias intensivas. El mismo patrón se reportó para el “área de extensión” de Matlab, en donde los resultados fueron sometidos a prueba en un área utilizando recursos normales de programa. Phillips y colaboradores (1996), Koenig y colaboradores (1987), y Arends-Kuenning y colaboradores (1996) interpretan estos patrones como la cristalización de una demanda latente, más que como la creación de la misma.

El importante estudio de Photharam en Tailandia (1971), demostró también que un programa podía obtener la adopción rápida y sustancial de la anticoncepción en una zona rural en la que una considerable demanda preexistente no habría

llevado, por sí misma, a ningún uso significativo de anticonceptivos. Lo anterior no involucró ni exigió un cambio de preferencias sobre el tamaño de la familia. Un cambio de ese tipo ya había ocurrido de forma independiente.

En relación a Taiwán, sospecho que el principal efecto de los trabajadores de campo fue el de contribuir a que las mujeres que tenían sentimientos ambiguos en cuanto a no tener más hijos cristalizaran tales sentimientos; pero, más particularmente, hacer que quienes se encontraban casi listas para el uso de anticonceptivos lo llevaran a cabo. Éste fue un logro importante, aun cuando únicamente hubiera sido responsable de una parte del sustancial aumento en el uso de anticonceptivos, especialmente entre los pobres.

Respeto el punto de vista de mis colegas de Taiwán en el sentido de que los trabajadores de campo fueron claves para reducir las preferencias por el tamaño de la familia. La reducción probablemente ocurrió en algunos casos; pero es lamentable que no exista evidencia sistemática en cuanto a que las preferencias o la disposición para utilizar los anticonceptivos, o ambas cosas, se hayan visto alteradas. En retrospectiva, hubiera sido deseable realizar entrevistas con muestras sistemáticas, tanto de trabajadores de campo como de sus clientes, para recabar información de cómo fue que decidieron acerca del tamaño de la familia y del empleo de la anticoncepción. Los trabajadores de campo pudieron haber creído que ellos modificaron las preferencias de las parejas. La evidencia podría haberse reforzado de una manera u otra a través de entrevistas de seguimiento con las clientes. Plantear preguntas a este respecto en las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas recurrentes también habría ayudado. No recuerdo que nosotros, como consultores, hubiéramos sugerido esos estudios alguna vez, ni tampoco sé de ningún otro programa que haya efectuado tan fundamentales estudios de evaluación.

En virtud de que el lector puede preguntarse si las mediciones de las preferencias sobre el tamaño de la familia y de las proporciones que no querían tener más hijos eran suficientemente estables y significativas como para justificar esta argumentación, me apresuro a señalar que los estudios de cohorte y longitudinales demostraron que, en este período, las preferencias fueron no sólo estables para las mujeres individualmente, sino que también predijeron el uso posterior de anticonceptivos y el aborto (Sun y cols., 1978; Freedman y cols., 1974; Jejeebhoy, 1981).

Concluyo con un ejemplo de cómo un esfuerzo específico de investigación operativa fue incorporado a un sistema de recolección de datos más amplio en el programa de Taiwán. La investigación operativa específica constituyó un esfuerzo para reducir las preferencias por el tamaño de la familia, especialmente entre las parejas de estratos más pobres o las menos educadas, a través de una poderosa combinación de los medios masivos de comunicación, mensajes

clínicos, reuniones de grupo y visitas domiciliarias. Pudieron obtenerse mediciones de antes y después para esta parte crucial de la investigación del programa a partir de dos de las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) regulares que, de manera sistemática, cubrieron un espectro mucho más amplio de variables pertinentes para estudios de evaluación de largo alcance. Las encuestas regulares de antes y después parecían sugerir que el esfuerzo de investigación operativa de corto plazo fue por demás exitoso. Circunstancialmente, sin embargo, una encuesta que cubrió únicamente a mujeres jóvenes indicó que, por lo menos para este grupo, la insólita reducción en las preferencias tuvo lugar antes de la intervención de estímulo —y no durante su transcurso o inmediatamente después.

Al mismo tiempo, la vasta concurrencia de toda una serie de variables pertinentes me permitió informar, mucho tiempo después, que los estímulos del programa (al igual que los no relacionados con él), tuvieron un efecto mucho mayor sobre el uso de anticonceptivos que sobre las preferencias. Este hallazgo me ha permitido emplear los datos sobre el período total más largo como evidencia probable para sostener la idea de que ni este programa ni otros más redujeron ante todo las preferencias, sino que su principal efecto fue el de aumentar la aceptación de la idea de la anticoncepción entre las parejas y, posteriormente, su práctica (Freedman, 1998).

En efecto, llegué a esa conclusión inicialmente, cuando hice una revisión en gran escala para saber si los programas afectan las preferencias reproductivas. La evidencia de que ese no era el caso fue contundente (Freedman, 1996 y 1997). Pero, justo en el momento en el que concluía esa revisión, surgió nueva evidencia que sugería que, bajo ciertas condiciones, los proyectos en los medios masivos de comunicación podrían ser una excepción.

Estas ideas, llegadas mucho tiempo después de que Taiwán logró una TGF de 2,1 y menos, hoy en día no han sido relevantes para la investigación y las políticas de población del país, que en alguna medida se relacionan con aspectos de la planificación familiar para los jóvenes, pero que abordan, básicamente, problemas y aspectos relacionados con el envejecimiento.

Con todo, tratar de comprender en retrospectiva la historia de la planificación familiar en Taiwán tiene un valor significativo para otros países que se encuentran en las primeras etapas de su transición demográfica.

En la medida en que el programa fue responsable de las tendencias que he descrito, los patrones señalados fueron consistentes con mi opinión de que los programas tienen un efecto relativamente pequeño sobre las preferencias, pero que pueden tener un efecto considerable sobre la transformación de la demanda por menos hijos, en un primer momento, para luego pasar a una demanda por anticoncepción, y posteriormente a su práctica. Este punto de vista sugiere

mucho más que la idea de que los programas ofrecen acceso. Creo que las preferencias relacionadas con una familia más pequeña en Taiwán fueron básicamente el resultado del considerable desarrollo social y económico que se presentó en todos los estratos sociales. La siguiente etapa todavía requirió del desarrollo de apoyo social a la idea de que la anticoncepción representaba una manera legítima y segura de tener menos hijos, y que el programa (o el sector privado), podía proveer la información, los suministros y los servicios necesarios, especialmente para los menos favorecidos.

Para este complejo conjunto de ideas se requiere de evidencia procedente de varias fuentes, complementadas con inferencias en aquellos casos en los que no se dispone de datos empíricos precisos para verificar cada punto. Algunos ejemplos de investigación operativa a partir de la experiencia de Taiwán aportan información muy útil, al igual que otros ejemplos en los que la investigación tuvo un carácter diferente. Ambos tipos de investigación fueron provechosos para la implantación del programa de planificación familiar, aunque de maneras complementarias y diferentes.

Notas

1. Cuando la tasa neta de reproducción descendió en Taiwán y se mantuvo en menos uno, el Yuan Ejecutivo (1992) deploró la perspectiva de un crecimiento negativo y llamó a tomar medidas para incrementar la tasa de nupcialidad y la de natalidad. Las únicas acciones que se tomaron entonces fueron declaraciones retóricas a través de los medios masivos y por parte de los trabajadores de planificación familiar durante sus visitas domiciliarias. Estas medidas fracasaron para lograr un cambio. Por ejemplo, el promedio y la mediana de edad para el matrimonio continuaron incrementándose con bastante regularidad (Taiwan, Ministry of the Interior, 1992 and 1997), y la tasa total de fecundidad se mantuvo en cerca de 1,7.

Posiblemente Singapur constituye un mejor ejemplo, ya que en ese país se diseñaron e implantaron programas enérgicos para aumentar la nupcialidad, que también resultaron fallidos. Mui Teng Yap (1995) proclamó el éxito de este programa pro-matrimonios porque el número de casamientos “entre mujeres solteras aumentó de manera importante entre 1987 y 1992... probablemente por el ambiente pro-matrimonio y pro-familia creado por el esfuerzo gubernamental para promover el matrimonio”. No obstante, no tomó en cuenta la variación en el número de solteras elegibles. La tasa de nupcialidad para las solteras descendió en realidad de 1987 a 1992 (Singapore, Department of Statistics, 1996). Después de efectuar una encuesta de los programas pronatalistas europeos en Europa misma, Demeny (1986) y Gauthier (1992) ya habían concluido que se había constatado un efecto uniforme muy pequeño, o bien, nulo.

2. La experiencia familiar premarital se midió en función del trabajo en empresas no familiares, y la interacción social con otros jóvenes sin la supervisión paterna (especialmente salir con alguien libremente y la elección de un compañero sin la supervisión paterna). Para un estudio detallado con análisis multivariados para toda una serie de aspectos relacionados con los cambios familiares en Taiwán, véase Thornton y Lin, 1994. Esta obra recibió varios premios como el mejor libro sobre la familia y la ecología humana en el año posterior a su publicación.

3. El uso actual de métodos anticonceptivos aumentó de 24 a 44 por ciento entre 1965 y 1970, y la proporción de usuarias entre quienes no deseaban tener más hijos aumentó de 39 a 64 por ciento.

Referencias

- Arends-Kuenning, Mary, Mian Bazle Hossain, y Barkat-e-Khuda. 1996. "The effects of family planning programs on fertility preferences: Evidence from Bangladesh." Paper presented at the Population Association of America annual meeting, New Orleans 9–11 May.
- Cernada, George (ed.). 1970. *Taiwan Family Planning Reader*. Taichung: Chinese Center for International Training in Family Planning.
- Chang, Ming-Cheng. 1998. Personal communication, February 6.
- Chang, Ming-Cheng, Ronald Freedman, y Te-Hsiung Sun. 1987. "Trends in fertility, family size preferences, and family planning practice: Taiwan, 1961–85." *Studies in Family Planning* 18, 6: 320–337.
- Demeny, Paul. 1986. "Pronatalist policies in low-fertility countries: Patterns, performance, and prospects." *Population and Development Review* 12 (Supplement): 335–358.
- Executive Yuan, Republic of China. 1992. "Implementation of Population Policy." Taipei, October (in Chinese).
- Freedman, Ronald. 1996. "Do family planning programs affect reproductive preferences?" *Working Paper of the Evaluation Project*. Chapel Hill: University of North Carolina, Carolina Population Center.
- . 1997. "Do family planning programs affect fertility preferences? A literature review." *Studies in Family Planning* 28, 1: 1–13.
- . 1998. "Observing Taiwan's demographic transition: A memoir." *Working Paper of the Population Studies Center*. Ann Arbor: University of Michigan.
- Freedman, Ronald y John Y. Takeshita. 1969. *Family Planning in Taiwan: An Experiment in Social Change*. Princeton: Princeton University Press.
- Freedman, Ronald, Lolagene C. Coombs, Ming-Cheng Chang, y Te-Hsiung Sun. 1974. "Trends in fertility, family size preferences, and practice of family planning: Taiwan, 1965–73." *Studies in Family Planning* 5, 9: pp. 270–288.
- Gauthier, Anne H. 1992. "Consequences of fertility decline: Cultural, social, and economic implications—the European experience." Paper prepared for the seminar on "Impact of Fertility Decline on Population Policies and Programme Strategies: Emerging Trends for the 21st Century." Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Hermalin, Albert I. 1978. "Spatial Analysis of Family Planning Program Effects in Taiwan, 1966–72." *Papers of the East-West Population Institute*, 48, April. Honolulu: East-West Population Institute.
- Jejeebhoy, Shireen J. 1981. "Cohort consistency in family size preferences: Taiwan, 1965–73." *Studies in Family Planning* 12, 5: 229–232.
- Koenig, Michael A., James F. Phillips, Ruth S. Simmons, y Mehrab Ali Khan. 1987. "Trends in family size preferences and contraceptive use in Matlab, Bangladesh." *Studies in Family Planning* 18, 3: 117–127.
- Phillips, James F., Mian Bazle Hossain, y Mary Arends-Kuenning. 1996. "The long-term demographic role of community-based family planning in rural Bangladesh." *Studies in Family Planning* 27, 4: 204–219.

- "The Potharam Study." 1971. Bangkok: Chulalongkorn University, Institute of Population Studies, Research Report No. 4.
- Pritchett, Lant H. 1994. "Desired fertility and the impact of population policies." *Population and Development Review* 20, 1: 1-55.
- Singapore, Department of Statistics. 1996. *Singapore Statistical Highlights, 1965-1995*. Singapore: Department of Statistics.
- Sun, Te-Hsiung. 1997. Personal communication, December 17.
- Sun, Te-Hsiung, Hui-Sheng Lin, y Ronald Freedman. 1978. "Trends in fertility, family size preferences and family planning practice: Taiwan, 1961-76." *Studies in Family Planning* 9, 4: 54-70.
- Taiwan, Ministry of the Interior. 1992 and 1997. *Taiwan-Fukien Demographic Fact Book, 1991, 1997*. Taipei: Taiwan, Ministry of the Interior.
- Thornton, Arland y Hui-Sheng Lin (eds.). 1994. *Social Change and the Family in Taiwan*. Chicago: University of Chicago Press.
- Yap, Mui Teng. 1995. "Singapore's 'three or more policy': The first five years." *Asia-Pacific Population Journal* 10, 4: 39-52.

COMENTARIOS INTRODUCTORIOS

Efectos de un programa de planificación familiar sobre la fecundidad de una comunidad obrera marginal en Santiago

Aníbal Faúndes-Latham, Germán Rodríguez-Galant
y Onofre Avendaño Portius

Cuestión programática: *Al comenzar la década de los sesenta, ya se organizaban y ejecutaban programas de planificación familiar. Sin embargo, la evidencia y la documentación de su impacto eran escasas. “[Un] cierto número de programas de planificación familiar estaba en marcha en Santiago con los propósitos de combatir el aborto inducido y de reducir la fecundidad y la mortalidad y morbilidad materno-infantil; pero no existían datos disponibles que mostraran los efectos de los programas... aunque algunos se remontaban a 1959... Este problema... se observó en muchos países de América Latina y en todo el mundo”.*

Diseño de la investigación: *De manera simultánea, se diseñaron un programa de planificación familiar y un programa de investigación y evaluación. El programa de planificación familiar incluía el suministro de información acerca de los riesgos del aborto inducido y sobre las opciones anticonceptivas; la distribución gratuita de DIUs y de anticonceptivos orales, así como la disponibilidad de la esterilización, en una comunidad de 32.000 habitantes. Se realizó un estudio de línea de base (marzo-abril de 1965), y una encuesta de seguimiento (enero-marzo de 1967). Esta última consistió de entrevistas (principalmente una detallada historia de embarazos) de mujeres de entre 15 y 49 años de edad en una muestra estratificada de 892 viviendas.*

Hallazgos: *La tasa global de fecundidad (TGF) de la comunidad era casi 20 por ciento menor en 1966 comparada con la de 1964. Un análisis detallado e informado de los datos reveló que 90 por ciento del descenso era atribuible al programa de planificación familiar.*

Respuestas del programa a los hallazgos: *El artículo no comenta la respuesta del programa, aunque es evidente que este proyecto contribuyó a la expansión de los programas de planificación familiar y a su legitimación en Chile y en toda América Latina.*

Discusión: *Debe observarse que, al principio, los autores señalan con claridad el propósito del proyecto, lo cual parecer ser lógico y correcto, aunque a menudo se le omite. Afirman que evaluarán “los efectos demográficos, médicos y sociales de la planificación familiar”; sin embargo, en el artículo documentan y analizan únicamente los efectos demográficos. Los efectos médicos y sociales se comentan en documentos subsecuentes, particularmente los logros en relación con uno de los objetivos principales del proyecto, que era la prevención de los abortos inducidos. En el corto plazo —entre 1964 y 1966—, la TGF disminuyó 19 por ciento, mientras que la tasa global de abortos (TGA) descendió 39 por ciento. En el largo plazo el efecto fue similar; entre 1964 y 1968 la TGF disminuyó 45 por ciento y la TGA bajó 63 por ciento (Ver Faúndes y cols., 1970, “Evaluación de los efectos de un programa de planificación familiar sobre la fecundidad en una población marginal de Santiago, Chile”, en IUSSP, 1970, Conferencia Regional Latinoamericana de Población, México, pp. 429-437).*

Efectos de un programa de planificación familiar sobre la fecundidad de una comunidad obrera marginal en Santiago

Aníbal Faúndes-Latham, Germán Rodríguez-Galant
y Onofre Avendaño-Portius

A fines de 1964, diversos programas de planificación familiar estaban en marcha en Santiago, buscando combatir el aborto inducido y reducir la fecundidad, la mortalidad y la morbilidad materno-infantil; pero no existían datos de los efectos de los programas sobre dichas variables, a pesar de que algunos de ellos se remontaban hasta 1959. Esta falta de una evidencia objetiva de la eficacia de los programas de planificación familiar fue desalentadora para quienes estaban empeñados en la tarea y, al mismo tiempo, estaba reforzando las opiniones que algunos grupos esgrimían en contra de la planificación familiar. En estas condiciones, era difícil justificar el mantenimiento o la mejoría de los programas que ya existían, o bien el inicio de nuevos programas en otras áreas. Este problema, además, se observaba en muchos otros países de América Latina y del resto del mundo.

El proyecto

Para encarar el problema de evaluar los efectos demográficos, médicos y sociales de la planificación familiar, se diseñó un proyecto piloto para:

1. Elegir una pequeña comunidad en Santiago no afectada, o afectada mínimamente, por programas de planificación familiar, que fuera lo más representativa posible de otras comunidades que se enfrentaban a problemas demográficos, médicos y sociales, y que presentara el mayor número posible de ventajas para desarrollar una investigación en planificación familiar y un programa de acción.
2. Iniciar un programa de planificación familiar en dicha comunidad, diseñado según las experiencias acumuladas por otros programas en Chile y en América Latina.
3. Desarrollar un diseño de investigación adecuado para medir los posibles efectos de ese programa de planificación familiar sobre: (a) las tasas de

natalidad y de abortos, (b) la mortalidad y la morbilidad materno-infantil, y (c) otras variables sociales y psicológicas relacionadas.

La comunidad de San Gregorio

Para desarrollar el proyecto piloto se eligió la comunidad de San Gregorio, que se ubica al sur de Santiago. San Gregorio tiene alrededor de 32.000 habitantes que se distribuyen en cinco secciones definidas, cada una de las cuales se caracteriza por tipos de viviendas distintos y bien conocidos. Estas viviendas van desde casas de madera de pobre construcción, con dos recámaras, un pozo y carentes de instalaciones sanitarias, hasta departamentos modestos y casas con tres recámaras, muros de ladrillo, pisos de madera, cocinas equipadas e instalaciones sanitarias. El número de habitantes por vivienda suele oscilar entre cinco y nueve, con un promedio de siete personas.

El número de habitantes se distribuye casi equitativamente entre hombres y mujeres. Más de la mitad de los habitantes es menor de 15 años, una característica que comparten las comunidades con crecimiento acelerado. Casi 70 por ciento de las mujeres de entre 15 y 49 años está casada. Estas mujeres tienen, en promedio, cuatro hijos. Su nivel de educación es bajo (la gran mayoría tiene menos de cuatro años de educación básica), aunque pocas son analfabetas. Muchas mujeres trabajan, casi siempre en su propia casa (cosen, planchan y trabajan para familias que están en una mejor situación económica).

Los hombres casados son casi todos trabajadores no especializados que tienen un nivel de educación bajo (menos de seis años de educación básica, en la mayoría de los casos), y perciben ingresos bajos, con promedio de 200 escudos (\$30 dólares) al mes. El ingreso *per cápita* en la comunidad es insuficiente para satisfacer las necesidades más básicas de sus moradores. Casi todos son católicos, aunque no acuden a la iglesia con frecuencia.

Hasta 1964, la comunidad no había recibido la influencia directa de ningún programa de planificación familiar. No había razones para sospechar que existían diferencias importantes entre San Gregorio y otras comunidades obreras marginales de Santiago; en cambio, San Gregorio ofrecía tres ventajas para desarrollar el proyecto.

En primer lugar, sus límites exactos, al interior de los cuales no hay riesgo de que se construyan viviendas nuevas, pues el terreno ya está todo ocupado o bien destinado a propósitos específicos de servicio a la comunidad. Considerando que la migración en esta área se da casi siempre a través de la construcción de nuevas viviendas y comunidades, esta característica limita la posibilidad de la inmigración. La emigración puede todavía ocurrir cuando las parejas jóvenes se casan y se van de San Gregorio, pero casi todas ellas permanecen en la comunidad viviendo en casa de los padres. En segundo lugar, existe una clínica de salud

materno-infantil que se ubica prácticamente en el centro geográfico de la comunidad; la clínica fue creada casi al tiempo que la comunidad misma. En tercer y último lugar, la existencia de un mapa de la comunidad que muestra, numeradas, todas las manzanas y las viviendas simplificó la selección de las muestras.

El programa de planificación familiar

El programa experimental de planificación familiar comenzó el 9 de marzo de 1965, y abarcó educación y servicios. Tanto la información como la educación se centraron en los riesgos del aborto inducido y en las posibilidades de la anticoncepción moderna. Médicos, parteras, enfermeras y trabajadores(as) sociales brindaban información en la clínica a donde las mujeres acudían para recibir atención pre-natal e infantil. También se daba información en los centros maternos de la comunidad y en el Hospital Barros Luco que atiende la zona; es en este hospital en donde la mayoría de estas mujeres da a luz.

Los servicios que ofrece la clínica de salud materno-infantil son gratuitos. El anticonceptivo que más se utiliza es el DIU, aunque muchas mujeres toman pastillas y otras acuden al Hospital Barros Luco para esterilizarse.

Diseño de la investigación

El diseño básico de investigación del proyecto abarca tres etapas. La primera es una encuesta de línea base realizada entre marzo y abril de 1965, que estudió la fecundidad y los abortos ocurridos en 1964, así como el conocimiento de, las actitudes hacia, y la práctica de la anticoncepción moderna y otras variables que podían influir sobre estos factores (como la edad, el estado civil, el nivel de educación y demás). En segundo lugar, la administración del tratamiento experimental —el programa de planificación familiar— se inició simultáneamente con el trabajo de campo de la encuesta de 1965. En tercero y último lugar, encuestas posteriores de fecundidad y de conocimientos, actitudes y prácticas, permitieron realizar la evaluación del programa de planificación familiar. La primera de ellas se terminó entre enero y marzo de 1967.

Considerando que la encuesta de 1967 investigó la fecundidad y el aborto durante 1966, así como los conocimientos de, las actitudes hacia, y las prácticas de la anticoncepción moderna, su comparación con la encuesta de 1965 ofrecerá una medición anterior y posterior de los posibles efectos del primer año del programa. En la actualidad estamos trabajando en esta comparación, cuyos resultados estarán listos para darse a conocer este año.

Con la encuesta de 1967 se obtuvo un registro completo de todos los embarazos ocurridos en la muestra, siguiendo la sugerencia de Bogue para estudiar la fecundidad recabando historias de embarazos.¹ Este método ha suministrado nueva información para medir los posibles efectos del primer año del programa.

En este artículo se presentarán y comentarán los resultados obtenidos a través del método de historia de embarazos. Se hará hincapié en el análisis de la relación causa-efecto entre el programa y los cambios observados.

Metodología

El diseño que se empleó para medir y analizar los posibles efectos del programa a través del enfoque de historia de embarazos considera: (1) la medición de la fecundidad en la comunidad en 1966, año en el que se esperaban constatar los efectos del primer año del programa, y la fecundidad de los cuatro años previos (1962-1965), para obtener una medición de la fecundidad del año posterior y de los cuatro previos; y (2) el análisis de la relación causa-efecto entre el programa y el cambio de la fecundidad en 1966 —en caso de haber ocurrido— con respecto a los cuatro años anteriores.

Para reportar los cambios en la fecundidad se utilizará como medida la “tasa global de fecundidad”, el número total de hijos que una cohorte hipotética de 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años habría tenido en caso de haber dado a luz en esos años siguiendo el patrón de tasas de fecundidad específicas para la edad que prevalecen en la comunidad en un determinado momento. Para el análisis de la relación causa-efecto entre el programa y el cambio en la fecundidad, la muestra se clasificará en términos de asistencia a la clínica de planificación familiar y de uso de anticonceptivos, y se sugerirá un método para analizar la participación de las “pacientes” de la clínica de planificación familiar en el cambio de la fecundidad en 1966. La clasificación y el método se presentan más adelante (ver “Resultados”).

El método de historia de embarazos

El método de historia de embarazos consiste en la obtención de un registro completo de los embarazos en un corte transversal de mujeres en el transcurso de toda su vida, y en calcular, sobre la base de esos datos, las tasas de fecundidad generales y globales específicas de la edad.

El procedimiento para calcular las tasas tiene cuatro etapas. (1) Construcción de una matriz en la cual las filas representan los años sencillos de edad y las columnas representan los años calendario sencillos. (2) Cálculo del número de meses que cada mujer pasa en cada edad para cada año calendario; esto quiere decir capturar en la matriz los “meses-persona”. (3) Acumulado de los meses-persona para toda la muestra, y división entre 12 para convertirlos en años-persona, a fin de obtener los denominadores de las tasas de fecundidad específicas de la edad para los varios años. (4) Construcción de una matriz idéntica a la última, y clasificación en ella de cada nacimiento ocurrido a cada mujer de la muestra, según el año del parto y la edad que la madre tenía

entonces. Los numeradores para las tasas de fecundidad específicas para la edad se obtienen sumando todos los nacimientos para cada edad y año calendario.

Población y muestreo. La población se definió como todas las mujeres en el grupo de edad de 15 a 49 años que habían vivido en San Gregorio por lo menos seis meses antes de la realización de la muestra, sin importar su estado civil o su posición en la casa.

Se tomó una muestra estratificada aleatoria de 892 viviendas distribuidas proporcionalmente en las diferentes secciones de la comunidad; pero las unidades de análisis fueron las mujeres que habitaban en esas viviendas y que en 1966 tenían entre 15 y 49 años de edad.² Sin embargo, el grupo de edad de 45 a 49 años no pudo tomarse en cuenta para comparar la fecundidad de los años 1962-1966, pues las mujeres mayores que fueron entrevistadas (de 49 años de edad en 1966), tenían solamente 48 años en 1965, 47 en 1964, y así sucesivamente. Por tal motivo, carecemos de datos para las mujeres que en 1965 tenían 49 años, para las que tenían 49 y 48 años en 1964, y así sucesivamente. De ahí que el estudio incluya solamente a las mujeres que en los cinco años analizados tenían entre 15 y 44 años.

Se estima que el tamaño de nuestra muestra garantiza errores máximos de 2 por ciento para las principales variables investigadas en la muestra total.

Cuestionarios y pre-prueba. El cuestionario que se empleó para la historia de embarazos fue el mismo que el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), ha utilizado para sus estudios de fecundidad rural en América Latina.

Se preparó un cuestionario preguntando conocimiento, opinión y uso de anticonceptivos durante los últimos cuatro años (1963-1966), y conocimiento de, y asistencia a, la clínica de planificación familiar de San Gregorio. En una muestra de 60 viviendas se hizo una prueba de estos cuestionarios. La encuesta inicial ayudó a predecir dificultades y problemas potenciales en los cuestionarios, y a hacer las revisiones necesarias. Fue especialmente útil para preparar instrucciones más específicas para las entrevistadoras.

Selección y preparación de las entrevistadoras. Las entrevistadoras eran parteras preferentemente. Las parteras chilenas, altamente calificadas, se gradúan en la universidad y se les tiene en alta estima en la comunidad. Por la naturaleza de su trabajo y porque gozan de gran confianza, las parteras eran idóneas para hablar con las mujeres de San Gregorio respecto de sus nacimientos, abortos y experiencias con el uso de anticonceptivos.

Las entrevistadoras se capacitaron en cuatro sesiones de trabajo y en una o más sesiones individuales para recibir instrucciones sobre el propósito de la encuesta, los cuestionarios que se utilizaban y aspectos generales de la entrevista; a su vez, discutieron las dificultades a las que se habían enfrentado en sus primeras entrevistas.

Cuadro 1. Tasas específicas de fecundidad por edad, por grupo de edad; tasas generales de fecundidad; tasas globales de fecundidad; y porcentaje de cambio para la muestra total de la comunidad de San Gregorio, Santiago, Chile, 1962-1966

Edad	1962			1963			1964			1965			1966						
	M	NV	TEFE	M	NV	TEFE	% Cb	M	NV	TEFE	% Cb	M	NV	TEFE	% Cb				
15-19	192	31	161,5	225	43	191,1	+18,3	249	43	168,7	-11,7	287	40	139,4	-17,4	302	40	132,2	-5,0
20-24	130	50	384,6	133	55	413,5	+7,5	143	44	307,7	-25,6	153	45	294,1	-4,4	151	43	317,9	-5,1
25-29	155	55	354,8	140	53	378,6	+6,7	134	39	291,0	-23,1	144	45	312,5	+7,4	152	31	203,9	-34,8
30-34	225	56	248,9	225	58	257,8	+3,6	214	51	235,3	-7,6	196	47	239,8	+0,5	174	36	206,9	-13,7
35-39	165	40	242,4	169	35	207,1	-14,6	191	36	188,5	-9,0	190	39	205,3	+8,9	208	23	110,5	-10,1
40-44	103	17	165,0	120	11	91,7	-44,4	125	7	56,0	-38,9	134	16	119,4	+113,2	145	8	55,2	-53,8
TGnF	970	249	256,7	1012	255	252,0	-1,8	1056	219	207,4	-17,7	1104	232	210,1	+1,3	1132	186	164,3	-21,8
TGF	7.786,0			7.699,0			-1,1	6.251,0			-18,8	6.552,5			+4,3	5.132,5			-21,6

Trabajo de campo y supervisión. El trabajo de campo duró dos meses y medio y terminó en marzo de 1967. Durante esta fase, se puso énfasis especial en la diaria y estrecha supervisión de las entrevistadoras; los supervisores examinaron a algunas de las entrevistadoras en el campo.

La supervisión se realizó de modo tal que era posible saber, en cualquier momento y para todas las viviendas de la muestra, en cuál de las seis etapas se encontraba la entrevista.

1. Entrevista no asignada todavía
2. Entrevista asignada a determinada persona
3. Algunas mujeres de la casa han sido entrevistadas
4. Todas las mujeres han sido entrevistadas
5. Entrevistas supervisadas con objeciones (de regreso al campo)
6. Entrevistas verificadas

Mediante este procedimiento se pretendía asegurar que las entrevistas se estaban llevando a cabo del modo más coherente posible.

Los datos de la historia de embarazos se codificaron durante junio y julio. Esta labor la realizaron las mismas personas que supervisaron el trabajo de campo. Al hacerlo así, se familiarizaron con las características de la encuesta y con las dificultades que podrían encontrar más a menudo mientras codificaban.

Resultados

Tasa específica de fecundidad por edad (TEFE), tasa general de fecundidad (TGnF), y tasa global de fecundidad (TGF) para el total de la muestra, 1962-66

Para simplificar la presentación de los resultados, se agruparon el número de nacimientos y años-persona por cada año de edad en intervalos de cinco años para cada año calendario de 1962-66. Las TEFE, TGnF y TGF para estos años se calcularon según las fórmulas estándar y las definiciones previas. Para cada tasa calculada para los años 1963-66, el cambio con respecto al año previo se expresaba en porcentaje; estos datos, tasas y cambios porcentuales se muestran en el cuadro 1.

En 1962, la tasa de fecundidad de San Gregorio estaba en un nivel muy alto. La TGF de este entonces era 8.286; esto quiere decir que se esperaba que una mujer que estaba teniendo hijos acorde con la TEFE para ese año, iba a tener 7,8 niños antes de llegar a su aniversario número 45.

Se puede observar un pequeño descenso (-1,1 por ciento) en la fecundidad de 1963 (7.699), y una más marcada reducción en la fecundidad en 1964 (-18,8 por ciento, o 6.251,5). Mientras que el único incremento poco significativo (+4,8 por ciento) ocurrió en 1965 (6.552,5), el descenso mayor observado en el período estudiado (-21,6 por ciento) sucedió en 1966 (5.134,5).

La TEFE nos permite observar a los grupos de edad que experimentaron los cambios. Pero debemos mencionar que estas tasas se ven afectadas por

errores de la muestra mayores que el error de la TGF, y que por ello no pueden considerarse en su valor literal. Además, por basarse en un número pequeño de mujeres, algunas de sus variaciones pueden representar fluctuaciones periódicas de la fecundidad en las cuales los aumentos y descensos se alternan cada año (tal y como sospechamos que sucede para el grupo de 40 a 44 años de edad). Sin embargo, tanto en 1964 como en 1966 ocurrió un cambio importante en casi todas las TEFE.

Consideraremos de preferencia el descenso en la fecundidad que se observó en 1966, por ser el mayor y porque puede representar un efecto del programa de planificación familiar. Los cambios que se observaron en 1964 se discuten a continuación.

Clasificación de la muestra

Según nuestro diseño de investigación, la muestra se clasificará en términos de asistencia a la clínica de planificación familiar y de uso de anticonceptivos, y se elaborará un análisis comparativo de la fecundidad de los grupos que resultó de esta clasificación, para descubrir si el descenso de la fecundidad en 1966 es un efecto del programa de planificación familiar.

Suponiendo que los nacimientos ocurren en el décimo mes que sigue a la concepción, los bebés nacidos en 1966 debieron haber sido concebidos entre abril de 1965 y marzo de 1966. Considerando este supuesto, el uso de la anticoncepción eficaz entre estas fechas se define como *protectora*. Únicamente el DIU, las píldoras y la esterilización se incluyeron como anticonceptivos eficaces en esta definición.

Se definieron tres grupos: “pacientes”, “otras mujeres protegidas” y “mujeres no protegidas”.

Pacientes. Este grupo abarca a todas las mujeres de la muestra que acudieron a la clínica de planificación familiar entre abril de 1965 y marzo de 1966,³ sin importar que usaran o no algún anticonceptivo eficaz en ese período. Considerando que en 1966 la fecundidad de esas mujeres se encontraba bajo el influjo directo del programa, hasta qué punto ellas hayan ocasionado el descenso de la fecundidad en 1966 representará la medida en la cual ese descenso es efecto del programa.

Otras mujeres protegidas (OMP). Este grupo abarca a todas las mujeres que utilizaron anticonceptivos eficaces en cualquier período entre abril de 1965 y marzo de 1966. Por haber regulado su fecundidad en 1966 —aunque no con el programa—, representan otra fuente potencial para explicar el descenso de la fecundidad ocurrido en ese año.

Mujeres no protegidas (MNP). Este grupo consta de todas las mujeres que restan de la muestra. Dado que estas mujeres no usaron anticonceptivos en el período de abril de 1965 a marzo de 1966, no se espera que expliquen parte alguna

del descenso de la fecundidad en 1966. Si lo hacen, entonces el descenso lo deben explicar otros factores además de la adopción de la planificación familiar.

La información requerida para clasificar a las mujeres en uno de los tres grupos previamente definidos se obtuvo de sus respuestas a las preguntas sobre uso de anticonceptivos y sobre asistencia a la clínica.

De la muestra total, 16 por ciento se clasificó en el grupo de pacientes. Casi todas estas mujeres eran usuarias del DIU; algunas tomaban pastillas y eran muy pocas las que no habían utilizado ningún anticonceptivo eficaz de abril de 1965 a marzo de 1966.

Del total de la muestra, 12 por ciento se clasificó en el grupo de OMP; 60 por ciento se esterilizó y el resto era básicamente usuaria de píldoras. La mayoría (85 por ciento) se volvió usuaria de anticonceptivos eficaces antes de abril de 1965, aun antes de que el programa de planificación familiar comenzara. Según esto, la mayor parte de las OMP también estaba protegida para no parir en 1965; además, algunas estaban protegidas para no parir en 1964, y así sucesivamente.

Debe mencionarse que ello no es necesariamente cierto en el caso de los otros dos grupos, pues algunas pacientes pudieron haber estado protegidas en 1965 o antes, y otras pudieron haber estado desprotegidas en esos años. Igualmente, algunas MNP se pudieron haber protegido en 1965 o antes, y otras pudieron no haber estado protegidas en esos años. Volveremos sobre este punto cuando hablemos del descenso de la fecundidad en 1964.

TEFE, TGnF y TGF 1962-1966 para las pacientes OMP y MNP

Se calculó la TEFE, TGnF y TGF de los años 1962 a 1966 para cada uno de los tres grupos en los que se dividió la muestra utilizando un procedimiento similar al descrito en la sección sobre metodología.⁴ Para cada tasa de los años 1963-1966, el cambio con respecto al año anterior se expresó en porcentaje. Estos datos y tasas aparecen en los cuadros 2, 3 y 4. En la figura 1 se ilustra mejor la TGF para estos grupos, tanto como para la muestra total.

En 1962, las pacientes mostraban elevadas tasas de fecundidad con pequeñas fluctuaciones entre 1962-1963. En esos años, la TGF se encontraba a un nivel de entre 12.000 y 14.000. En 1966, la fecundidad de las pacientes manifiesta una marcada e importante reducción, en donde la TGF desciende al nivel de 3.000.

El monto de este cambio puede comprenderse mejor si se considera que la TEFE para 1962-65 implicaba que una mujer tendría entre 12 y 14 hijos antes de cumplir 45 años; mientras tanto, si observaba el patrón de la TEFE se esperaba que llegaría a tener sólo tres antes de llegar a esa edad.

Para 1962 y 1963 el grupo de OMP muestra una fecundidad elevada. La TGF para estos años es de 10.000-11.000. Este valor, siendo alto, es menor que la TGF de las pacientes en esos años. En 1964, las OMP presentan una reducción

Cuadro 2. Tasas específicas de fecundidad por edad, por grupo de edad; tasas generales de fecundidad; tasas globales de fecundidad; y porcentaje, para las "pacientes" de la comunidad de San Gregorio, Santiago, Chile, 1962-1966

Edad	1962				1963				1964				1965				1966			
	M	NV	TEFE	% Cb	M	NV	TEFE	% Cb	M	NV	TEFE	% Cb	M	NV	TEFE	% Cb	M	NV	TEFE	% Cb
15-19	29	12	413,8	+1,4	31	13	419,4	+1,4	25	11	392,9	-6,3	19	11	578,9	+47,3	14	3	214,3	-63,0
20-24	48	16	400,0	-54,4	38	21	617,6	-54,4	29	11	379,3	-38,6	31	16	516,1	+36,0	29	1	34,5	-93,3
25-29	43	19	441,9	+2,4	42	19	452,4	+2,4	45	20	444,4	-1,8	45	23	511,1	+15,0	43	8	186,0	-63,6
30-34	45	23	511,1	-28,9	44	16	363,6	-28,9	46	17	369,6	+1,6	42	10	238,1	-35,6	42	6	142,9	-40,0
35-39	16	9	562,5	-52,1	26	7	269,2	-52,1	26	8	307,7	+14,3	35	17	485,7	+57,8	40	1	25,0	-91,9
40-44	2	1	500,0	0	4	2	500,0	0	8	4	500,0	0	9	4	444,4	-11,1	13	0	0	-100,0
TGnF	175	80	457,1	-5,7	181	78	430,9	-5,7	182	71	390,1	-9,5	181	81	447,5	+14,7	181	19	105,0	-76,5
TGF	14.146,5				13.111,0				11.969,5				13.871,5				3.013,5			

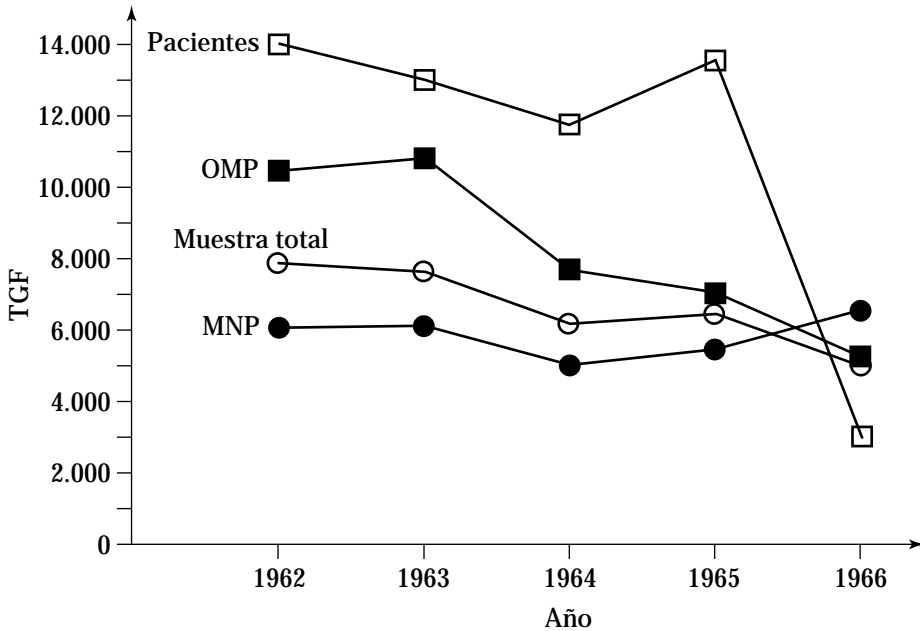
Cuadro 3. Tasas específicas de fecundidad por edad, por grupo de edad; tasas generales de fecundidad; tasas globales de fecundidad; y porcentaje de cambio, para las otras mujeres protegidas de la comunidad de San Gregorio, Santiago, Chile, 1962-1966

Edad	1962				1963				1964				1965				1966			
	M	NV	TEFE	% Cb	M	NV	TEFE	% Cb	M	NV	TEFE	% Cb	M	NV	TEFE	% Cb	M	NV	TEFE	% Cb
15-19	6	2	333,3	+80,0	5	3	600,0	+80,0	4	2	500,0	-16,7	3	2	666,6	+33,3	2	1	500,0	-25,0
20-24	17	8	470,6	+41,6	15	10	666,0	+41,6	12	5	416,7	-37,5	9	3	333,3	-20,0	6	2	333,3	0
25-29	25	14	560,0	-30,1	23	9	391,3	-30,1	20	6	300,0	-23,3	23	2	87,0	-71,0	22	3	136,4	+56,8
30-34	49	11	224,5	-7,2	48	10	208,3	-7,2	47	7	148,9	-28,5	41	5	122,0	-18,1	32	1	31,3	-74,3
35-39	32	12	375,0	-43,9	38	8	210,5	-43,9	40	4	100,0	-52,5	42	8	190,5	+90,5	45	4	88,9	-53,3
40-44	21	3	142,9	-33,4	21	2	95,2	-33,4	24	2	83,3	-12,5	24	1	41,7	-49,9	30	0	0	-100,0
TGnF	150	50	333,3	-16,0	150	42	280,0	-16,0	147	26	176,9	-36,8	142	21	147,9	-16,4	137	11	80,3	-45,7
TGF	10.531,5				10.859,5				7.744,5				7.205,5				5.449,5			

Cuadro 4. Tasas específicas de fecundidad por edad, por grupo de edad; tasas generales de fecundidad; tasas globales de fecundidad; y porcentaje de cambio, para las mujeres no protegidas de la comunidad de San Gregorio, Santiago, Chile, 1962-1966

Edad	1962				1963				1964				1965				1966			
	M	NV	TEFE	% Cb	M	NV	TEFE	% Cb	M	NV	TEFE	% Cb	M	NV	TEFE	% Cb	M	NV	TEFE	% Cb
15-19	157	17	108,3	+31,9	189	27	142,9	+31,9	217	29	133,6	-6,5	265	27	101,9	-23,7	286	36	125,9	+23,6
20-24	73	26	356,2	-19,8	84	24	285,7	-19,8	102	28	274,5	-3,9	113	26	230,1	-16,2	116	45	387,9	+68,6
25-29	87	22	252,9	+31,8	75	25	333,3	+31,8	69	13	188,4	-43,5	76	20	263,2	+39,7	87	20	229,9	-12,7
30-34	131	22	167,9	+43,3	133	32	240,6	+43,3	121	27	223,1	-7,3	113	32	283,2	+26,9	100	29	290,0	+2,4
35-39	117	19	162,4	+17,3	105	20	190,5	+17,3	125	24	192,0	+0,8	113	14	123,9	-35,5	123	18	146,3	+18,1
40-44	80	13	162,5	+7,4	95	7	73,7	-54,6	93	1	10,8	-85,3	101	11	108,9	+908,3	102	8	78,4	-28,0
TGnF	645	119	184,5	+7,4	681	135	198,2	+7,4	727	122	167,8	-15,3	781	130	166,5	-0,8	814	156	191,6	+15,1
TGF	6.051,0				6.333,5				5.112,0				5.556,0				6.292,0			

Gráfica 1. Cambios en la tasa global de fecundidad para la muestra total de la comunidad de San Gregorio, Santiago, Chile, 1962-1966.



en su fecundidad en la cual la TGF desciende a 7.000 —un nivel que casi se mantiene en 1965. Pero en 1966 aparece un nuevo descenso, no tan importante como la reducción en la fecundidad de las pacientes en ese año. Para 1966, la TGF de las OMP está en el rango de 5.000.

En comparación con los grupos anteriores, el grupo de MNP presenta una fecundidad baja en 1962, y manifiesta pequeñas fluctuaciones durante los siguientes cuatro años. El cambio más importante es un descenso observado en 1964. Durante los cinco años estudiados, la TGF está cercana al nivel de 5.000-6.000. La baja fecundidad de este grupo puede explicarse porque lo integran solteras, viudas y mujeres de parejas estériles. En sentido opuesto, las pacientes y grupos de OMP comprenden a mujeres casadas con una fecundidad probada. La hipótesis que puede sugerirse es que están protegidas precisamente por su alta fecundidad, y que los grupos de MNP no utilizan anticonceptivos porque la mayoría no requiere de protección. Este razonamiento se discutirá más adelante.

La gráfica 1 ilustra los cambios en la fecundidad de los tres grupos y en la muestra total durante 1962-66. La participación de cada uno de los grupos en el descenso de la fecundidad de la muestra total en 1964 y 1966 es claramente visible.

El descenso de la fecundidad en 1966 obedeció a un aumento moderado (+13,2 por ciento) en la fecundidad de las MNP, a un descenso moderado (-24,4 por ciento) en la fecundidad de las OMP, y a una dramática disminución (-78,3) en la fecundidad de las pacientes.

A pesar de que las pacientes representan únicamente 16 por ciento de la muestra total, la importancia del descenso sugiere que son ellas las principales responsables de la disminución de la fecundidad que se observa en la muestra total en 1966. Como las OMP experimentaron un descenso moderado y son relativamente pocas (12 por ciento de la muestra), la reducción de su fecundidad no parece ser suficiente para explicar, por un lado, una parte importante del descenso total de la fecundidad. Por otra parte, no hay duda de que las OMP no pueden ser responsables de este descenso, pues en 1966 lo son de un pequeño incremento en la fecundidad. Este razonamiento favorece la hipótesis de que el programa es la causa principal del descenso de la fecundidad en 1966; esta hipótesis se someterá a una prueba rigurosa en la sección en la que se analizará el descenso de la fecundidad en ese año.

En cuanto a la baja de la fecundidad de 1964, se integra por una disminución moderada (-8,7 por ciento) en la fecundidad de las pacientes, por un marcado descenso (-19,3) en la fecundidad de las MNP, y por un descenso todavía más marcado (-28,7 por ciento) en la fecundidad de las OMP.

Las pacientes no parecen ser responsables de una parte importante del descenso de la fecundidad de 1964, pues su disminución es moderada. Y aunque las OMP experimentaron una reducción importante, son relativamente pocas; por ser así, no parecen ser responsables de la mayor parte de la disminución. La hipótesis que se sugiere es que el grupo de las MNP es el responsable principal de la disminución, pues su reducción es considerable y como grupo es el mayor (72 por ciento de la muestra). Esta hipótesis se analizará más adelante.

Análisis del descenso de la fecundidad en 1966

Exposición teórica del modelo utilizado para el análisis. Se desarrolló un método para medir la proporción del descenso total de la fecundidad observada en 1966, que puede atribuirse a cada uno de los grupos en los cuales se dividió la muestra,⁵ así como para medir el monto del cambio inducido por cada grupo.

En el método se separan cada uno de los posibles componentes de la variación total observada.⁶ En nuestro caso, la disminución total se dividirá en dos componentes agregados: (1) efecto de las pacientes, o la parte del cambio total que no se habría observado si las pacientes no hubieran cambiado; (2) efecto de las OMP, o la parte del cambio total que no se habría observado si las OMP no hubieran cambiado. Esto quiere decir que:

$$\text{Efecto total} = \text{Efecto del paciente} + \text{efecto de las OMP}^7 \quad (1)$$

Definición y cálculo de los efectos. Para calcular el efecto total y sus dos componentes, se tuvieron que definir y calcular dos o tres estimaciones de fecundidad.

Calcularemos la TGF que la muestra total habría presentado en 1966 si las pacientes hubieran mantenido la fecundidad que tenían en años anteriores, en lugar de disminuirla al adoptar la planificación familiar. El estimado tendrá el símbolo de $E_1(TGF)_t$ o, para abreviar, E_1 . La diferencia entre E_1 y el valor actual que presenta la TGF o muestra total en 1966, mide el efecto de las pacientes en la fecundidad de la muestra total. Si fuéramos a asignar al valor actual de la TGF de la muestra total en 1966 un símbolo de R (de "real"), el efecto de las pacientes sería el mismo que en la fórmula (2):

$$\text{Efecto de la paciente} = R - E_1 \quad (2)$$

El cálculo de E_1 y el método que se siguió se presentan en el cuadro 5.

Ahora, E_1 es 6.866,4; esto es, la TGF para la muestra total en 1966 habría sido 6.866,4, en vez de 5.134,5 si el programa no hubiera reducido en 1966 la fecundidad de las pacientes.

El efecto del programa es entonces:

$$\text{Efecto del programa} = 5.134,5 - 6.866,4 = -1.731,9 \quad (3)$$

Esto quiere decir que en 1966 las pacientes han reducido la fecundidad de la muestra total en 1.731,9 puntos.

Ahora estimaremos la TGF para la muestra total en 1966, dado el caso que las OMP hubieran mantenido para ese año la fecundidad que tenían en 1965, en vez de disminuirla como realmente sucedió. El símbolo para este estimado será $E_2(TGF)_t$ o, para abreviar, E_2 .

La diferencia entre E_2 y el valor real de la TGF de la muestra total en 1966 (R) mide el efecto de las OMP en la fecundidad de la muestra total. Esto quiere decir que:

$$\text{Efecto de las OMP} = R - E_2 \quad (4)$$

El cálculo de E_2 y el método que se siguió se presentan en el cuadro 6.

Aquí, E_2 es 5.340,4; esto es, la TGF para el total de la muestra en 1966 hubiera sido 5.340,4 en vez de 5.134,5 si las OMP no hubieran reducido su fecundidad en 1966. El efecto de las OMP es como sigue:

$$\text{Efecto de las OMP} = 5.134,5 - 5.340,4 = -205,9 \quad (5)$$

Esto significa que las OMP han reducido la fecundidad de la muestra total de 1966 en 205,9 puntos.

Siguiendo la naturaleza agregada del modelo, el cambio total observado es:

$$\text{Efecto total} = 1.731,9 + -205,9 = -1.937,8 \quad (6)$$

Lo anterior significa que el efecto combinado de las pacientes y las OMP ha sido la reducción de la TGF de la muestra total de 1966 en 1.937,8 puntos. De este modo, se da por hecho que la mayor parte del descenso es un efecto del programa; pero procedamos a una elaboración adicional de esta información.

Cuadro 5. Cálculo de la tasa global de fecundidad¹.

Edad	Pacientes		Total muestra	
	$E(\text{TEFE})_p$	$E(\text{NV})_p$	$E_1(\text{NV})_t$	$E_1(\text{TEFE})_t$
15-19	451,24	6,32	43,32	143,44
20-24	478,27	13,87	60,87	403,11
25-29	462,45	19,89	42,89	282,17
30-34	370,61	15,57	45,57	261,90
35-39	406,28	16,25	38,25	183,89
40-44	486,11	6,32	14,32	98,76

$$E_1(\text{TTF})_t = 6.866,4.$$

Nota: En 1966, se supuso que la TEFE de cada grupo de edad de las pacientes sería igual al promedio de la TEFE del mismo grupo de edad durante 1962-1966 (ver la nota en el cuadro 6). Estos promedios se ingresaron en la columna $E(\text{TEFE})_p$. Multiplicándolos por el número correspondiente de pacientes en cada grupo de edad en 1966 (M del cuadro 2), y dividiéndolos entre 1.000, se obtuvo el número estimado de nacidos vivos en 1966 en cada grupo de edad de las pacientes ($E\{LB\}_p$). Estos valores se agregaron al número correspondiente de nacidos vivos para 1966 en los grupos de OMP y MNP (NV de los cuadros 3 y 4), de donde resultó el estimado 1 del número de nacidos vivos para la muestra total en 1966: $E_1(\text{NV})_t$. Al dividir estos valores entre el número correspondiente de mujeres en cada grupo en la muestra total de 1966 (M en el cuadro 1), y multiplicarlos por 1.000, se obtuvo el estimado 1 de la TEFE para el total de la muestra en 1966 ($E_1(\text{TEFE})_t$). En términos de estas tasas, se calculó el estimado 1 de la TGF para la muestra total.

Cuadro 6. Cálculo de la tasa de fecundidad total².

Edad	Otras mujeres protegidas		Total muestra	
	$E(\text{TEFE})_{omp}$	$E(\text{NV})_{omp}$	$E_2(\text{NV})_t$	$E_2(\text{TEFE})_t$
15-19	666,67	1,33	40,33	133,54
20-24	333,33	2,00	48,00	317,88
25-29	86,96	1,91	29,91	196,77
30-34	111,95	3,90	38,90	223,56
35-39	190,48	8,57	27,57	132,54
40-44	41,67	1,25	9,25	63,79

$$E_2(\text{TTF})_t = 5.340,4.$$

Nota: Se dio por sentado que la TEFE de cada grupo de edad de las OMP para 1966 sería igual a la TEFE del mismo grupo de edad en 1965 (TEFE del cuadro 3). La fecundidad de las pacientes presentó un incremento en 1965 hasta casi alcanzar su nivel más alto en cuatro años. Según esto, se esperaba un pequeño descenso natural para 1966 exento de influencias exteriores. Es por esta razón que la fecundidad promedio para los años 1962-1963 se utilizó para estimar la fecundidad de las pacientes en 1966. Pero el caso de las OMP fue distinto. Estas mujeres muestran una clara y continua tendencia a disminuir en 1963-1965, y no había razones para esperar un incremento natural en 1966. Por ese motivo, su fecundidad de 1965 se usó para estimar su fecundidad de 1966, en vez de recurrir al promedio de los cuatro años anteriores.

Estos valores aparecen en la columna $E(\text{TEFE})_{omp}$. Multiplicando estos valores por el número correspondiente de OMP en cada grupo de edad en 1966 (M del cuadro 4) y dividiendo entre 1.000 el número estimado de nacidos vivos en cada grupo de edad de las OMP en 1966, se obtuvo el $E(\text{NV})$. Estos valores se agregaron al número real de nacidos vivos en 1966 en cada grupo de edad de las pacientes y las MNP (NV de los cuadros 2 y 4) para obtener el estimado 2 del número de nacidos vivos en cada grupo de edad de la muestra total en 1966. $E_2(\text{NV})_t$. Dividiendo estos valores entre el número de mujeres en cada grupo de edad de la muestra total en 1966 (M del cuadro 1) y multiplicando por 1.000, se obtuvo el estimado 2 de la TEFE para el total de la muestra en 1966: $E_2(\text{TEFE})_t$. En términos de estas tasas, se calculó el estimado 2 de la TGF para la muestra total de 1966.

El efecto total representa la diferencia entre el valor real observado para la TGF de la muestra total en 1966 (R), y la TGF que se habría observado en la muestra total de 1966 en caso de que ni las pacientes ni las OMP hubieran reducido su fecundidad en ese año. Si a este último estimado lo denominamos E_3 , el efecto total puede ahora calcularse como:

$$R - E_3 \quad (7)$$

Pero E_3 puede calcularse directamente de los datos, como se hizo en el caso del cuadro 7, en donde se explica el método que se utilizó. De este modo, E_3 es 7.072,3; esto es, la TGF para la muestra total de 1966 hubiera sido 7.072,3, y no 5.134,5, si ninguna de las pacientes o las OMP hubieran reducido su fecundidad en 1966. El efecto total es $5.134,5 - 7.072,3 = -1.937,8$

Este procedimiento nos ha llevado a verificar la consistencia del modelo y a examinar cálculos previos. Pero también ha representado una línea base en términos de cuáles efectos se pueden interpretar.

El efecto total de 1.937,8 puntos puede ahora interpretarse como un descenso de una fecundidad estimada en condiciones no alteradas de 7.072,3, a una fecundidad real producida por los cambios de los dos grupos, de 5.134,5, lo cual puede expresarse como un cambio de porcentaje:

$$\text{Total del descenso del porcentaje} = \frac{1.937,8}{7.072,3} \cdot 100 = 27,4 \text{ por ciento} \quad (8)$$

En otras palabras, el descenso de la fecundidad en la muestra de 1966 fue de 27,4 por ciento.

El efecto de 1.731,9 puntos de las pacientes puede interpretarse como una disminución de la fecundidad estimada bajo condiciones que no cambiaron - 7.072,3. Si se expresa como porcentaje tenemos:

$$\begin{aligned} \text{Disminución del porcentaje de las pacientes de la TGF de la muestra total} \\ = \frac{1.731,9}{7.072,3} \cdot 100 = 24,5 \text{ por ciento} \end{aligned} \quad (9)$$

Las pacientes han producido 24,5 por ciento del descenso de la fecundidad en la muestra total. Igualmente, tenemos:

$$\begin{aligned} \text{Disminución del porcentaje de las OMP de la TGF de la muestra total} \\ = \frac{205,9}{7.072,3} \cdot 100 = 2,9 \text{ por ciento} \end{aligned} \quad (10)$$

Las OMP han producido un descenso de 2,9 por ciento en la fecundidad de la muestra total.

Cuadro 7. Cálculo de la tasa global de fecundidad.

Edad	$E_3(NV)_t$	$E_3(TEFE)_t$
15-19	43,65	144,54
20-24	60,87	403,11
25-29	41,80	275,00
30-34	48,47	278,56
35-39	42,82	205,87
40-44	15,57	107,38

$$E_3(TEFE)_t = 7.072,3.$$

Nota: El número estimado de nacidos vivos en 1966 para cada grupo de edad en las pacientes y las OM, $E(NV)_p$ y en $E(NV)_{omp}$ (de los cuadros 5 y 6), se sumó al número real de nacidos vivos correspondiente a cada grupo de edad de las MNP en 1966 (NV del cuadro 4), para obtener el estimado 3 del número de nacidos vivos para cada grupo de edad en la muestra total de 1966: $E_3(NV)_t$. Dividiendo estos valores entre el número de mujeres en cada edad, y multiplicándolos por 1.000, se obtuvo el estimado 3 de la TEFÉ para la muestra total $E_3(ASFR)_t$ y, en términos de ellos, el estimado 3, tasa global de fecundidad, para el total de la muestra.

Hasta ahora hemos estado midiendo la magnitud absoluta y el porcentaje de cada efecto, pero no hemos estimado todavía “la proporción del efecto total que cada grupo ha causado”. Procedamos ahora con este cálculo.

Considerando que las pacientes han producido un descenso de 1.731,9 puntos como parte de una disminución total de 1.937,8, tenemos:

$$\begin{aligned} &\text{Proporción de las pacientes en la disminución total} \\ &= \frac{1.731,9}{1.937,8} \cdot 100 = 89,4 \text{ por ciento} \end{aligned} \quad (11)$$

Las pacientes son responsables de 89,4 por ciento del descenso total de la fecundidad en el total de la muestra observada en 1966. Igualmente, las OMP, en quienes recae una disminución de 205,9 puntos de un total de 1.937,8, son responsables de 10,6 por ciento.

Proporción de OMP en la disminución total

$$= \frac{205,9}{1.937,8} \cdot 100 = 10,6 \text{ por ciento} \quad (12)$$

De estos últimos cálculos resulta obvio que la responsabilidad principal por la disminución de la fecundidad que se observa en la muestra total en 1966 recae en las pacientes; dicho de otro modo, la principal causa del descenso en la fecundidad observado en 1966 es el programa de planificación familiar.

Discusión

Nuestros datos demuestran que un programa de planificación familiar ha reducido de manera notable la fecundidad de una comunidad obrera en Santiago después de solamente 13 meses de operación. Sin embargo, estamos conscientes de que este resultado y el método mediante el cual se obtuvo pueden dar origen a objeciones de diverso tipo, algunas de las cuales se comentan a continuación.

Número relativo de mujeres protegidas por el programa

El monto del cambio puede parecer sorprendentemente alto para un programa que ha protegido únicamente a 16 por ciento de las mujeres en edad reproductiva (15-44 años). Sin embargo, el número relativo de mujeres protegidas por un programa no es el único factor que determina el monto del cambio que un programa tal puede inducir en la población total. Existen por lo menos otros dos factores que deben tomarse en cuenta: la eficacia del anticonceptivo prescrito y la fecundidad previa de quienes lo adoptan. Por un lado, entre más alta sea la eficacia del anticonceptivo utilizado, mayor será el número de nacimientos que se evitarán en un grupo en particular. Por otra parte, los nacimientos en una comunidad no se distribuyen equitativamente entre mujeres de todas las edades, estados civiles, niveles de educación y demás, sino que se concentran en las mujeres con menos educación que tienen entre 20 y 35 años. En consecuencia, la protección a un cierto número de mujeres casadas que tengan entre 20 y 35 años evitará un número mucho mayor de nacimientos que los que logre evitar la protección del mismo número de viudas de 40 a 49 años de edad, o de muchachas solteras menores de 20 años.

Las 181 “pacientes” de San Gregorio habían tenido 81 hijos nacidos vivos en 1965, y solamente 19 en 1966; de ahí que su protección haya resultado en la prevención de 62 nacidos vivos en la comunidad. El mismo número de mujeres del grupo de MNP tenía solamente 5,6 nacidos vivos en 1965, y aun en el caso de que hubieran estado protegidas 100 por ciento con una anticoncepción eficaz, su protección habría resultado en la prevención de 5,6 nacidos vivos únicamente.

El número relativo de mujeres que fueron protegidas por el programa (16 por ciento) se calculó en términos del número total de mujeres en la muestra, y no en términos del número de mujeres que necesitan protección.

En la muestra encontramos a 465 mujeres que eran viudas, estériles o que estaban solteras y que no requerían protección; todas ellas pertenecían al grupo de MNP. Por consiguiente, el número de mujeres que necesitan protección es igual al número total de la muestra menos 465. De ahí que $1.132 - 465 = 667$. Entonces el porcentaje de mujeres protegidas por el programa puede calcularse como $\frac{181}{667} \cdot 100 = 27,1$ por ciento. Creemos que el lector estará mejor informado si le señalamos que el programa protegió a 27,1 por ciento de las mujeres que necesitan ser protegidas, en vez de decir que el programa protegió a 16 por ciento de todas las mujeres de la muestra en edad reproductiva.

Todo lo anterior tiende a probar que el Programa de Planificación Familiar de San Gregorio fue capaz de reducir la fecundidad de la comunidad en 1966 porque ofreció solamente anticonceptivos eficaces a las mujeres que acudieron a la clínica, y porque logró seleccionar exitosamente a las mujeres de la comunidad con la más alta fecundidad previa (figura 1, cuadros 1-4); se evitó así un número considerable de nacimientos mediante la protección de un número relativamente bajo de mujeres.

El enfoque de la historia de embarazos

Los datos acerca de la fecundidad que se obtuvieron mediante el enfoque de historia de embarazos pueden estar afectados por errores de recuerdos que se incluyen en la línea de sub-registro de nacimientos (particularmente de aquellos bebés que vivieron unos meses solamente). Si los nacimientos estaban sub-registrados por errores de recuerdo, el error no debería ser mayor para los años 1962-65 en comparación con 1966. En consecuencia, el método habría subestimado el descenso de la fecundidad que se observó en 1966, y el programa sería responsable de un descenso del porcentaje aún mayor a 24,5 por ciento. Por otro lado, nuestra encuesta de 1965 arrojó para 1964 una TGF para el total de la muestra de 5.474, mientras que la historia de embarazos de 1967 (basada en una muestra distinta), arrojó para 1964 una TGF para el total de la muestra de 6.251. Ambos valores son ligeramente diferentes, pues son menores que la TGF obtenida a través del enfoque de historia de embarazos.

Por consiguiente, los datos de la historia de embarazos se vieron ligeramente afectados, o bien no fueron afectados del todo, por errores de recuerdo, al menos para los tres años previos a la fecha de la encuesta; y en caso de haberse visto afectados, el programa hubiera tenido un efecto mayor del que aquí se reporta.

El descenso de la fecundidad en 1964

La fecundidad de la muestra total descendió en 1964 en ausencia de un programa de planificación familiar y en una proporción similar a la que se manifestó en 1966. Debe observarse que cualquiera que sea la validez de esta objeción y el significado del descenso de la fecundidad de 1964, los resultados que aquí se han presentado, demostrando que el programa de planificación familiar redujo la fecundidad de San Gregorio en 1966, no se invalidan. Esta objeción se limita a mostrar que la fecundidad de una comunidad puede modificarse sin un programa de planificación familiar organizado.

Al tratar de buscar los factores que pudieron haber influido en el descenso de la fecundidad de 1964 y su significado, se hizo un análisis más profundo de ese cambio.

Para medir la magnitud del descenso de 1964, estimamos la TGF que la muestra total habría presentado en 1964 si ninguna de las pacientes, las OMP o las MNP hubieran reducido su fecundidad en ese año. Este valor es de 7.801,0.⁸ Dado que el valor real de la TGF para 1964 es de 6.251,0, el descenso total observado es de 1.550 puntos, o 19,9 por ciento. Este resultado muestra que el descenso de 1964 no es tan importante como la reducción que se observó en 1966, que fue de 27,4 por ciento.

El efecto total se subdividió en tres componentes, que corresponden a los tres grupos que se clasificaron según su asistencia a la clínica y uso de anticonceptivos en el período de abril de 1965 a marzo de 1966.⁹ Se observó que

a las pacientes se les podía atribuir solamente 4,4 por ciento del descenso de la fecundidad; que las OMP responden por 6,5 por ciento de la disminución; y que las MNP son las mayormente responsables, con 9,0 por ciento.

Lo anterior confirma que el descenso de 1964 fue producido por las MNP básicamente, tal y como lo sugiere la figura 1. Se puede comprender mejor que este grupo haya sido responsable de un descenso de la fecundidad en 1964 si recordamos que con anterioridad a 1964 las MNP no estaban necesariamente desprotegidas.

En la gráfica 1 se observa también que tanto las pacientes como las MNP recuperaron en los siguientes años la fecundidad que tenían antes de 1964, mientras que las OMP fueron el único grupo que siguió reduciendo su fecundidad.

San Gregorio y el resto de Santiago pudieron haber estado bajo la influencia de los medios masivos de comunicación, que por primera vez en 1963 apoyaron la planificación familiar y la anticoncepción moderna. Puede sugerirse la hipótesis de que el descenso de la fecundidad en 1964 lo produjeron algunas mujeres de los tres grupos que comenzaron a utilizar anticonceptivos en 1963 careciendo de un programa organizado. Como sería de esperarse, solamente un pequeño grupo continuó usando anticonceptivos en los siguientes años (las OMP); los otros los discontinuaron ante el primer fracaso. Algunas de estas mujeres reiniciaron el uso de anticonceptivos cuando apareció el programa organizado de San Gregorio.

Si esta explicación fuera válida, el descenso de la fecundidad en 1964 habría sido, en gran medida, un cambio temporal producido por el primer ensayo de uso de anticonceptivos modernos de parte de un gran número de mujeres en San Gregorio. Por otra parte, la reducción de la fecundidad en 1966 representa un descenso mayor que fue producido por la franca adopción de la planificación familiar que decidió un número relativamente pequeño de mujeres.

Puede argumentarse también que en los años posteriores a 1966 las pacientes recuperarán su fecundidad previa. La nueva encuesta de 1969 nos ofrecerá datos para contestar a ésta y a otras preguntas acerca de los efectos sobre la fecundidad de la comunidad del segundo y tercer años del programa de planificación familiar.

Supuestos que subyacen al estimado del efecto del programa

El efecto del programa se estimó suponiendo que sin su influencia las pacientes habrían mantenido la misma fecundidad que tenían en años previos. Pero hemos visto que los programas de planificación familiar organizados no constituyen el único recurso para modificar la fecundidad. Por ejemplo, el descenso en la fecundidad de las OMP en 1966 puede ser el resultado de factores ajenos al programa, tales como el cambio general en las actitudes hacia, y la práctica, de la anticoncepción moderna que se ha observado en Santiago en los últimos años. Al grado en que estos factores pudieron haber influido sobre las pacientes, tiene

que suponerse que en ausencia del programa de planificación familiar habrían reducido su fecundidad en una tasa similar a la de las OMP, en lugar de mantenerla.

Esta objeción nos lleva a estimar la TGF que la muestra habría presentado en 1966 si las pacientes hubieran reducido su fecundidad en ese año en la misma proporción que lo hicieron las OMP desde 1963 (siempre que las MNP y las OMP se hubieran comportado del modo como en realidad lo hicieron).

El cálculo de este estimado arrojó 6.411,0; esto es, la TGF para la muestra total de 1966 habría sido 6.411,0 en vez de 5.134,5 si las pacientes hubieran reducido su fecundidad en la misma proporción que las OMP, en lugar de la tasa a la cual la hicieron con el programa de planificación familiar.

La diferencia entre 6.411,0 y 5.134,5, es decir, 1.276,5 o un descenso de 19,9 por ciento, es nuestro estimado más conservador del cambio que el programa indujo en la TGF de la muestra total en 1966. Empero, esta fecundidad estimada para 1966 supone que las pacientes redujeron su TGF de 13.871,5 en 1965 (cuadro 2) a 10.301 en 1966¹⁰ sin un programa organizado de planificación familiar. Lo anterior es difícil de creer porque la reducción observada en los años previos nunca llegó a un tercio del descenso que se supuso para 1966.

Aun aceptando esta objeción, el programa de planificación familiar habría sido la causa de 19,9 por ciento del descenso de la fecundidad de la muestra total, y el programa sería todavía el mayor factor responsable por el cambio en la fecundidad que se observó en 1966.

Notas

1. D. J. Bogue, "Inventory, Explanation, and Evaluation by Interview of Family Planning Motives-Attitudes-Knowledge-Behavior" (ponencias presentada en la Conferencia Internacional de Programas de Planificación Familiar, Ginebra, Suiza, 23-27 de agosto, 1965).
2. El diseño de la muestra corresponde entonces a una muestra estratificada apiñada con asignación proporcional.
3. La primera paciente que acudió a la clínica de anticoncepción de San Gregorio lo hizo el 9 de marzo de 1965. Todas las pacientes que acudieron a la clínica entre el 9 y el 31 de marzo de 1965 regresaron después y, por lo tanto, se les incluye como pacientes. El grupo de pacientes abarca entonces a todas las mujeres que acudieron a la clínica en los primeros 13 meses calendario de operación del programa de planificación familiar.
4. Se introdujo una ligera aproximación en el cálculo de años-persona: cada mujer se clasificó directamente como un año-persona en el grupo de edad correspondiente a cada edad en la que ella estaba al final de cada año calendario.
5. El método puede usarse para estudiar las causas de cualquier cambio en la fecundidad sobre la base de una subdivisión de la muestra en diferentes grupos que representan fuentes potenciales de cambio en la fecundidad, y que se determinan por la hipótesis en la que se basa el estudio.
6. Al desarrollar el método tomamos prestados algunos términos que se usan en los análisis de variación. Confiamos en que ello no se preste a confusión. Aunque el

“efecto total” se subdivide en “efectos agregados” debido a distintas “fuentes de variación”, en nuestro método no se calculan ni subdividen las variaciones.

7. El grupo de las MNP podría haber sido incluido como fuente de variación; pero lo hemos omitido porque nos interesa explicar el “descenso” y este grupo no participa en él. En cualquier caso, el efecto de las MNP fue insignificante. Al omitirlo tenemos la ventaja de simplificar el análisis.
8. Las tablas correspondientes se omitieron para ahorrar espacio.
9. Estamos conscientes de que el grupo debiera clasificarse según el uso de anticonceptivos en el período de abril de 1963 a marzo de 1964, pero ello es irrelevante en este documento. Nos interesa más la evolución en el tiempo de los tres grupos en los que se subdividió la muestra de 1966.
10. La TGF que las pacientes habrían presentado en 1966 si hubieran reducido su fecundidad previa en la misma tasa que las OMP es 10.301. Se calculó aplicando el porcentaje promedio de reducción de la TEFÉ de las OMP desde 1963 a la TEFÉ de las pacientes estimadas, como en el cuadro 5.

COMENTARIOS INTRODUCTORIOS

Prescripción de anticonceptivos orales hecha por parteras auxiliares. Un proyecto experimental en Tailandia

Allan G. Rosenfield y Charoon Limcharoen

Cuestión programática: *La cuestión que motivó el diseño de este proyecto fue la escasez de médicos y de personal de salud en general, que constituía un serio obstáculo para la entrega de servicios de salud y de planificación familiar en los países en desarrollo. Existían algunas evidencias de que las enfermeras y el personal auxiliar eran suficientemente competentes para recetar el DIU y los anticonceptivos orales.*

Procesos/componentes programáticos: *El Programa Nacional de Planificación Familiar de Tailandia se inició en 1968 utilizando el sistema de atención a la salud existente, sus instalaciones y su personal. Como había una escasez de médicos y enfermeras, pero una abundancia relativa de parteras auxiliares, en 1969 se diseñó este proyecto con el fin de someter a prueba el empleo de las parteras para recetar anticonceptivos orales reemplazando los servicios médicos en las zonas rurales de Tailandia.*

Diseño de la investigación: *El proyecto se diseñó para poner a prueba si las clientes experimentarían algún riesgo para su salud si las parteras auxiliares les recetaban pastillas, y si la cercanía de las parteras a las parejas de áreas rurales incrementaría el número de aceptantes de anticonceptivos. De las 17 provincias en donde operaba el programa de planificación familiar, se seleccionaron cuatro en las que las parteras tendrían la facultad de recetar pastillas; las 13 restantes se asignaron como provincias de control. Las parteras fueron capacitadas para usar una lista de verificación que registraba aquello que era relevante en la historia clínica de la usuaria y su estado actual. Si cualquiera de los casi 20 puntos de la lista —como fuertes dolores de cabeza, flujo de los pezones, presión arterial elevada o azúcar en la orina— eran positivos, la partera refería a la mujer con un médico.*

Hallazgos: *En los seis meses que siguieron al inicio del proyecto, el número de aceptantes de anticonceptivos orales se incrementó en 395 por ciento en las cuatro provincias seleccionadas, en comparación con los seis meses anteriores. En las 13 provincias control, el incremento comparable fue de 29 por ciento. Además, las tasas de continuidad de las aceptantes de anticonceptivos a los seis y 12 meses fueron mayores entre las mujeres que fueron atendidas por las parteras auxiliares, en comparación con las que atendieron los médicos, y sus tasas de*

continuidad fueron más altas que las que existían antes. Más aún, no se registró un incremento ni en los efectos secundarios, ni en las complicaciones.

Respuestas del programa a los hallazgos *Los resultados de este proyecto motivaron al Ministerio de Salud a decidir que las parteras auxiliares capacitadas podrían prescribir las pastillas anticonceptivas en todo el país utilizando la lista de verificación. De esta forma, a mediados de 1970, el número de clínicas que ofrecían un método de planificación familiar eficaz aumentó de 350 a 3.500. El número de aceptantes mensuales de pastillas aumentó de 8.800 en abril de 1970, a 31.000 en diciembre de 1971, y se atribuyó a las aceptantes de pastillas 71 por ciento del número total de aceptantes.*

Discusión: *Rosenfield y Limcharoen concluyen que los resultados del estudio son “una clara demostración del efecto de acercar los servicios a la gente”. Los autores consideran también que este procedimiento se justifica tomando en cuenta los riesgos de la anticoncepción oral en comparación con los riesgos de los embarazos: “La salud de las madres y de los niños mejorará, pues está claro que las tasas de morbilidad y de mortalidad materno-infantil son más elevadas entre mujeres multíparas, especialmente cuando hay muchos niños con poco o nulo espacio intergenésico”. Para finalizar, los autores subrayan que el incremento en la utilización de personal paramédico y de enfermería es una necesidad absoluta para lograr una amplia prestación de servicios de planificación familiar.*

Prescripción de anticonceptivos orales hecha por parteras auxiliares. Un proyecto experimental en Tailandia

Allan G. Rosenfield y Charoon Limcharoen

En países de todo el mundo, uno de los mayores problemas a los que se enfrenta la provisión de servicios de salud y planificación familiar es la escasez de médicos.¹¹ En los países en vías de desarrollo, esta manifestación es particularmente cierta, pues el porcentaje de la población que vive en áreas rurales puede llegar a ser de hasta 80 por ciento, mientras la mayor parte de los médicos vive y trabaja en unos pocos centros urbanos. En Estados Unidos existe un médico por cada 700 habitantes; en Tailandia la proporción es de un médico por cada 7.000 habitantes. Pero también estas cifras son engañosas, pues en el caso de Tailandia la mitad de los médicos del país vive en Bangkok, ciudad en donde la proporción es de un médico por cada 1.000 habitantes; casi todo el resto vive en otras ciudades o en grandes poblados. En las áreas rurales hay un médico por cada 110.000 personas, aproximadamente.

Se ha considerado con gran atención el desarrollo de asistentes que, reemplazando a los médicos, puedan ofrecer los muy necesarios servicios de salud.^{5, 6, 12} En diversas zonas del mundo, incluyendo China, Rusia y países de África, se emplean hoy en día asistentes médicos de diverso tipo. En años recientes, Estados Unidos ha sido el escenario de una gran discusión respecto al empleo de dicho personal, y se han desarrollado diversos programas.^{8, 9, 15}

Hoy en día, los programas de planificación familiar tienen una alta prioridad en todo el mundo, no obstante lo cual mucha gente cree que los programas no se mueven tan rápido como debieran a fin de compensar las críticas consecuencias de las altas tasas de crecimiento de la población.^{3,4} Ciertamente, la grave escasez de personal médico vuelve extremadamente difícil la ejecución de programas de planificación familiar basados en los métodos anticonceptivos más eficaces, como la píldora y el dispositivo intrauterino (DIU). En un documento reciente se revisan las experiencias de diversos países que emplearon a enfermeras y a personal auxiliar de salud para prescribir anticonceptivos hormonales y para insertar el DIU.¹³ La conclusión fue que es

Reimpreso con autorización de Mosby-Year Book, Inc. de *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1972. 114,7: 942-949.

seguro y práctico que otras personas, además de los médicos, realicen esas labores. El informe sugiere que en ausencia de instalaciones adecuadas, de personal capaz de manejar las pruebas citológicas, y con sistemas de atención a la salud que enfrentan grandes limitaciones, se puede omitir sin mayor riesgo un examen pélvico previo a la prescripción de los anticonceptivos orales, aunque se recomendó el uso de una lista de verificación especial.

En Tailandia, las actividades de planificación familiar a escala nacional comenzaron en 1968 y se introdujeron como parte de los servicios de salud que ya existían. Incluso se utilizó el personal existente, en vez de emplear a trabajadores de planificación familiar de tiempo completo.¹⁴ No se dan incentivos al personal de campo ni a los aceptantes; por el contrario, a los pacientes que pueden permitirse hacerlo se les solicita un pequeño donativo (de hasta \$0,25 dólares por un ciclo de píldoras, \$1,00 dólar por un DIU, y \$7,50 dólares por una ligadura de trompas).

En 1969, el Programa Nacional de Planificación Familiar del Ministerio de Salud desarrolló un proyecto de investigación para poner a prueba el concepto del empleo de parteras auxiliares para prescribir anticonceptivos orales, ya que el número de médicos que suministraba los servicios necesarios en las zonas rurales de Tailandia era absolutamente insuficiente. En las áreas rurales hay una escasez similar de enfermeras-parteras, pero hay una abundancia relativa de parteras auxiliares que poseen un promedio de diez años de educación básica y a quienes se recluta predominantemente en áreas rurales. A estas mujeres se les capacita durante 18 meses en partería y en aspectos varios de enfermería en salud pública, enfatizando el servicio a áreas rurales fuera de las instalaciones hospitalarias. Las más de 3.500 parteras auxiliares que existen hoy en día alcanzan una proporción de una por cada 8.000 habitantes rurales. Tienden a permanecer en el poblado al que son asignadas y aparentemente prefieren vivir cerca de sus familias en vez de mudarse a ciudades más grandes en donde es más difícil encontrar trabajo (en las zonas urbanas la mayor parte de los partos ocurre en hospitales, en donde las parteras auxiliares no tendrían cabida). De este modo, las parteras auxiliares se mantienen relativamente cerca de la gente y más cerca, ciertamente, que casi cualquier otro personal de salud. Y algo muy importante, continúan trabajando después de que se casan y tienen hijos.

El proyecto de investigación fue diseñado básicamente para intentar probar dos hipótesis; a saber, que la prescripción de la píldora por parte de las parteras auxiliares no implicaba riesgo, y que cuando ellas mismas accedieran a parejas de zonas rurales se incrementaría de manera significativa el número de aceptantes de anticonceptivos orales. Del mismo modo, se esperaba que la cercanía de la partera auxiliar contribuiría a incrementar las tasas de continuidad de la píldora.

Material y métodos

En 1968, año de inicio del Programa Nacional de Planificación Familiar del Ministerio de Salud Pública, se capacitó al personal y se abrieron clínicas de planificación familiar en instalaciones que ya existían en 17 provincias al noreste y sur de Tailandia. Cuatro de las provincias que participaron en el estudio se eligieron al azar; las 13 restantes sirvieron como control.

El cuadro 1 muestra los datos de población de las cuatro provincias del estudio y las 13 de control, y también la información sobre instalaciones de salud en esas mismas provincias. Los hospitales provinciales se ubican en la capital de cada provincia; una de las provincias de control tenía, además, un segundo hospital ubicado en un poblado grande del distrito. En las clínicas de planificación familiar de los hospitales, los médicos son responsables de prescribir la píldora y de insertar el DIU. Los centros de salud se ubican en áreas rurales; los que disponen de un médico se localizan en los poblados más grandes de los distritos. Para fines comparativos, el cuadro 1 muestra también la proporción de las tres categorías de instalaciones de salud por cada 1.000.000 de personas; como puede observarse, había muchos menos centros de salud sin un médico en las cuatro provincias experimentales, en comparación con las provincias de control, mientras la proporción de los centros que contaba con un médico era similar en todas partes.

En las cuatro provincias experimentales había más de 160 parteras auxiliares que previamente habían tomado el curso básico de capacitación en planificación familiar, cuya duración era de una semana; en el curso se hacía hincapié en los dos métodos anticonceptivos más importantes que utilizaba el programa nacional (dispositivos intrauterinos y anticonceptivos orales), lo mismo que en los procedimientos de esterilización. En el material se subrayaban las contraindicaciones, los efectos colaterales y los rumores y temores más comunes relativos al DIU y a la píldora. Se creía que esta capacitación básica iba a ser suficiente y que no se necesitaría ningún otro entrenamiento. Por ello,

Cuadro 1. Datos de población e instalaciones de salud de las cuatro provincias del estudio y las 13 de control (1969)

	Cuatro provincias	13 provincias de control
Total de la población	2.231.500	8.940.000
Población femenina elegible	280.000	1.540.000
Número de hospitales	4	14
Núm. de hospitales por 1.000.000	1,8	1,6
Centros de salud con médicos	13	36
Centros de salud con médicos por cada 1.000.000	5,8	4,0
Centros de salud sin médicos	139	764
Centros de salud sin médicos por cada 1.000.000	62,3	85,5

Cuadro 2. Lista de verificación para el personal que prescribe los anticonceptivos orales*

	Sí	No
Historia: pregunte si la paciente ha tenido una historia de cualquiera de lo siguiente:		
Ojos o piel amarillos		
Protuberancia en el seno		
Descarga del pezón		
Hinchazón o dolor severo en las piernas		
Dolores severos en los senos		
Escasez de aire fuera de lo común después de un esfuerzo		
Dolores de cabeza severos		
Menstruaciones excesivas		
Frecuencia aumentada de menstruaciones		
Sangrado después del coito		
Examen: verifique lo siguiente:		
Color amarillento de la piel o los ojos		
Protuberancia en el pecho		
Descarga de los pezones		
Venas varicosas en las piernas		
Presión arterial (sí = más de 160)		
Pulso (sí = más de 120)		
Prueba de orina para azúcar		
Prueba de orina para proteína		

* Instrucciones: Si la paciente contesta a todo lo anterior en forma negativa puede recibir los anticonceptivos orales; pero si algún punto lo contesta afirmativamente, la paciente debe consultar a un médico.

simplemente se convocó a las parteras auxiliares de cada provincia para reunirse durante un día; en esa oportunidad se explicó en detalle el proyecto de estudiar la prescripción de anticonceptivos orales por parte de las parteras auxiliares. En las 13 provincias de control había entonces 783 parteras a quienes se había impartido la capacitación en planificación familiar, aunque carecían de la autorización para prescribir la píldora.

La lista de verificación especial, que ya se ha mencionado, se modificó y preparó en Tailandia para que las parteras auxiliares la utilizaran (cuadro 2). La lista incluía una historia sencilla y un examen diseñado para descartar contraindicaciones al uso de la píldora. Si cualquiera de las preguntas se contestaba afirmativamente, la paciente no recibía la píldora y en su lugar se le refería a un médico para que decidiera tal prescripción. Durante la sesión de instrucciones, que duró un día, se explicó en detalle el uso del cuestionario, tanto a las parteras auxiliares como a las enfermeras que eran responsables de supervisar las actividades de las parteras auxiliares. También los médicos del sector salud del gobierno en cada provincia estuvieron presentes en las sesiones para asegurar que estuvieran completamente informados.

Después de la reunión, las parteras auxiliares de las cuatro provincias, que en su mayoría trabajaba en centros de salud carentes de un médico, recibieron

autorización para prescribir la píldora. El estudio comenzó en abril de 1969; en 1970 se realizó una encuesta de seguimiento de aceptantes de la planificación familiar. En este estudio, las aceptantes fueron seleccionadas aleatoriamente en las provincias experimentales y en las provincias de control. Se hicieron entrevistas en los poblados supervisadas por personal de la unidad central de evaluación del programa nacional. Se compararon las tasas de continuidad de las mujeres que recibieron la prescripción inicial de las parteras auxiliares con las de aquéllas que la recibieron de los médicos.

Las píldoras que se utilizaron fueron diacetato de ethynodiol, 1 mg., y mestranol, 0,1 mg. (Ovulen, G.D., Searle & Co., Chicago, Ill.), y nogesterol 0,5 mg. y ethinyl estradiol, 0,05 mg. (Ovral, Laboratorios Wyeth, Filadelfia, Pennsylvania), que eran los fármacos utilizados en el programa nacional. En términos generales, se dio un ciclo la primera vez, y entre uno y tres ciclos durante los reabastecimientos. Los esfuerzos de motivación se limitaron a la comunicación personal, pues al momento de realizarse el estudio el gobierno de Tailandia no permitía que se llevaran a cabo actividades públicas de información en planificación familiar. En las 17 provincias las parteras auxiliares habían recibido rotafolios, volantes sencillos para motivar y folletos con instrucciones para usar la píldora y el DIU.

En cuanto a la presentación de resultados, se ofrecen únicamente los de los centros de salud, ya que no había diferencias en las políticas de los hospitales

Cuadro 3. Mujeres que aceptaron el método en los centros de salud rurales en los seis meses anteriores y posteriores al inicio del estudio

	<u>Cuatro provincias</u>		<u>13 provincias control</u>	
	<u>DIU</u>	<u>Píldora</u>	<u>DIU</u>	<u>Píldora</u>
Octubre, 1968 a marzo, 1969	1.940	1.129	3.927	4.298
Abril, 1969 a septiembre, 1969	1.348	5.590	3.297	5.559
Porcentaje de cambio	-31	+395	-16	+29

Cuadro 4. Porcentaje de mujeres casadas y en edad fértil que aceptaron la anticoncepción o la esterilización en las provincias del estudio y las de control entre abril y septiembre de 1969

<u>Método/institución</u>	<u>Provincias del estudio</u>		<u>Provincias de control</u>	
	<u>Aceptantes</u>	<u>Porcentaje de mujeres elegibles</u>	<u>Aceptantes</u>	<u>Porcentaje de mujeres elegibles</u>
DIU/Centro de salud	1.348	0,5	3.297	0,3
Píldora/Centro de salud	5.590	2,0	5.559	0,5
DIU/Hospital	629	0,2	1.946	0,2
Píldora/Hospital	55	<0,1	1.013	<0,1
Esterilización/Hospital + Centro de salud	166	<0,1	736	<0,1
Total	7.788	2,8	12.551	1,1

Cuadro 5. Tasas de continuidad y razones para terminar con los anticonceptivos orales prescritos por doctores y parteras auxiliares

	Seis meses		12 meses	
	Píldora/ doctor	Píldora/ partera	Píldora/ doctor	Píldora/ partera
Tasa de continuidad	76,0	84,5	66,7	75,8
Razones para terminar				
Embarazo	—	0,3	—	0,3
Razón médica	15,8	11,0	22,1	14,3
Razón personal	8,2	4,2	11,2	9,6

provinciales que participaron en el estudio y los de control. Además, los hospitales no tienen parteras auxiliares formando parte de su personal.

Resultados

En el periodo de abril a septiembre de 1969, el número de mujeres que aceptó la píldora en los centros de salud rurales en las cuatro provincias experimentales fue mayor que el del total de las aceptantes en las 13 provincias de control en el mismo período (ver el cuadro 3). Igualmente dramático fue el aumento de aceptantes de la píldora que se observó en estas cuatro provincias si se comparan los seis meses anteriores y los seis posteriores al inicio del estudio. El cuadro 4 muestra el porcentaje de mujeres casadas y en edad fértil, que tenían entre 15 y 45 años, y que aceptaron un DIU o la píldora en un centro de salud rural en las provincias experimentales y las de control durante los primeros seis meses del estudio. El porcentaje de mujeres que aceptó la píldora en las cuatro provincias del estudio fue significativamente mayor que el de las provincias de control, y este aumento fue tan grande que produjo un porcentaje mucho mayor de mujeres que aceptó los servicios de planificación familiar en general.

Las tasas comparativas de continuidad son interesantes en este estudio. Las limitaciones de tiempo no permitieron calcular sino las tasas a seis y 12 meses, aunque se tiene pensado realizar un estudio de seguimiento para obtener las tasas a 24 meses y más. Como puede verse en el cuadro 5, la tasa a 12 meses para mujeres que aceptaron la píldora de una partera auxiliar fue mayor que la de las mujeres que recibieron los servicios de un médico; con todo, las diferencias pueden no ser significativas pues no se realizó una tabulación cruzada de las tasas con las diversas características de las pacientes en los dos grupos de aceptantes. La interrupción del uso por razones médicas fue menor en los casos píldora/partera, sin que se reportaran complicaciones severas relacionadas con la píldora en las provincias experimentales o en las de control. Igualmente, la interrupción por causas personales fue menor en las provincias del estudio.

Cuadro 6. Porcentaje de aceptantes de anticonceptivos orales con efectos colaterales en las cuatro provincias del estudio y en el Hospital de Mujeres*

Efectos colaterales	Hospital de Mujeres	Provincias del estudio
Menstruación disminuida	44,2	28,1
Amenorrea	3,0	2,0
Aumento de peso	46,5	20,0
Nauseas	18,5	18,4
Vómitos	2,1	9,9
Dolor de cabeza	14,4	7,3
Pigmentación facial	3,0	10,0

*Un hospital de Bangkok con servicios grandes de maternidad y planificación familiar (datos no publicados).

El cuadro 6 muestra, para las provincias del estudio, la incidencia de efectos secundarios, casi todos de poca importancia. No se hizo un estudio detallado en las provincias de control, pero la incidencia en las provincias experimentales fue menor a la que se encontró en un estudio sobre efectos secundarios realizado en una clínica de planificación familiar de un importante hospital de Bangkok,² con respecto a todas las quejas, salvo vómito y pigmentación facial. Tal y como ocurre en casi todos los estudios, las quejas más comunes fueron una menstruación disminuida, aumento de peso y náuseas. Sin embargo, salvo por la pigmentación facial, todas eran quejas subjetivas, y la diferencia en la incidencia, por lo tanto, pudo sencillamente relacionarse con cuestionamientos más sofisticados por parte de los doctores en el Hospital de Mujeres, en comparación con las parteras tradicionales de los centros de salud rurales.

Comentario

El propósito principal del estudio era demostrar la seguridad y la eficacia de emplear parteras auxiliares para prescribir anticonceptivos orales. Ciertamente, las declaraciones definitivas sobre los efectos y complicaciones secundarias son prematuras; no obstante, es justo señalar que no se registró incremento alguno en la incidencia de dichos efectos y complicaciones durante el primer año del estudio.

El hecho de que se haya constatado un número mayor de aceptantes de la píldora en las cuatro provincias experimentales en comparación con las 13 provincias de control, a pesar de que había hasta casi seis veces más centros y personal de salud en estas últimas, es una demostración impresionante de la eficacia de emplear parteras auxiliares para prescribir la píldora. El notable incremento en el número de aceptantes de la píldora en los primeros seis meses, en comparación con el semestre previo, y el significativamente alto porcentaje de mujeres elegibles que aceptaron la anticoncepción en las provincias del estudio, son demostraciones adicionales del tremendo impacto potencial que tiene la adopción de esta práctica a escala nacional.

Para ser más específicos, las metas establecidas en el plan quinquenal del Programa de Planificación Familiar, suponen que cada año cerca de 8 por ciento de la población elegible aceptará servicios de este tipo. Casi 3 por ciento de las mujeres elegibles aceptó la planificación familiar en las provincias experimentales durante los seis meses que duró la investigación, en comparación con sólo 1 por ciento que lo hizo en las provincias control. Con base en la experiencia de estas 17 provincias, parece obvio que sería extremadamente difícil alcanzar la meta nacional sin la colaboración de las parteras auxiliares.

Preocupaba la posibilidad de que hubiera más aceptantes y una tasa de continuidad menor. Pero ocurrió lo contrario: las tasas de continuidad de uso de la píldora en las cuatro provincias en las que las parteras auxiliares la prescribieron fueron, en realidad, mayores que en las provincias en las que los doctores la prescribieron. La hipótesis es que las parteras auxiliares son capaces, posiblemente, de desarrollar una mejor relación con las mujeres de lo que pueden hacerlo los médicos, dada su mayor cercanía con las mujeres que viven en los pueblos, en comparación con las clínicas que atienden los médicos, y también por su mayor proximidad con ellas en términos de antecedentes socioeconómicos similares.

Las implicaciones de este estudio fueron muy significativas para el Programa de Planificación Familiar del Ministerio de Salud Pública.¹⁴ Hacia fines de 1970, más de 4.000 médicos, enfermeras y parteras auxiliares se habían capacitado en temas de población y planificación familiar. Había 84 hospitales provinciales con clínicas fuera de Bangkok, mientras que en esta ciudad existían más de 250 clínicas de otro tipo con un médico que ofrecía servicios de planificación familiar en hospitales y en centros de salud gubernamentales. Es decir, había sólo 350 clínicas, aproximadamente, que ofrecían la píldora o el DIU a la población femenina que estaba casada y en edad fértil, y que tenía entre 15 y 45 años, entre una población de más de 4.300.000 personas.

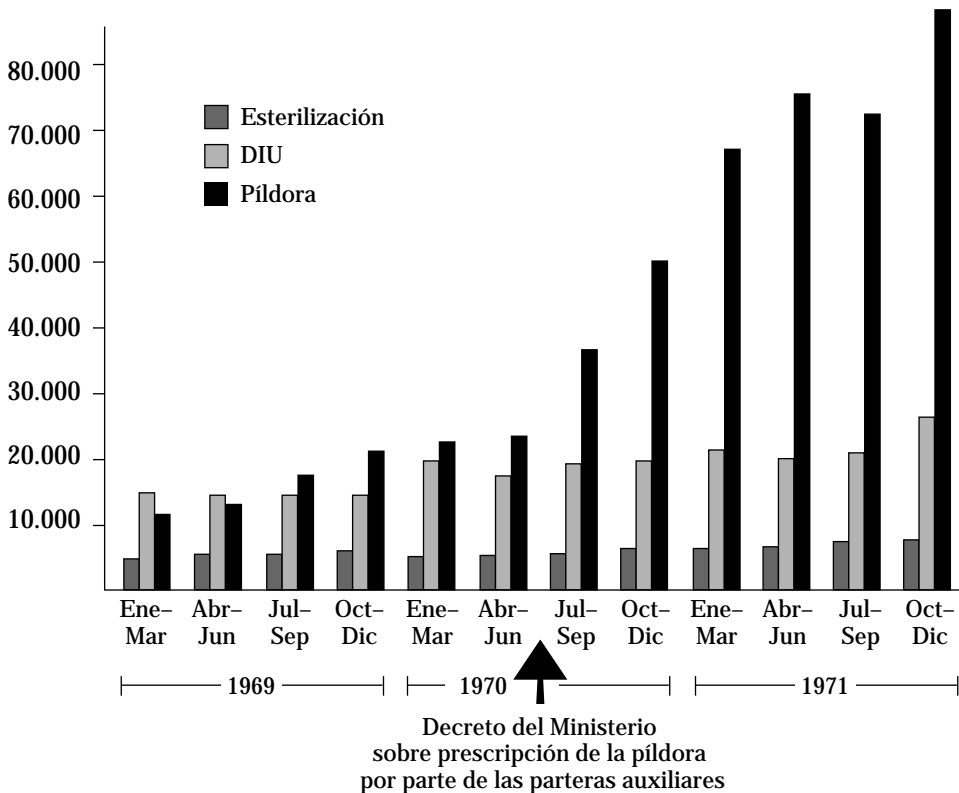
A mediados de 1970, y como resultado del aparente éxito de este estudio piloto, el Ministerio de Salud Pública decretó que todas las parteras auxiliares que habían recibido el curso básico de planificación familiar podrían prescribir la píldora utilizando la lista de verificación del modo como se había hecho en el estudio. Esto significó que el número total de clínicas que ofrecía un método de anticoncepción eficaz se incrementó súbitamente, de cerca de 350 a casi 3.500.

En la gráfica 1 se muestran los totales de aceptantes de la planificación familiar en seis meses para toda Tailandia. La píldora y el DIU tenían cifras casi equivalentes a fines de 1969 y principios de 1970; pero a partir de junio de 1970, como resultado del decreto ministerial, se registró un incremento dramático en el número de aceptantes de la píldora; los totales mensuales aumentaron de casi 8.800 en abril de 1970, a cerca de 31.000 en diciembre de 1971. En ese mismo año

hubo 404.187 nuevas aceptantes de servicios de planificación familiar, y se atribuyó a la píldora 73 por ciento del total; la mayor parte de este porcentaje fue prescrito por parteras auxiliares en centros de salud rurales. Esta cifra superó en más de 100.000 la meta original para 1971, y permitió que el Programa Nacional alcanzara, dos años antes de lo esperado, la meta de 1973 de más de 8 por ciento de la población elegible en un año.

La promulgación de una política nacional de población tuvo lugar en marzo de 1970, y desde entonces hay un mayor compromiso gubernamental con relación a la planificación familiar; sin embargo, el único cambio importante en las actividades del programa durante este periodo fue el decreto relativo a las parteras auxiliares. Los mayores esfuerzos en el área de información pública comenzaron apenas en 1972. Esta es, por lo tanto, una sólida demostración del efecto que resulta de acercar más los servicios a la gente. Además, es obvio que de no haberse promulgado el decreto que permitió a las parteras auxiliares prescribir la píldora, el Programa Nacional habría encarado grandes dificultades para alcanzar sus metas.

Gráfica 1. Aceptantes de la planificación familiar por períodos de tres meses, 1969 a 1971.



Conclusión

Hay pocas esperanzas de poder brindar servicios de planificación familiar al vasto número de mujeres que vive en las áreas rurales del mundo si la provisión va a depender únicamente de los médicos. Este estudio ha demostrado, sin lugar a dudas, que las parteras auxiliares son capaces de prescribir anticonceptivos orales con toda seguridad, y que las tasas de aceptación se pueden incrementar dramáticamente en el momento en que las aceptantes potenciales puedan acceder a los servicios con facilidad. Del mismo modo, las tasas de continuidad parecen incrementarse, aunque la diferencia observada puede no ser significativa.

El hecho de que la partera auxiliar no practicara un examen pélvico antes de prescribir la píldora es una desviación dramática de la práctica médica aceptada. En general, se recomienda que, por ejemplo, las aceptantes potenciales de la píldora se hagan un Papanicolaou antes de que se prescriba el fármaco. Desafortunadamente, en las áreas rurales de la mayoría de los países en desarrollo esto es imposible, sencillamente porque el personal y las instalaciones son insuficientes para realizar el análisis e interpretar los resultados. En fecha reciente, Tailandia emprendió un programa para formar citotécnicos, no obstante lo cual las prioridades de salud deben de tomarse en cuenta. Un documento manifestó la opinión de que "... en muchos países, la prioridad para un programa de este tipo puede ser relativamente baja al comparársele con otras necesidades de salud urgentes",¹³ y al compararse también con las presiones críticas que el problema de la población viene originando.

Hay evidencia abundante en el sentido de que es posible impartir capacitación al personal paramédico para que realice exámenes pélvicos e inserte los dispositivos intrauterinos.^{1, 7, 10, 13, 16} Esto no solamente contribuirá a favorecer los intentos de los programas de planificación familiar frente a la escasez de médicos; ayudará también a mejorar la atención básica a la salud. Pero el problema no reside en la relativa sencillez de capacitar al personal auxiliar en el uso de las listas de verificación médica como las que ya se han descrito; lo que es mucho más difícil es entrenar a ese personal para que realice exámenes pélvicos e inserte el DIU adecuadamente. En Tailandia, por ejemplo, se consideraba que el curso básico en planificación familiar de una semana preparaba a las parteras auxiliares suficientemente bien como para que utilizaran la lista de verificación para prescribir la píldora. Desafortunadamente, un curso para realizar el examen pélvico e insertar el DIU toma mucho más tiempo.

Recientemente, el Programa Nacional de Planificación Familiar desarrolló un programa de capacitación para que las enfermeras/parteras pudieran insertar el DIU; el programa hace hincapié en las técnicas del examen pélvico. El curso,

que dura un mínimo de seis semanas, puede capacitar a un número relativamente pequeño de personas cada vez. Se espera que esta capacitación podrá realizarse, eventualmente, en cierto número de clínicas, en donde el médico local entrenado en la técnica de inserción del DIU fungirá como instructor del personal bajo su jurisdicción. Por el momento, sin embargo, la capacitación se realiza únicamente en las instituciones grandes; durante el primer año (1972) sólo se impartirá a 60 enfermeras/parteras. Será necesario acelerar esta capacitación si deseamos un efecto similar al que ya se observó con la píldora. Eventualmente, la capacitación en técnicas de examen pélvico e inserción del DIU (lo mismo que en otras áreas de la atención médica previamente restringidas a los médicos) se introducirá en las escuelas de enfermería y para parteras auxiliares para que cuando este personal se gradúe esté preparado para brindar servicios tan vitales.

Entre tanto, hasta que las enfermeras/parteras y el personal auxiliar reciban el entrenamiento adecuado para realizar exámenes pélvicos, y considerando el riesgo de la anticoncepción oral en comparación al riesgo de embarazo que la píldora previene, la opinión de los autores es que la prescripción de la píldora con el simple uso de la lista de verificación está justificada, particularmente en las áreas rurales en donde se estima que la tasa de mortalidad materna llega a ser de hasta 500 por cada 100.000 nacidos vivos. Si los servicios de planificación familiar están disponibles de inmediato podrán, naturalmente, contribuir a disminuir las críticamente elevadas tasas de crecimiento de la población. Además, la salud de madres e hijos mejorará, pues es obvio que las tasas de morbilidad y mortalidad materna e infantil son mayores entre las mujeres con alta paridad, particularmente cuando ya hay muchos hijos y hay un mínimo o nulo espaciamiento.¹⁷ Del mismo modo, el contacto con las mujeres en una clínica de planificación familiar brinda la oportunidad para que otros servicios de salud se mejoren también.

La entrega de servicios de salud y planificación familiar está gravemente limitada en las áreas rurales del mundo en desarrollo en donde habita la mayor parte de la población. Son inmensos los problemas que se encaran para mejorar los servicios. La creciente utilización de personal de enfermería y paramédico es una necesidad absoluta; “compete a la profesión médica remover las barreras innecesarias y poco realistas para una entrega mejorada de los servicios anticonceptivos (*y de salud*) actualmente disponibles”.¹³

Referencias

1. Beasley, W.B.R.: Am. J. Obstet. Gynecol. 98: 201, 1967.
2. Banharnsupawat, L., y Limtrakarn, J.: Datos no publicados.
3. Berelson, B.: Stud. Family Planning 38: 1, 1969.

4. Davis, D.: *Science* 158: 730, 1967.
5. Fendall, N.R.E.: *Pub. Health Rep.* 78: 977, 1963.
6. Fendall, N.R.E.: *Pub. Health Rep.* 82: 471, 1967.
7. Hartfield, V.J.: *Contraception* 3: 105, 1971.
8. Hellman, L.M.: *Obstet. Gynecol.* 30: 883, 1967.
9. Hellman, L.M., Yankauer, A., Jones, S. H., y cols., *Internat. J. Gynaecol. Obstet.* 8: 732, 1970.
10. Jafarey, S.A., Hardee, J.G. y Saterhwaite, A.P.: *Demography* 5: 666, 1968.
11. King, M.: en King, M., editor: *Medical Care in Developing Countries*, London, 1966, Oxford University Press, p. 1.1.
12. King M.: en King, M. editor: *Medical Care in Developing Countries*, London, 1966, Oxford University Press, p. 7.1.
13. Rosenfield, A.G.: *Am J. Obstet. Gynecol.* 110: 1030, 1971.
14. Rosenfield, A.G., Hemachudha, C., Asavasena, W., y Varakamin, S.: *Stud. Family Planning* 2: 181, 1971.
15. Smith, M.R., Bradley, S., Soderstrom, R., y Hayden, G.E.: *Obstet. Gynecol.* 38: 308, 1971.
16. Valliant, H.W., Cummings, G.T.M., Richart, R.M. y Barron, B.A.: *Br. Med. J.* 3:671, 1968.
17. Wray, J.D., en Revelle, R., editor: *Rapid Population Growth: Consequences and Policy Implications*, 1971, Johns Hopkins Press, p. 403.

COMENTARIOS INTRODUCTORIOS

El impacto demográfico del Proyecto de Servicios de Planificación Familiar-Salud en Matlab, Bangladesh

James F. Phillips, Wayne S. Stinson, Shushum Bhatia,
Makhlisur Rahman, y J. Chakraborty

Cuestión programática: *Probar la hipótesis de que “los programas de servicios anticonceptivos pueden incrementar la prevalencia de uso de anticonceptivos satisfaciendo una demanda latente por servicios... Satisfacer tal demanda modificará significativamente la fecundidad al aumentar la prevalencia del espaciamiento de los nacimientos y la conducta de limitación”.*

Procesos/componentes programáticos: *Se seleccionaron apropiadamente y se reclutaron a mujeres jóvenes del pueblo, casadas y alfabetizadas, que en su mayoría pertenecía a familias influyentes en los pueblos en donde trabajaban. Cumplieron con una capacitación especial de seis semanas para realizar visitas frecuentes y regulares a todas las mujeres, ya fuera que estuvieran practicando o no la anticoncepción. Una amplia gama de métodos estaba disponible, así como servicios de salud auxiliares.*

Diseño de la investigación: *El seguimiento continuo (trimestral y anual) del uso de anticonceptivos y de los indicadores de la fecundidad fue posible gracias a la existencia del sistema de vigilancia demográfica de Matlab. Cuando el proyecto fue diseñado, el sistema cubría a una población de 168.000 habitantes en 149 poblados. Se establecieron áreas de tratamiento y de control.*

Hallazgos: *El hallazgo central del proyecto fue la confirmación de la hipótesis principal, a saber, que “los servicios anticonceptivos pueden dar inicio a un cambio en la fecundidad en una población rural, pobre y tradicional”. En otras palabras, la demanda no satisfecha de anticonceptivos que existe en el Bangladesh rural puede satisfacerse con un programa de campo intensivo. Específicamente, durante los primeros 15 meses de la implantación, el uso de anticonceptivos creció de 10 por ciento en octubre de 1977, a 34 por ciento para fines de 1978. Durante los primeros dos años del proyecto, 1978 y 1979 (julio, 1978 – junio, 1980) la fecundidad en las áreas de tratamiento fue 25 por ciento más baja que en las áreas de comparación. La posible contaminación de los resultados por*

parte de un proyecto previo, el Proyecto de Distribución de Anticonceptivos (PDA), fue reconocida y se aislaron sus resultados con la ayuda de un sofisticado análisis estadístico que mostró que el efecto en el descenso de la fecundidad de este esfuerzo fue de 22 por ciento, comparado con 8 por ciento del PDA.

Respuestas del programa a los hallazgos: *Se examina la hipótesis de que el pobre desempeño del programa nacional podía atribuirse a su implantación incompleta, más que a la ausencia de motivación entre las parejas rurales de Bangladesh para limitar o espaciar los nacimientos. Durante los años ochenta, la experiencia de Matlab fue utilizada en el programa nacional de planificación familiar.*

Discusión: *En el documento se discute un buen número de importantes implicaciones de políticas. Aparentemente, en Bangladesh la fecundidad puede ser reducida de manera significativa poniendo los anticonceptivos al alcance inmediato de los usuarios potenciales. Varias condiciones, tales como trabajadores de campo adecuadamente capacitados y un seguimiento sistemático, son necesarias para que esta aseveración se cumpla. Además, un programa orientado al usuario, con una amplia variedad de métodos, con asesores experimentados, un seguimiento riguroso, tratamiento de efectos colaterales y servicios de salud auxiliares, sería mucho más efectivo que un programa basado en uno o dos métodos de distribución por parte de trabajadores no capacitados. También surgen cuestionamientos de investigación pertinentes tales como: ¿Se alteran los motivos reproductivos después de aceptar la anticoncepción? ¿Se ven afectados por los programas? ¿Cuáles son los determinantes del éxito del programa considerando que varía sustancialmente de un poblado al otro?*

El impacto demográfico del Proyecto de Servicios de Planificación Familiar-Salud en Matlab, Bangladesh

James F. Phillips, Wayne S. Stinson, Shushum Bhatia, Makhlisur Rahman y J. Chakraborty

La investigación demográfica ha demostrado que la fecundidad ha disminuido en una variedad de escenarios en donde ha habido una proliferación concomitante del uso de anticonceptivos. Para muchos observadores, tal cosa sugiere que los programas de servicios anticonceptivos organizados han contribuido a las tendencias observadas.¹ No obstante, el papel causal de los programas de servicios anticonceptivos en lo que se refiere a la inducción y sostenimiento del descenso de la fecundidad en los países en vías de desarrollo continúa siendo motivo de discusión y debate, principalmente porque el establecimiento de la causalidad requiere de diseños experimentales rigurosos. Los experimentos de campo apropiados para someter a prueba los efectos de programas de servicios requieren de operaciones de campo de gran escala, de áreas para control y tratamiento, y de datos demográficos longitudinales precisos —condiciones éstas que rara vez se pueden satisfacer en la práctica.² En este informe se analizan los efectos demográficos de un estudio en el *Thana* de Matlab, en Bangladesh, que cumple con estas condiciones.

La hipótesis del Proyecto de Servicios de Planificación Familiar-Salud

El Proyecto de Servicios de Planificación Familiar-Salud (PSPFS) fue iniciado por el Laboratorio de Investigaciones sobre el Cólera (LIC)³ en octubre de 1977 y continúa operando en la actualidad. El PSPFS siguió a un estudio previo, el Proyecto de Distribución de Anticonceptivos (PDA).⁴ Aunque estos estudios fueron distintos en lo que a estrategias de servicios se refiere, compartían una hipótesis subyacente: a saber, que los programas de servicios anticonceptivos pueden incrementar la prevalencia de uso de anticonceptivos satisfaciendo una demanda latente por servicios. Según esta hipótesis, satisfacer tal demanda modificará significativamente la fecundidad al aumentar la prevalencia del espaciamiento de nacimientos y la conducta de limitación.

Reimpreso con autorización del Population Council de *Studies in Family Planning* 1982. 13,5: 131-140.

El entorno de Matlab

Matlab fue seleccionado para los experimentos anticonceptivos de campo por los recursos de datos demográficos existentes en el LIC. En 1963 se estableció un sistema de vigilancia demográfica (SVD) para evaluar las vacunas contra el cólera. Cuando comenzó a operar el PSPFS, en 1977, el SVD cubría 149 aldeas y una población aproximada de 168.000 habitantes. Como las investigaciones habían demostrado que los datos del SVD son completos y precisos, los efectos de los servicios anticonceptivos podían evaluarse simplemente tabulando una serie de datos demográficos para el área de Matlab y actualizando los datos censales para 1974 con datos sobre nacimientos, muertes y migración para los años sucesivos. La población que estaba bajo vigilancia era numerosa y la movilidad de las familias limitada; por esa razón, fue posible designar áreas de tratamiento y de comparación.

El valor de Matlab como laboratorio de investigación social se ve incrementado de manera significativa por las características del entorno geográfico y social que limitan la posibilidad de que se confundan los efectos del cambio social o económico. La geografía del área tiende a aislar a los tratamientos entre sí y del mundo exterior. Matlab es un área totalmente rural y ribereña intersectada por afluentes de los ríos Gumoti y Megna. Como tal, es sumamente inaccesible por tierra o cualquier otro medio de transporte y comunicación modernos; de ahí que se trate de una zona en donde los efectos potencialmente contaminantes del contacto y el comercio entre aldeas son menores que los que predominan en la mayor parte del resto del Asia rural.

El entorno social en Matlab puede verse también como un escenario relativamente libre de factores potencialmente contaminantes. En años recientes, una gran parte de las poblaciones rurales de Asia se ha visto expuesta cada vez más a valores e instituciones económicas no tradicionales. El transporte y la comunicación masiva, por ejemplo, han penetrado en la mayoría de las áreas rurales del sureste de Asia con efectos sobre los valores y las aspiraciones, lo cual complica en buena medida la evaluación de los efectos netos de los servicios anticonceptivos. Aunque sería incorrecto plantear que las condiciones de Matlab en su conjunto se han mantenido estáticas en años recientes, no existe evidencia de mejoras económicas, sociales o políticas del tipo que contribuirían de manera significativa al cambio demográfico. De hecho, la mayoría de los analistas hace hincapié en que las condiciones en las áreas rurales de Bangladesh han empeorado: la carencia de tierras de cultivo se ha incrementado de manera notable en años recientes;⁵ el analfabetismo, ya de por sí alto, no ha disminuido;⁶ y es probable que las condiciones de salud, no obstante haber mejorado en este siglo como resultado del control de las enfermedades infecciosas, se hayan deteriorado en el transcurso de la última

década, dados los efectos combinados de las crisis políticas y la hambruna.⁷ Los cambios que han ocurrido no son, por lo tanto, del tipo que los demógrafos consideren como requisitos previos o como co-requisitos para la transición demográfica.⁸ Aun cuando algún cambio estuviera ocurriendo, es razonable argumentar que las tendencias afectarían las áreas de tratamiento y comparación de manera similar.⁹ Como la población pre-experimental no utilizaba métodos anticonceptivos y no existe un desarrollo socioeconómico significativo, es remota la posibilidad de que cualquier cambio en la fecundidad secular confundiera los resultados. Por lo tanto, en muchos aspectos Matlab resulta ser un sitio ideal para someter a prueba la hipótesis de la demanda latente.

Diseño experimental

El diseño del PSPFS pretendía abordar aspectos derivados de un estudio anterior. El PDA empleó a trabajadoras, analfabetas en su mayor parte y de edad avanzada, que distribuían píldoras y condones a las mujeres en sus hogares.¹⁰ Después de un exitoso período inicial de tres meses, la prevalencia disminuyó. Los efectos demográficos se limitaron al primer año de impacto del proyecto.¹¹ Como éste fue exitoso en un principio, los hallazgos del PDA sugerían una demanda insatisfecha. Sin embargo, como los efectos fueron temporales, los hallazgos del PDA sugerían que todavía en 1977 persistía una demanda insatisfecha residual de servicios anticonceptivos —a pesar de dos años de servicios del PDA—, demanda que podría satisfacerse de mejor manera mediante una mayor diversidad de métodos y una atención y seguimiento más intensivos a las usuarias. Ciertos problemas operativos resaltaron esta conclusión. Aunque las trabajadoras conocían bien sus pueblos, eran de edad suficientemente avanzada como para haber practicado la anticoncepción, y no estaban capacitadas para hacerle frente a los efectos colaterales de los métodos. Por lo tanto, carecían de credibilidad como trabajadoras de planificación familiar y únicamente en contadas ocasiones se recurría a ellas para recibir asesoría en anticoncepción. Esta situación se vio exacerbada por su condición social relativamente baja entre los pobladores de las aldeas, quienes les concedían muy poco crédito como para poder ser agentes efectivos de cambio social.

Las limitaciones del PDA condujeron a una reestructuración de la investigación sobre anticonceptivos en Matlab dentro de PSPFS.¹² Los tratamientos del PDA se dividieron en células del PSPFS, y más adelante se transformaron en nuevos tratamientos. En el cuadro 1 se muestran las poblaciones de los grupos de pueblos del nuevo diseño.

Aunque el trabajo del PSPFS se inició en octubre de 1977, la actividad de distribución domiciliaria del PDA continuó en las mismas áreas de tratamiento hasta marzo de 1978, mes en el que las trabajadoras entregaron a las aceptantes un

suministro para seis meses y les aconsejaron que se pusieran en contacto con trabajadores de planificación familiar del gobierno local para recibir abastos futuros. En la restante mitad del área de distribución del PDA y en la mitad del área de comparación se desarrolló una nueva estructura de campo del PSPFS.¹³ Las trabajadoras que se reclutaron en los pueblos eran jóvenes, estaban casadas y alfabetizadas; casi todas pertenecían a familias influyentes y fueron reclutadas de familias que residían en los pueblos en los que trabajarían. Estas trabajadoras de los pueblos (TP) fueron capacitadas de manera intensiva en anticoncepción, métodos para visitas de campo y fisiología reproductiva básica durante seis semanas. En los primeros 12 meses del proyecto se celebraron reuniones semanales para capacitar a las TP en nutrición básica, tratamiento de padecimientos menores, métodos para inyecciones de toxoide tetánico y otras tareas de SMI.

El sistema administrativo incorporó dos formas de supervisión: supervisión técnica para tratamiento y canalización de problemas de SMI/PF, y supervisión administrativa para asegurar que el trabajo se estuviera realizando en todos los niveles según se había programado. Este sistema abarcó el reclutamiento de visitadoras de planificación familiar (VPF), que eran paramédicas certificadas por el gobierno con 18 meses de capacitación formal, y de supervisores hombres conocidos como asistentes principales de salud (APS). Un APS y una VPF se asignaban a distritos integrados por 20 poblados, cada uno de los cuales abarcaba a una población de 20.000 habitantes. Los APS actuaban para motivar a los hombres y como organizadores para la comunidad. También se asignó un funcionario médico al proyecto para supervisar las tubectomías en Matlab¹⁴ y para llevar a cabo jornadas médicas en el campo y ofrecer capacitación a los paramédicos de manera continua.

Cuadro 1. Poblaciones de los grupos de pueblos del diseño experimental del PDA-PSPFS

	Aldeas del PSPFS					
	Tratamiento			Comparación		
	Número de pueblos	Población 1974 ^a	Población 1978 ^b	Número de pueblos	Población 1974 ^a	Población 1978 ^b
Tratamiento anterior de PDA	39	42043	44682	54	43742	45020
Comparación anterior de PDA	31	42731	44668	25	39134	40576
Total de PSPFS ^c	70	84774	89350	79	82876	85596

^aPoblación a mediados de 1974. ^bPoblación al final del año. ^cNótese que el área de vigilancia del PDA se redujo a 149 pueblos en 1978 como resultado de limitaciones de costos. Por ello, las poblaciones de las celdas del PDA no corresponden con la presentación de los tratamientos del PDA en Stinson y cols., *Studies in Family Planning*, Vol. 13 No. 5, May, 1982.

La administración cotidiana del PSPFS era responsabilidad de un administrador-paramédico y de dos asistentes. El personal de campo era responsable ante ellos de las actividades tanto de servicio como de investigación.

Este sistema de servicios se mantuvo de manera continua durante el período de octubre de 1977 a octubre de 1981. La meta general del sistema de servicios del PSPFS era trasladar el énfasis del PDA en la tecnología anticonceptiva, hacia un énfasis en la atención anticonceptiva integral, incluir visitas frecuentes y regulares a todas las mujeres, ya fuera que utilizaran métodos anticonceptivos o no, contar con una amplia variedad de métodos convenientemente disponibles y el ofrecimiento de servicios de salud complementarios. El énfasis inicial se centró en los servicios de planificación familiar integrales más que en los servicios de SMI. El cambio más importante fue la adición del acetato de depomedroxiprogesterona (DMPA) a la variedad de métodos disponibles en los pueblos. En los subcentros, las paramédicas insertaban dispositivos intrauterinos de T de cobre y practicaban la regulación menstrual.¹⁵ El principal vínculo entre los servicios de salud y los de planificación familiar fue un sistema de canalización de tres niveles para la detección y tratamiento de efectos colaterales. Todas las TP trataban efectos colaterales menores y canalizaban los problemas más serios a las VPF que tenían como base subcentros fijos para fines de tratamiento. A su vez, las VPF recibieron capacitación para realizar una canalización adicional al médico de la clínica de Matlab.

Metodología

La característica más sobresaliente de la metodología que se describe a continuación es su sencillez: se pueden utilizar mediciones de fecundidad directas y no ajustadas como resultado de la disponibilidad de datos demográficos y censales completos y precisos para el período de 1968 a la fecha.¹⁶ El sistema del SVD ha incluido registros de nacimientos, muertes y migración desde 1966, y registros de matrimonios desde 1975. Aunque la migración entre aldeas se registra en el campo, únicamente se captura en computadora la migración al interior y al exterior de las áreas de vigilancia. Por este motivo, no existe información disponible acerca de la migración local, y más señaladamente entre las mujeres más jóvenes que emigran para casarse. De existir, los sesgos resultantes se acumulan con el tiempo; pero es probable que se concentren entre aquellas mujeres de menos de 20 ó 25 años. Una suposición crítica de la investigación que se reporta a continuación es que la migración neta que traspasó los límites de las áreas de tratamiento fue lo suficientemente inconsecuente como para permitir comparaciones entre tasas de natalidad confiables.

En este estudio se presentan los nacimientos trimestrales y anuales de diversos grupos de aldeas¹⁷ para el período que va de mediados de 1974 a mediados de 1980.¹⁸ El número de nacimientos se obtuvo a partir de datos de

registros demográficos, aunque cabe hacer notar que las cifras de 1980 son preliminares.¹⁹ El denominador para cada período después de mediados de 1974 se estimó mediante el método *lexis*, que consiste en hacer avanzar una porción (en este caso una décima parte), de cada grupo de edad por cada semestre,²⁰ efectuando ajustes por los fallecimientos y la migración neta. Como la evaluación del impacto del proyecto comienza a mediados de año, todas las tasas anuales se expresan en años del proyecto (AP) de julio a junio. Los denominadores para las tasas de natalidad anuales de cada AP utilizan la población estimada hasta el 31 de diciembre, mientras que los denominadores de mediados de trimestre se interpolan con el fin de obtener tasas trimestrales.

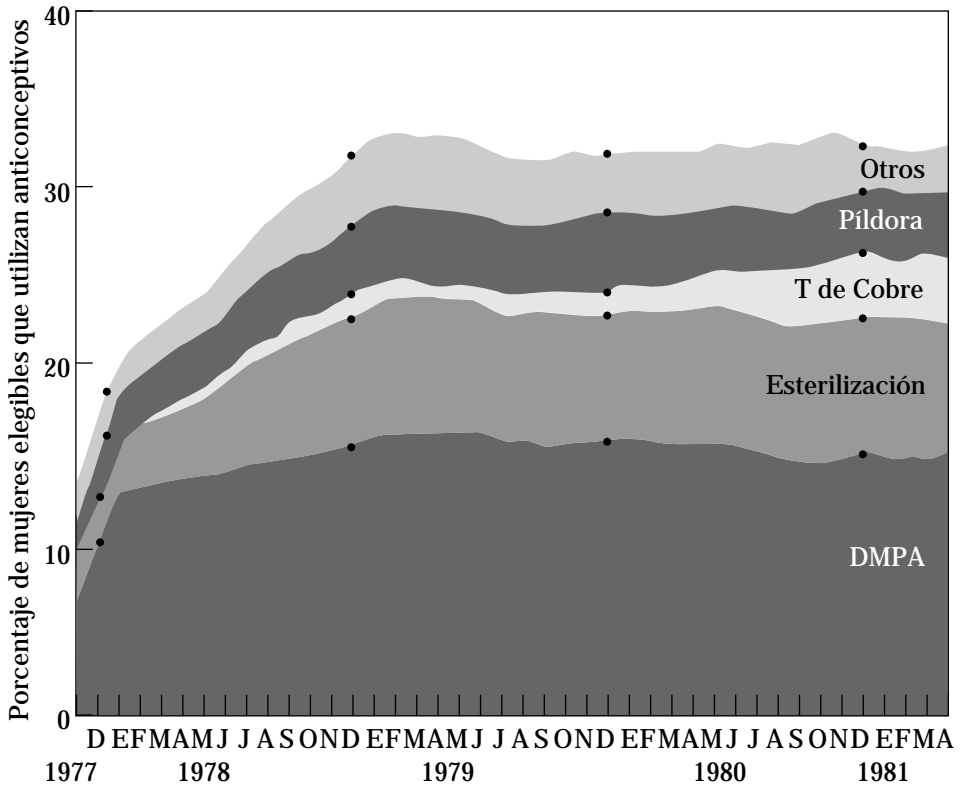
En este análisis se hace énfasis en tres mediciones de la fecundidad. La primera es la tasa general de fecundidad (TGnF), que se calcula dividiendo el número total de nacimientos a lo largo de un período de tiempo, por el número estimado de mujeres de 15-44 años de edad. Las tasas trimestrales se anualizaron por medio de multiplicación. Como es típico que las mujeres más jóvenes presenten tasas de fecundidad más altas que aquéllas de mayor edad, esta medición resulta apropiada únicamente si los períodos de tiempo y las áreas que se están comparando tienen la misma distribución etaria aproximada, tal y como sucede en este estudio.²¹ Como los efectos del proyecto parecían variar por edad, calculamos también tasas específicas por edad para las mujeres de 15-29 años y para las de 30 años en adelante. Se calcularon tasas específicas por edad de cinco años por año pero no por trimestre, como resultado de la marcada fluctuación aleatoria en las tasas trimestrales para poblaciones pequeñas. La tasa global de fecundidad (TGF) no se utiliza ampliamente, ya que el supuesto computacional de números iguales de mujeres en cada grupo de edad de cinco años acentúa de manera espuria el impacto sobre la fecundidad si los efectos son pronunciados entre mujeres de 35 años y mayores.

Resultados

Tendencias en la prevalencia de uso de anticonceptivos

La introducción del sistema del PSPFS fue seguida por un aumento significativo en la prevalencia de uso de anticonceptivos, que pasó de 10 por ciento en octubre de 1977 a 34 por ciento a fines de 1978, en donde ha permanecido hasta la fecha. Esta tendencia de prevalencia aparece en la gráfica 1. El uso anticonceptivo fue dominado inicialmente por el DMPA; pero a medida que se desarrollaron métodos alternativos —particularmente la tubectomía y la T de cobre— la proporción de usuarias protegidas por el DMPA disminuyó. Sin embargo, tal vez el hallazgo de que la prevalencia absoluta del DMPA ha sido apenas constante es más significativo que la proporción cada vez menor de usuarias de DMPA. Por ello, a medida que se añadían métodos a la variedad de los ya disponibles, más mujeres se protegían. Lo

Gráfica 1. Tendencias en la prevalencia de uso anticonceptivo entre mujeres casadas en edad reproductiva por método, área de tratamiento del PSPFS, 1977-81.



anterior sugiere que una mayor diversidad de métodos contribuye a los niveles de protección anticonceptiva en general.

El impacto demográfico de la PSPFS

En el cuadro 2 se presentan las mediciones de fecundidad relacionadas con el PSPFS durante los cuatro años anteriores al programa y durante dos años en los que es probable que haya habido efectos de él. Como los servicios comenzaron a ofrecerse en el cuarto trimestre de 1977, el mes de julio de 1978 es la fecha más temprana en la cual es posible que se hayan manifestado efectos.

Los datos que aparecen en el cuadro 2 demuestran que los patrones y los niveles de fecundidad eran similares antes del AP 1976. Para el AP 1976 y el AP 1977, la fecundidad en el área de tratamiento era aproximadamente 8 por ciento más baja que la fecundidad en el área de control, aunque las tasas específicas por edad no muestran una tendencia consistente a lo largo del tiempo. Es por ello que concluimos, a partir de este cuadro, que los niveles de fecundidad eran

Cuadro 2. Tasas específicas de fecundidad por grupo de edad, tasas globales de fecundidad (TGF) y tasas generales de fecundidad (TGnF) para las áreas de comparación y tratamiento del PSPFS, periodos anterior al proyecto y del proyecto

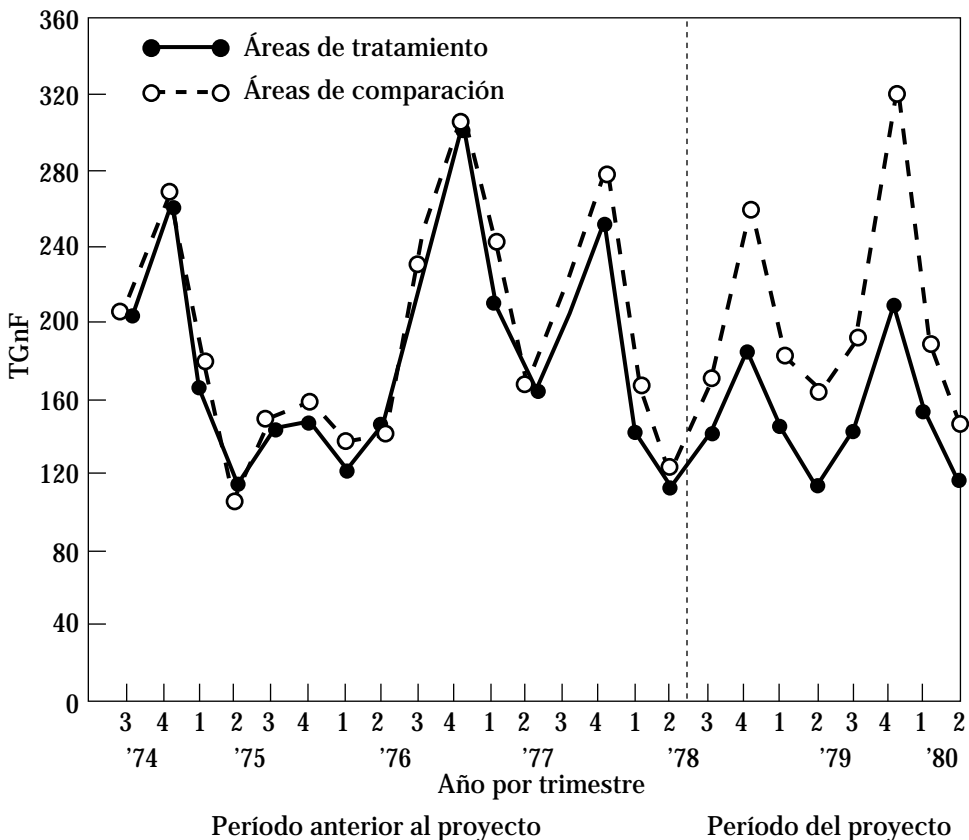
Grupo de edad	Periodo anterior al proyecto						Periodo del proyecto											
	1974 ^a		1975 ^a		1976 ^a		1977 ^a		1978 ^a		1979 ^a							
	T	C	% dif.	T	C	% dif.	T	C	% dif.	T	C	% dif.						
15-19	152,1	155,1	-1,9	114,7	122,8	-6,6	171,9	181,3	-5,2	135,6	161,0	-15,8**	125,5	146,1	-14,1**	148,3	156,1	-5,0
20-24	259,8	260,4	-0,2	186,1	185,4	+0,4	303,0	337,6	-10,2*	232,2	248,6	-6,6	216,1	269,0	-19,7**	235,6	308,6	-23,7**
25-29	275,4	267,9	+2,6	188,1	207,8	-9,5	294,7	331,6	-11,1**	241,9	259,6	-6,8	185,3	236,1	-21,5**	215,7	281,7	-23,4**
30-34	213,9	231,2	-7,5	181,1	184,8	-2,0	315,6	328,2	-3,8	236,4	274,4	-13,8**	184,5	253,7	-27,3**	168,7	260,5	-35,2**
35-39	122,4	122,1	+0,2	91,2	100,5	-9,2	170,2	156,8	+8,5	150,8	154,6	-2,5	95,6	186,3	-48,7**	114,1	199,9	-42,9**
40-44	46,1	53,9	-14,5	41,9	47,9	-12,5	64,7	72,7	-11,0	69,9	70,2	-0,4	29,4	66,3	-55,6**	41,0	66,1	-37,9**
TGF	5,4	5,5	-1,8	4,0	4,3	-5,4	6,6	7,0	-6,2	5,3	5,8	-8,7	4,2	5,8	-27,8	4,6	6,4	-28,1
TGnF	185,4	186,6	-0,6	138,5	145,0	-4,5	225,2	239,9	-6,2*	180,2	198,6	-9,3*	147,3	196,5	-25,0**	164,1	217,8	-24,7**

T = Área de tratamiento del PSPFS. C = Área de comparación del PSPFS. ^a Todos los años son años de proyecto (de julio a junio) del año especificado. * Estadísticamente significativo en p < .05. ** Estadísticamente significativo en p < .01. Las diferencias entre las TGF no se sometieron a prueba.

básicamente similares antes del PSPFS, aunque se presentaron diferencias menores en 1976 y 1977. A continuación analizamos las diferencias.

Los datos del AP 1978 contrastan de manera notable con el patrón y el nivel de fecundidad existentes durante el período anterior al proyecto. La fecundidad en general en el área de tratamiento fue 25 por ciento más baja que las tasas en el área de comparación, una diferencia que se acumuló básicamente como resultado de las marcadas reducciones en la fecundidad entre las mujeres de 30 años en adelante. Entre las mujeres de 30-34 años de edad que se muestran en el cuadro 2, la tasa de natalidad en el área de tratamiento es 27 por ciento más baja que la del área de comparación. Entre las mujeres de 35 años de edad y más, el nivel de fecundidad en el área de tratamiento es casi 50 por ciento más bajo —un diferencial sin precedentes en años recientes. Los datos sugieren, por lo tanto, que los efectos del PSPFS sobre la fecundidad fueron significativos, de manera particular entre las mujeres de 30 años y mayores. Los datos demuestran, además, una

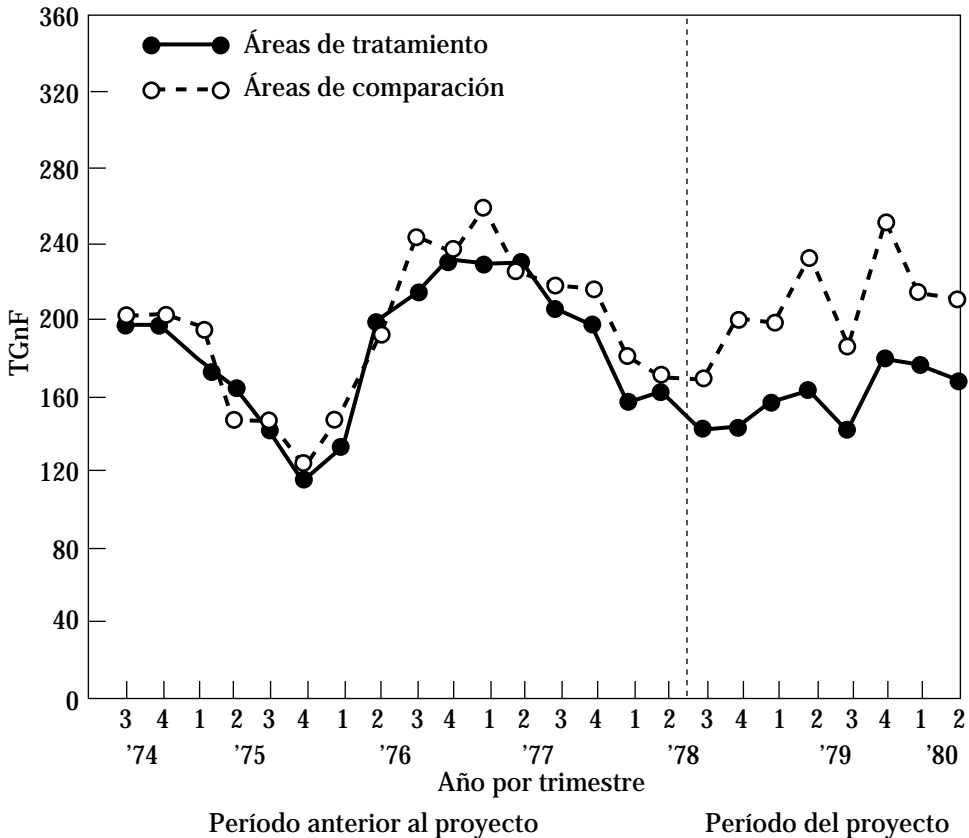
Gráfica 2. TGnF trimestrales en las áreas de tratamiento y de comparación del PSPFS, 1974-80.



relación directa entre la edad y el impacto del programa: los diferenciales entre tratamientos (por ejemplo, la diferencia porcentual entre las áreas de tratamiento y de comparación del PDA y el PSPFS) se extienden a todos los grupos etarios y se incrementan de forma uniforme con la edad.

Las series de tiempo que se muestran en las gráficas 2-5 permiten dilucidar mejor el impacto del PSPFS. En la gráfica 2 se muestra la serie de tiempo de las TGnF para las áreas del PSPFS. Los niveles de fecundidad fueron cercanamente comparables entre las áreas de tratamiento y de comparación del PSPFS antes del momento del impacto del PDA. La ubicación en el tiempo de inicio de la fecundidad más baja en el área de tratamiento del PSPFS sugiere que un impacto diferencial del PDA en las áreas asignadas a tratamientos del PSPFS puede haber contaminado a éste. Por ello, es probable que la fecundidad del PSPFS hubiera sido más baja al principio que lo que habría sido de no haber existido el PDA, ya que las áreas en las que el PDA resultó más efectivo fueron asignadas al área de

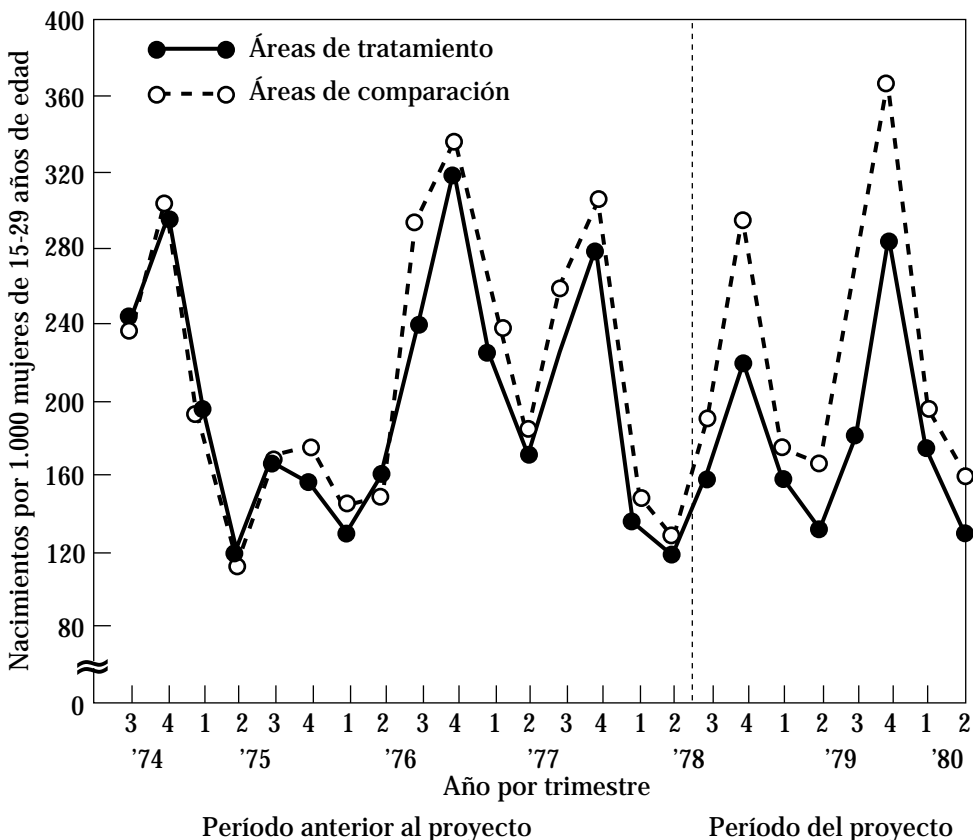
Gráfica 3. TGnF ajustadas estacionalmente por trimestre en las áreas de tratamiento y comparación del PSPFS, 1974-80.



tratamiento del PSPFS. Sin embargo, la trayectoria de la TGNF en el transcurso del tiempo sugiere que durante el PSPFS surgió un diferencial más pronunciado y que su magnitud no tuvo precedentes en años recientes.

Tal como se muestra en la gráfica 2, la fecundidad natural en el área rural de Bangladesh está sujeta a una marcada variación estacional que puede confundir los efectos del control de la fecundidad en el corto plazo.²² Por lo tanto, calculamos tasas de fecundidad ajustadas estacionalmente con el fin de dilucidar los efectos del PSPFS en el contexto de las tendencias de la fecundidad en el largo plazo. En la gráfica 3 se muestran estas tasas ajustadas estacionalmente.²³ La serie de tiempo de la misma gráfica 3 muestra más claramente que la gráfica 2 el efecto contaminante hipotético del PDA y el pronunciado efecto del PSPFS durante el período del proyecto. Visto en términos de los ciclos de largo alcance en la fecundidad, el período de impacto del PSPFS comenzó en un momento en el que la fecundidad era inusualmente

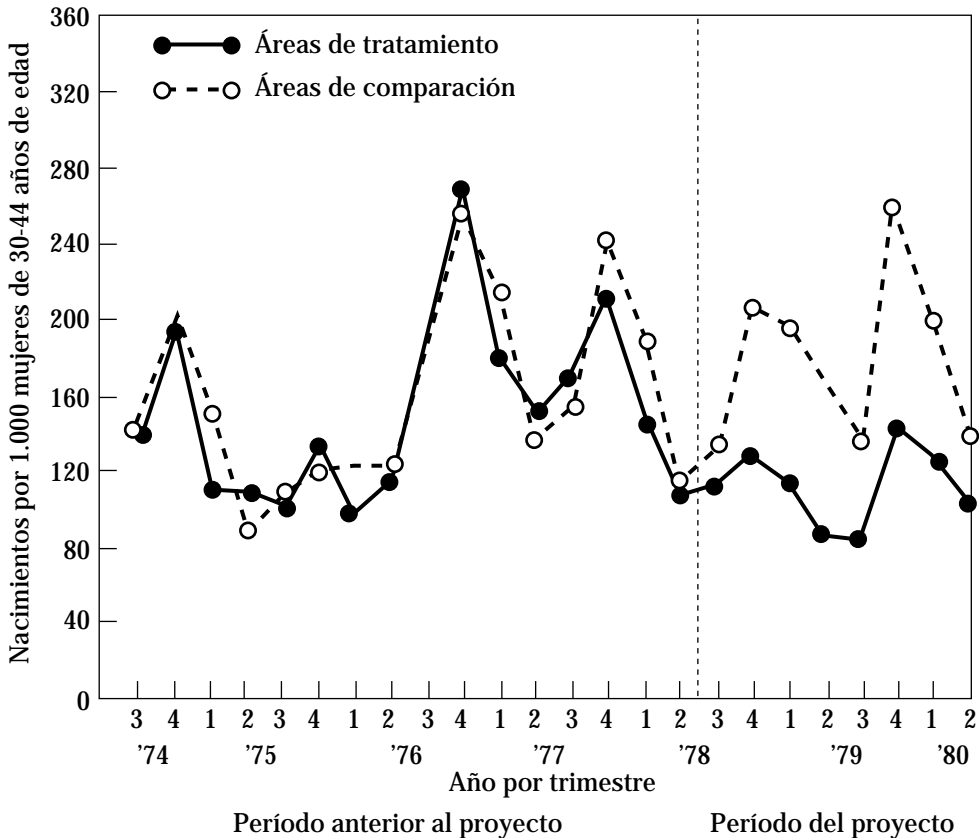
Gráfica 4. Tasas de fecundidad trimestrales entre mujeres de 15-29 años de edad en las áreas de tratamiento y comparación del PSPFS, 1974-80.



baja como resultado del efecto “ondulante” de la hambruna de 1974. Una proporción insólita de mujeres se encontraba en riesgo de concebir en 1975 como resultado de la baja fecundidad en ese año. Por lo tanto, las tasas de natalidad fueron elevadas en 1976, lo cual, a su vez, redujo la proporción de mujeres en riesgo de concebir el año siguiente. Aunque el PSPFS no redujo la fecundidad más allá de los niveles ya de por sí bajos de 1978, evitó un incremento en la fecundidad en el área de tratamiento que habría ocurrido en ausencia de los servicios del PSPFS. Lo anterior se ilustra en la gráfica 3 por el incremento sostenido de la fecundidad en el área de comparación en el transcurso del período de 1978 a 1980.

En la gráfica 4 se muestra que el PSPFS tuvo un efecto sostenido sobre la fecundidad entre aquellas mujeres de menos de 30 años que no se limitó a la temporada de fecundidad máxima. En la gráfica 5 aparece el impacto más pronunciado del programa entre mujeres de 30 años en adelante y la tendencia del programa a disminuir los vaivenes estacionales de la fecundidad entre las

Gráfica 5. Tasas de fecundidad trimestrales entre mujeres de 30-44 años de edad en las áreas de tratamiento y comparación del PSPFS, 1974-80.



mujeres de más edad. Ello no sorprende, dado que la estacionalidad es un fenómeno natural de la fecundidad.²⁴

Ajuste por contaminación

En las gráficas 2-5 aparecen las tendencias de la fecundidad consistentes con la hipótesis de que el PDA contaminó al PSPFS. Por lo tanto, resulta apropiado modelar los niveles de fecundidad para los períodos del proyecto del PDA y el PSPFS para las cuatro células del diseño del PDA-PSPFS. El objetivo del modelado es ajustar los efectos de un proyecto por los efectos concomitantes del otro. Como la estacionalidad es pronunciada, resulta útil examinar también los efectos netos de los servicios controlando los ciclos de fecundidad no relacionados con las actividades de servicio. El siguiente es un modelo que permite alcanzar lo anterior:

$$Y_t = \phi Y_{t-1} + \dots + \phi_p Y_{t-p} + \alpha + \sum \beta_i + \gamma + \delta \quad (1)$$

en donde,

Y_t = la tasa general de fecundidad en ese momento t ,

ϕ_i = un coeficiente de retraso por el retraso de tiempo i por los retardos especificados p ,

α = punto de intersección equivalente a la TGNF promedio para el cuarto trimestre,

β_i = efectos de la estacionalidad,

γ = el efecto aditivo del PDA, y

δ = el efecto aditivo del PSPFS.

La muestra para la estimación de (1) consta de 64 observaciones trimestrales de las TGNF para los cuatro grupos de aldeas del diseño del PDA-PSPFS en el período de 1976 a 1980. La estimación utiliza el método de Box y Jenkins.²⁵

En el cuadro 3 aparecen los parámetros estimados de este modelo. Los coeficientes confirman los efectos independientes de la variación estacional que predominaron. Ello sugiere que la variación en los determinantes de la fecundidad natural, tales como el momento del matrimonio, la frecuencia coital, la separación de los cónyuges y otros, representan una parte de la variación en la fecundidad de Matlab sustancialmente mayor que las variables que definen la presencia o ausencia de las condiciones del PSPFS o el PDA. Sin embargo, las pruebas sobre coeficientes sugieren que las dos estrategias de servicio tuvieron efectos sobre la fecundidad, particularmente entre las parejas en las áreas del PSPFS. Más de 80 por ciento de la variación es explicada por la regresión, estando la porción no explicada representada por tendencias seculares o por los "efectos ondulatorios de la hambruna" comentados anteriormente.

Las TGnF esperadas que aparecen en el cuadro 3 muestran la Y predicha bajo condiciones diferentes. La fila de intersección (202,8) es la TGnF predicha cuando todas las variables independientes se encuentran en sus promedios —el gran promedio de muestra de las TGnF. La TGnF para las temporadas es la TGnF predicha cuando todos los efectos estacionales se encuentran en sus promedios y los efectos del PDA y el PSPFS son de cero. De esta forma, los coeficientes del PDA y el PSPFS expresan el efecto aditivo de ajustar los servicios por la estacionalidad. La TGnF predicha del PDA (203,0) representa, en promedio, un impacto de 8,3 por ciento sobre la fecundidad.²⁶ La TGnF del PSPFS, 172,7, representa una disminución neta de 22 por ciento. De esta forma, los coeficientes sugieren un efecto del PSPFS que es casi tres veces el del PDA.

Para someter a prueba la hipótesis de que los efectos del programa se encuentran sujetos a una variación estacional se estimaron regresiones adicionales. Como los términos de la interacción eran insignificantes, las regresiones no respaldan la hipótesis de que los efectos del tratamiento varían con la estacionalidad de la fecundidad.²⁷ Por lo tanto, los efectos de los programas son aditivos: los servicios anticonceptivos han alterado el nivel de la fecundidad, pero no la variación estacional en la fecundidad.

En resumen, concluimos que los dos proyectos tuvieron un efecto neto sobre la fecundidad. La estacionalidad tiene efectos más pronunciados que los servicios anticonceptivos —efectos que se ven moderados en términos absolutos, pero no relativos, por el control extendido de la fecundidad. Bajo los supuestos empleados, el PSPFS redujo la fecundidad en una proporción que osciló entre 22 y 25 por ciento en los primeros dos años del proyecto.

Cuadro 3. Análisis autorregresivo de primer orden del impacto relativo del PDA y del PSPFS

Nombre del coeficiente	Coficiente	Error estándar	Razón de t	TGnF predicha
φ	-0,5	0,1	-4,4**	—
Punto de Intersección ^a	290,5	9,3	31,1**	202,8 ^b
Efecto 1er. Trim.	-87,7	7,4	-11,8**	
Efecto 2º. Trim.	-129,8	8,2	-15,8**	221,4 ^c
Efecto 3er. Trim.	-80,8	6,8	-11,9**	
Efecto de PDA	-18,4	11,0	-1,7*	203,0 ^d
Efecto del PSPFS	-48,7	11,8	-4,5**	172,7 ^e

R Múltiple = 0,910. $R^2 = 0,828$. $F = 55,92$.** d.f. = K/N-K-1/58.

* $p < 0,05$ (alternativa unilateral). ** $p < 0,001$ (alternativa unilateral). $N = 64$.

^a Como se ha omitido el cuarto trimestre, la intersección es el promedio del cuarto trimestre.

^b TGF = $Y = \text{gran promedio}$. ^c TGF = $Y = \alpha + \sum \beta_i \bar{X}_i$ ^d TGF = $Y = \alpha + \sum \beta_i \bar{X}_i + y$

^e TGF = $Y = \alpha + \sum \beta_i \bar{X}_i + \delta$

Implicaciones

Una gran parte de la literatura internacional sobre políticas de población a lo largo de la década pasada ha estado orientada hacia un debate sobre la eficacia de los programas de servicios anticonceptivos.²⁸ Existen dos posiciones que han alcanzado prominencia en este debate, aunque podría argumentarse que en años recientes ha surgido una tercera.

La primera posición sostiene que los efectos de los servicios anticonceptivos son una consecuencia de cambios previos en los motivos reproductivos. Desde este punto de vista, los efectos de los servicios anticonceptivos son un resultado de los cambios sociales y demográficos que influyen sobre los motivos reproductivos. Una vez que los motivos han sido afectados por el cambio social, la conducta de limitación de la fecundidad se modificará, ya que existen alternativas tradicionales a la anticoncepción en las que puede ejercerse cierto grado de control de la fecundidad. La anticoncepción moderna puede sustituir a la conducta tradicional de planificación de nacimientos, pero jamás podrá inducir el cambio demográfico.²⁹

La segunda posición sostiene que los servicios anticonceptivos tienen efectos porque existe una demanda latente de métodos eficientes de planificación de los nacimientos. Desde este punto de vista, existen gradaciones en los motivos reproductivos, de tal suerte que la existencia de servicios adecuados, accesibles y efectivos puede, en alguna medida, obviar la necesidad de motivos fuertes para el control de la fecundidad. En ausencia de un comportamiento extendido de limitación de la natalidad, los programas de servicios pueden dar inicio al cambio en la fecundidad.³⁰

Existe un tercer punto de vista que surge del estudio de las tendencias demográficas contemporáneas: a saber, que los programas de servicios anticonceptivos no inician el cambio en la fecundidad; pero que, no obstante, pueden satisfacer una demanda cada vez mayor de control de la fecundidad de una forma más eficiente que los mecanismos tradicionales, y pueden estimular la difusión de la innovación anticonceptiva en las sociedades tradicionales. Siendo así, a medida que los cambios demográficos se presentan, las disminuciones en la fecundidad son más pronunciadas en el período que sigue a la introducción de los servicios que en el período anterior.³¹

Los datos que provienen de los estudios de servicios anticonceptivos de Matlab respaldan la segunda posición. Al parecer, los hallazgos muestran que los servicios anticonceptivos pueden dar inicio a un cambio en la fecundidad en una población rural, pobre y tradicional. Por ello, parece que existe una demanda insatisfecha de anticoncepción en las áreas rurales de Bangladesh que puede ser satisfecha a través de un programa intensivo de campo.

De esta investigación surgen seis implicaciones para las políticas que son específicamente relevantes para Bangladesh.

En primer lugar, es posible reducir la fecundidad de manera significativa en Bangladesh mejorando la disponibilidad de métodos anticonceptivos en los hogares. Sin embargo, es probable que los efectos sean temporales, a menos que la distribución involucre a trabajadores capacitados que sistemáticamente den seguimiento a los usuarios y atiendan sus necesidades. Como la pobreza y la mala salud crónica se encuentran ampliamente extendidas en las zonas rurales de Bangladesh, los usuarios no tienen la capacidad para distinguir entre los efectos colaterales y otras enfermedades, y no pueden permitirse el tratamiento de padecimientos menores. Aunque las parejas de las zonas rurales experimentarán con la nueva tecnología anticonceptiva, su uso no será sostenido a menos que los problemas reales y percibidos en torno a la salud y la anticoncepción sean atendidos por paramédicos capacitados, de origen local, y que haya empatía con ellos.

En segundo lugar, un programa orientado a usuarios que ofrezca una amplia selección de métodos, consejería capacitada, un seguimiento riguroso y el tratamiento de efectos colaterales, al igual que servicios de salud complementarios, será sustancialmente más efectivo que un sistema basado en uno o dos métodos distribuidos por trabajadores no calificados. Además, estos efectos pueden sostenerse a lo largo del tiempo. En un análisis del PSPFS resulta difícil determinar en qué medida el éxito del proyecto se relaciona con las estrategias de planificación familiar (DMPA administrado a domicilio, seguimiento, capacitación mejorada y demás) o con los servicios de salud complementarios (tratamiento y canalización de efectos colaterales, atención de SMI y otros). Es útil hacer notar, sin embargo, que se obtuvieron incrementos significativos de prevalencia antes del desarrollo de los servicios de SMI. De esta forma, la integración de la SMI con la planificación familiar parece haber mejorado el desempeño del programa a través de sus efectos directos sobre la atención en planificación familiar. Una estrategia de servicios de salud ha permitido a los trabajadores del ICDDR,B ofrecer a las parejas una más amplia variedad de métodos y una mejor atención anticonceptiva que lo que sería posible hacer en una campaña de planificación familiar vertical. (Que los servicios de SMI integrales enfocados a reducir la morbilidad y la mortalidad influyan de manera indirecta sobre la fecundidad es una cuestión que debe ser abordada en investigaciones futuras.)

En tercer lugar, la estacionalidad de la fecundidad es pronunciada incluso en las áreas en las que el PSPFS ofrece servicios. Esta característica de la fecundidad requiere de investigación y reconocimiento en el área de la planificación de políticas. Las campañas intensivas, por ejemplo, serán mucho más efectivas si se lanzan en los meses de diciembre a marzo que si comienzan en los meses de abril a noviembre. Las campañas educativas y de promoción

intensivas deberán coincidir con las temporadas en las que las tasas de concepción son altas. Es necesario realizar más investigación orientada al desarrollo de nuestra comprensión de la dinámica de la fecundidad natural y sus implicaciones en materia de políticas.

En cuarto lugar, las tendencias en lo que se refiere a los motivos reproductivos requieren de investigación adicional. No contamos con evidencia alguna en el sentido de que los motivos reproductivos hayan sido afectados por ambos proyectos. Hemos observado que la prevalencia de uso en Matlab ha permanecido en un 34 por ciento constante durante tres años. Esta prevalencia de uso es bastante coincidente con la proporción de mujeres que antes del proyecto afirmó que estaba utilizando un método, o bien que utilizaría uno en el futuro si se les suministraban anticonceptivos. Aun cuando lo anterior pueda sugerir que hemos satisfecho la demanda de anticoncepción que existe en Matlab, y que al hacerlo nuestro proyecto ha tenido efectos sustanciales sobre la fecundidad, debemos estudiar esta cuestión formalmente para determinar si los motivos reproductivos han cambiado *después* de la aceptación de la anticoncepción. Reconocemos que incrementos adicionales en el impacto del PSPFS podrían requerir de cambios en los motivos reproductivos. Que tales motivos puedan ser afectados por las intervenciones de servicios de salud o de otras políticas, es una cuestión crítica que deberá investigarse en Matlab durante los próximos años.

En quinto lugar, se requiere más investigación acerca de los determinantes del éxito del programa. En Matlab, varias aldeas tienen tasas de prevalencia de uso que exceden 50 por ciento; otras tienen tasas de menos de 10 por ciento. La pregunta de por qué el proyecto tuvo éxito en algunos pueblos, pero fracasó en otros, es también un importante aspecto de investigación.

En sexto lugar, el éxito del experimento de Matlab representa un reto para los investigadores y administradores para descubrir formas en las que los resultados del proyecto puedan traducirse en acciones adicionales. De manera particular, se debe reconocer que la capacidad del ICDDR,B para capacitar, implantar, supervisar y dar soporte a un programa integral de servicios anticonceptivos constituye la principal diferencia entre el programa en las áreas de servicio y comparación del PSPFS. Esta capacidad operativa requiere de un escrutinio cuidadoso con miras a la implantación de sus elementos en otros sitios de Bangladesh. La investigación futura deberá someter a prueba la implantación en el contexto del sistema gubernamental de servicios y centrarse en la identificación y comprensión de las barreras críticas para replicar la experiencia de Matlab.

Los experimentos de servicios anticonceptivos en Matlab demuestran que las zonas rurales de Bangladesh constituyen una promesa sustancial para

alcanzar el desarrollo demográfico, y que los servicios efectivos pueden producir descensos importantes en la fecundidad. De este modo, la escasez de evidencia de los efectos demográficos resultantes del programa nacional puede estar estrechamente vinculada con una ejecución incompleta del programa, más que con una falta de motivación de las parejas de las zonas rurales de Bangladesh para limitar o espaciar los nacimientos.

Referencias y notas

1. Ver, por ejemplo, W. P. Mauldin y B. Berelson, con una sección por Z. Sykes, "Conditions of fertility decline in developing countries, 1965-75," *Studies in Family Planning* 9, Núm. 5 (mayo de 1978): 89-147.
2. Una revisión crítica de los experimentos de planificación familiar y sus limitaciones se encuentra en D. J. Hernández, "The impact of family planning programs on fertility in developing countries: A critical evaluation", *Journal of Social Research* 10 (1981): 32-66.
3. En 1979, el LIC se convirtió en el Centro Internacional para la Investigación de las Enfermedades Diarréicas, Bangladesh (ICDDR,B por sus siglas en inglés).
4. El PDA se comenta en M. Rahman, W. H. Mosley, A. R. Khan, A. I. Chowdhury y J. Chakraborty, "Contraceptive distribution in Bangladesh: some lessons learned", *Studies in Family Planning* 11, No. 6 (June 1980): 191-201; y sus efectos se evalúan en Wayne S. Stinson, James F. Phillips, Makhlisur Rahman y J. Chakraborty, "The demographic impact of the Contraceptive Distribution Project in Matlab, Bangladesh", *Studies in Family Planning*, Vol. 13 No. 5, May, 1982.
5. M. Alamgir, "Some aspects of Bangladesh agriculture: Review of performance and evaluation of policies", *Bangladesh Development Studies* 2 (1975): 737-818.
6. Oficina de Estadística de Bangladesh, *National Volume: 1974 Bangladesh Population Census Report* (Dacca: Ministry of Planning, Government of the People's Republic of Bangladesh, 1977).
7. Ver, por ejemplo, G. T. Curlin, L. C. Chen y S. B. Hussain, "Demographic crisis: The impact of the Bangladesh civil war (1971) on births and deaths in a rural area of Bangladesh", *Population Studies* 30 (1976): 87-105.
8. Una útil revisión de la situación del desarrollo en Bangladesh y sus consecuencias demográficas aparece en W. B. Arthur y G. McNicoll, "An analytic survey of population and development in Bangladesh", *Population and Development Review* 4, núm. 1 (marzo 1978): 23-80. Investigaciones recientes en Indonesia han demostrado que las áreas con mayor adversidad económica son aquellas más receptivas a la anticoncepción: R. Freedman, Siew-Ean Khoo y B. Supraptilah, "Modern contraceptive use in Indonesia: A challenge to conventional wisdom", *International Family Planning Perspectives* 7, num. 1 (1980): 3-15. Claramente, el contexto social y económico del estudio de Matlab admite más investigación.
9. La cuestión de los posibles efectos contaminantes del cambio social y económico en Matlab es difícil de evaluar, dado que no ha sido objeto de investigación sistemática a lo largo del tiempo. La tabulación del Censo realizado por el LIC de Matlab en 1974 ha demostrado, sin embargo, que los diferenciales de condición socioeconómica entre tratamientos no eran consecuentes: J. F. Phillips, S. Bhatia y A. I. Chowdhury, "Differentials in social and economic characteristics of treatment and comparison areas of the Family Planning-Health Services Project, 1974, Cholera Research Laboratory Census, Matlab", manuscrito no publicado, 1981.

10. Rahman y cols., citados en la nota 4.
11. Stinson y cols., citados en la nota 4.
12. Una revisión completa del PSPFS aparece en S. Bhatia, W. H. Mosley, A. S. G. Faruque y J. Chakraborty, "The Matlab Family Planning-Health Services Project", *Studies in Family Planning* 11, Núm. 6 (junio de 1980): 202-212. Aun cuando el proyecto ha incluido servicios de salud materno-infantil, únicamente se han implantado por completo la inmunización contra el tétanos y la terapia oral para combatir la diarrea. Los trabajadores fueron capacitados para ofrecer consejería a las mujeres embarazadas respecto a prácticas para el parto, información sobre nutrición y para entrenar a las familias en cuestiones de higiene y sanidad. Sin embargo, como el trabajo de salud está orientado hacia el tratamiento y la atención a usuarios de anticonceptivos principalmente, la estrategia tiene que ver más con la prestación de servicios de planificación familiar integrales que con una estrategia de servicios de salud integrados.
13. Ver Bhatia y cols., citados en la nota 12, y J. F. Phillips, P. Claquin y J. Chakraborty, "A case study in the integration of health with family planning services in Matlab, Thana, Bangladesh", documento presentado durante el Seminario Regional para la Evaluación de Esquemas y Estrategias para Programas de Planificación Familiar Integrados con Referencia Especial al Mayor Involucramiento de las Instituciones Locales (Organización de Naciones Unidas: ESCAP, Bangkok, junio 1981).
14. Todas las tubectomías en Matlab son realizadas por paramédicos con la asistencia de un médico.
15. La regulación menstrual (RM) no se promueve activamente en el campo. Más bien, ha servido básicamente como método de respaldo para fallas anticonceptivas. Por lo tanto, en tres años se realizaron únicamente 250 RM.
16. Este sistema de datos demográficos y censales se conoce como Sistema de Vigilancia Demográfica (SVD). Una revisión útil del SVD aparece en la publicación del Laboratorio de Investigaciones sobre el Cólera titulada *Demographic Surveillance System-Matlab*, Vol. 1. *Methods and Procedures* (mimeografiado, marzo 1978); y K. M. A. Aziz, "The methodology of vital events registration in rural Bangladesh" en *Statistics-The Essential Tool for Research and Planning*, memoria de la First National Statistical Conference of the Bangladesh Statistical Association, marzo de 1977, pp. 98-101.
17. Los nacimientos en mujeres de menos de 15 años, o de más de 44, se añadieron a los grupos etarios adyacentes.
18. A mediados de 1978, 84 aldeas se excluyeron del Sistema de Vigilancia. En las tabulaciones del PSPFS únicamente se utilizan las aldeas incluidas. Por lo tanto, los análisis de los datos de 1974 a 1978 por el PSPFS utilizan las aldeas del área reducida del SVD para garantizar la comparabilidad con las tabulaciones de datos posteriores a 1978.
19. Los datos de mortalidad y migración para 1980 están incompletos. Sin embargo, los datos de mortalidad incompletos únicamente introdujeron reducciones espurias menores en las tasas de 1980, ya que la mortalidad entre mujeres en edad fértil es baja. Los datos de 1980 que se presentan a continuación son, no obstante, tentativos y están sujetos a revisión.
20. Los denominadores para los grupos etarios de cinco años de alguna manera están distorsionados por la aglomeración de edades y por las discontinuidades en el tamaño de los grupos etarios individuales. Nosotros planteamos una décima parte constante de cada grupo etario de cinco años por semestre, aunque habría sido más válido un método graduado que utilizara una curva parabólica. La mayoría de los análisis en este documento se basan en grupos etarios de 15 años o en la tasa de

- fecundidad general; resulta dudoso si los resultados habrían sido afectados de manera significativa por este refinamiento.
21. Los diferenciales de edad no afectan nuestras comparaciones por áreas, pero el descenso en la mediana de edad de aproximadamente 15 meses de 1974 a 1979 tiene un ligero impacto en las comparaciones cronológicas.
 22. La estacionalidad fue documentada primero en J. Stoeckel y A. K. M. A. Chowdhury, "Seasonal variation in births in rural East Pakistan", *Journal of Biosocial Science* 4 (1972): 107-116, y ha sido observada en otras áreas de Bangladesh. Ver, por ejemplo, los reportes de la dinámica de la fecundidad en Campanigonj en N. Alam, A. Ashraf y A. H. Khan, "Land, famine and fertility", un informe de la Unidad de Investigación y Evaluación del Proyecto de Salud de Campanigonj (Dacca: Comisión Cristiana para el Desarrollo de Bangladesh, 1980, mimeografiado). Becker ha analizado y modelado la variación estacional para el período 1968-74, encontrando un patrón de corroboración en el que los puntos máximos y las depresiones variaban 40 por ciento a partir del promedio, un nivel de variación que es "más pronunciado que los diferenciales sociales, económicos o geográficos que se han observado en la población de Bangladesh"; S. Becker, "Seasonality of fertility in Matlab, Bangladesh", *Journal of Biosocial Science* 13 Núm. 1 (1979): 97-105. La estacionalidad de la conducta coital es la explicación citada con mayor frecuencia para este patrón (ver H. D. Gupta, "Climate and conception rates in Punjab India", *Indian Journal of Public Health* 19 [1975]: 122; y K. M. A. Aziz, *Sex Socialization and Philosophies of Life in Relation to Fertility Behavior: An Anthropological Approach*, disertación para obtención de doctorado, Universidad de Rajshahi, 1981), aunque la estacionalidad en lo que se refiere a la separación de cónyuges contribuye al patrón observado; L. C. Chen, S. Ahmed, G. Gesche y W. H. Mosley, "A prospective study of birth interval dynamics in rural East Pakistan", *Population* 28 (1974): 277-297. La temporada de la cosecha, que precede al período de anticoncepción más alto, reduce la adversidad nutricional incrementando con ello la fecundidad en una época en la que la frecuencia coital es relativamente alta como resultado del clima templado en esa época del año; S. L. Huffman, A. K. M. A. Chowdhury, W. H. Mosley y J. Chakraborty, "Nutrition and post partum amenorrhea in rural Bangladesh", *Population Studies* 32, Núm. 2 (1978): 251-260.
 23. En la gráfica 3, la estacionalidad se ajustó por medio del procedimiento que aparece a continuación: F define un factor de ajuste para el trimestre i del grupo de edad m . Luego entonces:

$$F_{im} = \frac{\sum_{i=1}^4 \sum_{j=2}^6 B_{ijm}}{\left[\sum_{j=2}^6 B_{ijm} \right]} \quad (2)$$

en donde B_{ijm} es el número de nacimientos en madres de edad m en el trimestre i del año j anualizados multiplicándolos por cuatro. La TGF ajustada se calculó utilizando factores trimestrales para cada grupo de edad de la manera siguiente:

$$GFR_{ij} = \frac{\left[\sum_{m=4}^9 F_{jm} B_{ijm} \right]}{P_{ij}} \cdot 100 \quad (3)$$

en donde la $TGnF_{ij}$ es la tasa general de fecundidad ajustada para el trimestre i del año j y P_{ij} es el número de mujeres de 15-44 años de edad en riesgo a mediados del trimestre i del año j . Una suposición implícita de esta estrategia es que la estacionalidad es multiplicativa: la alta fecundidad genera una alta estacionalidad. Una discusión útil de los factores alternativos se encuentra en C. Chatfield, *The Analysis of Time Series: An Introduction* (Londres: Chapman and Hall, 1980).

24. Tal como aparece en la gráfica 1, la prevalencia de uso de anticonceptivos en Matlab no es estacional.
25. G. E. P. Box y G. M. Jenkins, *Time Series Analysis, Forecasting and Control* (San Francisco: Holden-Day 1976).
26. Stinson y cols. (ver *Studies in Family Planning*, Vol. 13 Núm. 5, mayo, 1982) han demostrado que una sola estimación del impacto en la fecundidad para los dos años del PDA resulta inapropiada porque los efectos tuvieron lugar únicamente durante el primer año. Por lo tanto, el impacto perdurable del PDA fue nulo.
27. Las interacciones de segundo orden con la edad no se sometieron a prueba. Es posible que los efectos del programa sean estacionales entre las mujeres de más de 30 años de edad.
28. Una revisión útil de las posiciones en este debate puede ser encontrada en R. Freedman y B. Berelson, "The record of family planning programs", *Studies in Family Planning* 7, núm. 1 (enero, 1976): 1-40. Las posiciones en el debate se encuentran bien representadas por Amy Ong Tsui y Donald J. Bogue, "Declining world fertility: Trends, causes, implications", *Population Bulletin* 33, Núm. 4 (Washington, D.C.: Population Reference Bureau, 1978), y una revisión crítica de ese documento en Paul Demeny, "On the end of the population explosion", *Population and Development Review* 5, Núm. 1 (marzo, 1979): 141-162.
29. J. Blake y P. Das Gupta, "Reproductive motivation versus contraceptive technology: Is recent American experience an exception?", *Population and Development Review* 1 Núm. 2 (diciembre, 1975): 229-250.
30. D. J. Bogue, "The end of the population explosion", *The Public Interest* 7 (Primavera, 1967): 11-20.
31. Mauldin y Berelson, citados en la nota 1.

ACCESO

Introducción

James R. Foreit

Se entiende por *acceso a la anticoncepción* la capacidad de las personas para obtener por parte de un sistema de prestación de servicios medios que les permitan la planificación familiar. Los programas de planificación familiar de los años sesenta y de los setenta ponían énfasis en alcanzar a las poblaciones rurales y urbanas en precaria situación económica que recibían una insuficiente prestación de esos servicios. Prácticamente todas las modalidades actuales de entrega de servicios, así como los programas de apoyo de Información, Educación y Comunicación (IEC), se desarrollaron en esos años. Entre las modalidades que prosperaron se encontraba el uso de personal paramédico, la distribución de base comunitaria de anticonceptivos, servicios dentro del lugar de trabajo, planificación familiar post-parto y post-aborto, mercadeo social e integración de la planificación familiar a otras actividades de salud y de desarrollo comunitario (Taylor y Berelson, 1971; Foreit y cols., 1978).

Desde un punto de vista tradicional, se describe el *acceso* como integrado por cuatro dimensiones, mismas que reciben el influjo de los gerentes de programa: *el acceso geográfico* se refiere a la cantidad, tipo y ubicación de los servicios; *el acceso económico* se refiere a los costos en los que incurren los usuarios prospectivos para obtener los servicios; *el acceso administrativo* se refiere a las normas y procedimientos programáticos que pueden facilitar o restringir la capacidad del usuario para obtener servicios; y el *acceso a la información* se refiere a la cantidad de información que está disponible para usuarios potenciales respecto de los servicios, los anticonceptivos y la necesidad de planificación familiar (Park y cols., 1977; Foreit y cols., 1978; Bertrand y cols., 1995). Una quinta dimensión sería el *acceso psicosocial*, que se refiere a factores tales como la aprobación social, el estigma o las actitudes individuales que pueden facilitar o evitar que usuarios potenciales utilicen los servicios del programa (Bertrand y cols., 1995).

Acceso geográfico

La ubicación física de las instalaciones de planificación familiar a menudo se correlaciona con el uso de anticonceptivos. Se ha observado que la prevalencia de la anticoncepción en las áreas rurales de Tailandia y de las Filipinas

disminuye en función de la distancia a la fuente de los anticonceptivos (Akin y Rous, 1997). Los gerentes de programas de planificación familiar no pueden influir sobre el lugar en el que vive la población objetivo; sin embargo, pueden ubicar los servicios de manera que los usuarios potenciales accedan a ellos. La investigación operativa realizada para mejorar el acceso geográfico en áreas rurales y periurbanas ha estudiado la eficacia y la seguridad de la distribución hecha por personal no médico, *versus* la que se centra en los médicos, generalmente dentro de áreas urbanas.

Entre los primeros estudios de prescripciones hechas por personal no médico, se encuentra la capacitación de parteras enfermeras para insertar el DIU en Corea (Bang y cols., 1968) y el uso de auxiliares de enfermería para proporcionar anticonceptivos orales en Tailandia (Rosenfield y Limcharoen, 1972). Como el mayor obstáculo al empleo de paraprofesionales ha sido la oposición de los médicos locales, se han tenido que reproducir fielmente los estudios sobre la seguridad al utilizar este tipo de prestadores no médicos en cada país. Por consiguiente, los estudios sobre la seguridad y la utilización de paramédicos constituyen una de las partes más importantes de la literatura de IO (Foreit, 1991). En la sección de Impacto de esta obra aparece el artículo clásico de Rosenfield y Limcharoen (1972) que habla de la capacitación y empleo de este tipo de prestadores.

Como lo demuestra la historia, una vez que se estableció la viabilidad de la utilización de profesionales no médicos de la salud para prescribir anticonceptivos, la atención se trasladó a la posibilidad de utilizar trabajadores que no pertenecían al sector salud para distribuir métodos de suministro temporales. Los programas de Distribución de Base Comunitaria (DBC) son probablemente la aplicación más conocida de este enfoque. Estos programas reclutan y capacitan a paraprofesionales tales como amas de casa y comerciantes para distribuir pastillas, condones y espermicidas. La IO ha demostrado repetidas veces que los programas de DBC pueden incrementar la prevalencia de uso de los anticonceptivos, generalmente a un costo bastante bajo por usuario. Se han puesto a prueba muchas variaciones sobre el modelo de DBC, incluyendo la distribución domiciliaria, donde los trabajadores del programa realizan visitas de reclutamiento a usuarios prospectivos, así como visitas de reabastecimiento a usuarios que desean seguir utilizando anticonceptivos, y distribución comercial en áreas que carecen de farmacias y en donde expendios de otro tipo, tales como salones de belleza y tiendas de abarrotes, venden pastillas anticonceptivas y condones (Foreit y cols., 1978).

La investigación operativa en programas de DBC sigue siendo una actividad importante, especialmente en África, en donde vastas poblaciones rurales que viven fuera del alcance de los centros de salud, aunado a un

suministro limitado de trabajadores de salud, han creado la necesidad de contar con prestadores no profesionales. La investigación que se realiza en los programas africanos de DBC ha reportado principalmente acerca de la eficacia de los programas en lo que se refiere al acceso a poblaciones objetivo; sin embargo, en trabajos más recientes realizados en África (Bertrand y cols., 1993), se ha comenzado a dar información sobre los costos de los programas de DBC. El primer artículo de esta sección (Doucoure y cols., 1993), es el informe de un proyecto de DBC de demostración que se llevó a cabo en 52 poblaciones rurales en Mali. Este trabajo, al igual que muchos de los anteriores que se hicieron sobre impacto y acceso, fue muy eficaz para convencer tanto al gobierno del país como al donante internacional, USAID, de que apoyaran un extenso programa de planificación familiar para las áreas rurales.

Acceso económico

Los gerentes de programa no pueden mejorar los ingresos de sus usuarios, pero pueden influir sobre los precios de sus servicios. La meta de los primeros programas de planificación familiar era minimizar los costos económicos para los usuarios. A menudo, se proporcionaban los anticonceptivos gratuitamente o a precios nominales (Foreit, 1978), y en muchos otros casos se les distribuía también gratuitamente en los hogares, lo que eliminaba algunos costos para el usuario, como por ejemplo los gastos de transporte. En una revisión de la bibliografía sobre el tema, Lewis (1986) encontró que al reducirse los precios de los anticonceptivos se incrementaba la cantidad que se distribuía. Dichas reducciones, sin embargo, no siempre dieron como resultado un incremento neto en el uso de métodos de anticoncepción. En algunos casos, tales disminuciones sólo lograron que los consumidores existentes sustituyeran las fuentes de suministro a precios menores por lugares de venta con precios más altos (World Bank, 1993). De manera similar, hay evidencia que sugiere que los usuarios con ingresos más elevados reciben la mayor proporción de subsidios para los anticonceptivos (Haaga y Tsui, 1995).

En la década de los noventa, con una creciente demanda por anticonceptivos y con los estancados o disminuidos recursos de donantes internacionales para programas de planificación familiar, los prestadores comenzaron a cobrar honorarios cada vez más altos por los servicios de anticoncepción. Existe una inquietud muy difundida en el sentido de que los aumentos de precios pueden llegar a impedir que los usuarios más pobres accedan a la planificación familiar. Como resultado de la reducción de los subsidios para los usuarios, el problema de acceso económico ha cambiado: de maximizar el acceso a la planificación familiar mediante la reducción de precios, a minimizar las reducciones en el acceso ocasionadas por la necesidad de elevar los precios.

Hasta ahora, no se tiene una idea clara del impacto real de las cuotas de los usuarios sobre el uso de anticonceptivos. Sin embargo, existe evidencia de Perú y Bangladesh (APROPO, 1991; Janowitz y Bratt, 1996) en la que se observa una substitución de fuentes cuando los precios aumentan, y las reducciones en la utilización del programa originadas por aumentos de precio que son, a menudo, temporales.

El estudio de las cuestiones relativas a la elasticidad de la demanda debida al precio para servicios de planificación familiar es algo relativamente nuevo. En esta sección presentamos un estudio de diagnóstico que calcula el efecto de los aumentos de precio del DIU sobre la utilización y los ingresos del programa de planificación familiar en una organización ecuatoriana no lucrativa, la APROFE (León y Cuesta, 1993, en este mismo volumen).

Acceso administrativo

Entre las restricciones administrativas al uso de la anticoncepción en el punto de prestación de servicios se encuentran: la demanda por una documentación excesiva, horas de atención poco convenientes, tiempos de espera prolongados y servicios demasiado concurridos. Se han desarrollado instrumentos como el análisis del flujo de pacientes, y se han llevado a cabo estudios de diagnóstico e intervención para mejorar la organización de los servicios. Diversos estudios de intervención se han realizado con el propósito de mejorar la organización de los servicios en el punto mismo de la prestación (véase por ejemplo, Solari y cols., 1989). Los estudios más comunes son los de diagnóstico, que pretenden describir un problema e, idealmente, sugerir soluciones potenciales (véase por ejemplo, Lassner y cols., 1986).

Las barreras médicas, o restricciones médicas sin justificación científica para la provisión de anticonceptivos a usuarios potenciales, se han identificado como problemas de acceso administrativo (Bertrand y cols., 1995). Los mismos médicos son la fuente de problemas de acceso médico, y su conocimiento y comportamiento constituyen un reto importante para la comunidad internacional que trabaja en planificación familiar y salud reproductiva. Nuestro ejemplo de uso de la IO para mejorar el acceso administrativo a la planificación familiar es un estudio de diagnóstico que examinó las barreras médicas para el uso de anticonceptivos orales en Senegal (Stanback y cols., 1994, en este mismo volumen).

Acceso a la información

En general, los programas contemporáneos de planificación familiar contienen componentes promocionales muy importantes y buscan llegar a un público múltiple, incluyendo a quienes elaboran políticas, al público en general y a usuarios actuales y potenciales (Piotrow y cols., 1997). Los trabajos de esta sección se centran más específicamente en el problema del suministro de

información a usuarios potenciales de planificación familiar. El problema de la provisión de información a usuarios actuales de la anticoncepción se aborda en León y cols., 1998, en la sección de Recursos.

Los usuarios potenciales requieren de una vasta gama de información para tomar decisiones informadas respecto al uso de anticonceptivos, incluyendo sus beneficios, métodos disponibles, sus características y ubicación de los servicios. Los investigadores pioneros (Rogers y Shoemaker, 1971, y Rogers 1973) argumentaban que el proceso de comunicación más importante para la difusión de la planificación familiar en los países en desarrollo era la comunicación interpersonal. Otros estudiosos (Lin y Hingson, 1974) propusieron que en muchas otras circunstancias los medios masivos y/o locales (conferencias, pizarrones de anuncios, el teatro local y otros) podrían ser más eficaces, e incluso más costo-efectivos, que la comunicación interpersonal para crear conciencia respecto a la planificación familiar. De hecho, tal y como lo sugiere la evidencia, los tres tipos de comunicación pueden ser eficaces para modificar el comportamiento relacionado con la planificación familiar (Piotrow y cols., 1997), y casi todos los programas los consideran canales complementarios, no opuestos: "Mientras que los medios masivos proporcionan información rápida y repetidamente a grandes audiencias, la comunicación interpersonal lleva a una comprensión más profunda, aborda inquietudes individuales y brinda una retroalimentación inmediata" (World Bank, 1993).

La investigación sobre el acceso a la información generalmente se lleva a cabo mediante una campaña de comunicación de dos etapas: la primera durante el diseño de la intervención, y la segunda cuando se le somete a prueba. Los investigadores especialistas en información, educación y comunicación (IEC) se refieren a los estudios de diagnóstico que se realizan en la primera fase de una iniciativa de IEC como el *análisis de audiencia*. Este tipo de análisis se lleva a cabo para determinar el tamaño, los requerimientos de información y los hábitos de una población dada respecto a los medios. Un análisis de audiencia se puede realizar de varias maneras; por ejemplo, empleando información publicada, grupos focales, encuestas y otros. Una vez que se ha decidido efectuar una intervención, los mensajes, la presentación y el contenido se someterán a *pre-test*, utilizando para ello a miembros del público al que se quiere llegar (Piotrow y cols., 1997).

A menudo, después del lanzamiento de una campaña de IEC se realiza investigación para determinar el efecto del mensaje o del medio de comunicación en el rendimiento o en los resultados de la planificación familiar. Los efectos se han documentado en una gran cantidad de publicaciones. En esta obra se incluyen trabajos acerca de los efectos de los esfuerzos en los medios masivos y en los de comunicación interpersonal. Nuestra selección

sobre medios masivos (K. Foreit y cols., 1989, en este mismo volumen) es uno de los varios estudios (véase también Kincaid y cols., 1996) que demuestran la efectividad y el costo-efectividad del uso, en este caso, de las revistas de circulación masiva para promover la vasectomía. El estudio lo realizó Pro-Pater de Sao Paulo, Brasil.

La investigación operativa en comunicación interpersonal incluye numerosos ejemplos de estudios de prestadores profesionales, pares promotores (adolescentes que promueven los métodos entre sus compañeros de escuela, y otros) y usuarios satisfechos que están de acuerdo en promover su método en la comunidad. Aunque los promotores pares y los usuarios satisfechos pueden contribuir a que los usuarios potenciales se decidan por un anticonceptivo, es el prestador quien juega un papel clave en la comunicación con el cliente. El proveedor no sólo suministra información que ayuda a un usuario potencial a decidir si desea practicar la anticoncepción; también le ayuda a seleccionar un método específico a quien ya haya adoptado la anticoncepción; y, finalmente, le da al nuevo usuario las instrucciones para el uso correcto del método seleccionado. Como ejemplo de promoción interpersonal, incluimos un artículo sobre la promoción de la esterilización realizada por prestadores de base hospitalaria en Nigeria (Omu y cols., 1989, en este mismo volumen).

Casi toda la investigación aplicada se ha realizado sobre campañas de información cuya meta era informar a los usuarios potenciales acerca de los beneficios de la planificación familiar o para promover un método o fuente en específico (como es el caso de los dos artículos sobre esterilización que se incluyen en esta misma sección). El efecto de campañas promocionales se puede medir en términos de nuevos usuarios, actitudes hacia la planificación familiar y cambios en el conocimiento acerca de la existencia de métodos y fuentes. Sin embargo, muchos materiales de comunicación se diseñan para ayudar a los usuarios actuales que ya han optado por un método a que lo empleen correctamente y con mayor eficacia. Es poco lo que se sabe acerca del efecto que tienen estos materiales sobre resultados tales como la continuación de uso de anticonceptivos o el fracaso de los métodos. Poner a prueba el efecto de los materiales de comunicación que explican el uso de los métodos debería convertirse en una prioridad urgente para la IO en el futuro.

Acceso psicosocial

Existen pocos estudios de investigación operativa que se aboquen al problema del acceso psicosocial a la planificación familiar; sin embargo, en algunos ambientes, estos factores pueden ser críticos en cuanto a la restricción del uso de anticonceptivos. Entre los problemas psicosociales se pueden encontrar cuestiones muy variadas, como el temor a la medicina moderna, el

confinamiento de las mujeres a sus hogares o las creencias religiosas. El papel de los gerentes es encontrar la forma de superar estas barreras. Por ejemplo, se puede lanzar una campaña que proporcione mejor información a los usuarios potenciales acerca de la eficacia y seguridad de la medicina moderna, de los métodos anticonceptivos aprobados por las autoridades religiosas y de la distribución domiciliaria para llevar anticonceptivos a las mujeres que no pueden salir de sus hogares.

Es necesario hacer más IO dirigida hacia la remoción de barreras psicosociales. Conforme los programas mejoren su capacidad de incrementar el número de sitios en los que se pueden obtener anticonceptivos, así como su capacidad de brindar información acerca de la planificación familiar, una proporción creciente de razones para no utilizar la planificación familiar puede ser atribuible a dificultades en el acceso psicosocial (Bongaarts y Bruce, 1995).

Entre los problemas psicosociales susceptibles de solucionarse a través de los programas de planificación familiar está la “distancia social”, la cual ocurre cuando usuarios y prestadores pertenecen a diferentes grupos de edad, clase social, casta, grupo étnico y demás (Huntington y cols., 1990; Schuler y cols., 1985; Cospin y Vernon, 1997). En América Latina, la investigación operativa dirigida a reducir la distancia social se ha centrado en los problemas creados por las diferencias de género. Los servicios de planificación familiar están organizados para satisfacer las necesidades de las mujeres, más que las de los hombres; y como lo demuestra la cantidad de evidencia acumulada, los hombres no se sienten cómodos cuando reciben servicios por parte de una prestadora dentro de un contexto orientado a las mujeres. Vernon y cols. (1991) encontraron que en las clínicas en las que se separaban los servicios para los hombres de los de las mujeres, ya fuera de manera física o temporal, se realizó un mayor número de vasectomías que en aquellas clínicas en las que los servicios estaban juntos. Estudios hechos en Guatemala (Bertrand y cols., 1987) también han demostrado la eficacia de emplear a hombres para persuadir a otros hombres a que utilicen anticonceptivos. Como ejemplo de un caso en el que la IO puede superar un problema de acceso psicosocial, presentamos un estudio realizado en dos programas peruanos de DBC para poner a prueba la eficacia de utilizar distribuidores hombres para atraer a nuevos usuarios de anticoncepción e incrementar el uso del condón (J. Foreit y cols., 1992, en este mismo volumen).

Referencias

- Akin, John S. y Jeffrey J. Rous. 1997. “Effect of provider characteristics on choice of contraceptive behavior: A two-equation full-information maximum-likelihood estimation.” *Demography* 34, 4: 513–24.

- Apoyo al los Programas de Población (APROPO). 1991. *A Study to Increase the Availability and Price of Oral Contraceptives in Three Program Settings*. INOPAL II Final Report. New York: The Population Council.
- Bang, S.S. y cols. 1968. "Improving access to the IUD: Experiments in Koyang, Korea." *Studies in Family Planning* 27: 4-11.
- Bongaarts, John y Judith Bruce. 1995. "The causes of unmet need for contraception and the social content of services." *Studies in Family Planning* 26, 2: 57-75.
- Bertrand, Jane y cols. 1987. "Evaluation of a communications program to increase adoption of vasectomy in Guatemala." *Studies in Family Planning* 18, 6: 361-370.
- . 1993. "Community based distribution of contraceptives in Bas Zaire." *International Family Planning Perspectives* 19, 3: 84-91.
- . 1995. "Access, quality of care and medical barriers in family planning programs." *International Family Planning Perspectives* 21, 2: 64-69 & 74.
- Cospin, Gloria y Ricardo Vernon. 1997. *Reproductive Health Education in Indigenous Areas Through Bilingual Teachers in Guatemala*. INOPAL III Final Report of a project with the Asociación Guatemalteca de Educación Sexual y Desarrollo Humano (AGES). New York: The Population Council.
- Foreit, James R. 1991. "Reaching More Users: More Methods, More Outlets, More Promotion." En: Myrna Seidman y Marjorie C. Horn, *Operations Research: Helping Family Planning Programs Work Better. Proceedings of an International Conference and Workshop on Using Operations Research to Help Family Planning Programs Work Better, held in Columbia, MD. June 11-14, 1990. Progress in Clinical and Biological Research*, vol. 371. New York: Wiley-Liss.
- Foreit, James R. y cols. 1978. "Community based and commercial contraceptive distribution, an inventory and appraisal." *Population Reports Series J*, 19 (March).
- Haaga, John y Amy Tsui. 1995. *Resource Allocation for Family Planning in Developing Countries: Report of a Meeting*. Washington, DC: National Academy Press.
- Huntington, Dale y cols. 1990. "User's perspective of counseling training in Ghana: The 'mystery client trial.'" *Studies in Family Planning* 21, 3: 171-177.
- Janowitz, Barbara y John Bratt. 1996. "What do we really know about the impact of price changes on contraceptive use?" *International Family Planning Perspectives* 22, 1: 38-40.
- Kincaid, D. Lawrence y cols. 1996. "Impact of a mass media vasectomy promotion campaign in Brazil." *International Family Planning Perspectives* 22, 4: 169-175.
- Lassner, Karen J. y cols. 1986. "Sterilization approval and follow-through in Brazil." *Studies in Family Planning* 17, 4: 188-198.
- Lewis, Maureen A. 1986. "Do contraceptive prices affect demand?" *Studies in Family Planning* 17, 3: 126-135.
- Lin, Nan y Ralph Hingson. 1974. "Diffusion of family planning innovations: Theoretical and practical issues." *Studies in Family Planning* 5, 6: 189-194.
- Park, C.B. y cols. 1977. "The Euiryong experiment: A Korean innovation in household contraceptive distribution." *Studies in Family Planning* 8, 3: 67-78.
- Piotrow, Phyllis Tilson y cols. 1997. *Health Communication: Lessons Learned from Family Planning and Reproductive Health*. Westport, CT: Praeger Publishers.
- Rogers, Everett M. 1973. *Communication Strategies in Family Planning*. New York: The Free Press.
- Rogers, Everett M. y F.F. Shoemaker. 1971. *Communication of Innovations: A Cross-Cultural Approach*. New York: The Free Press.

- Rosenfield, Allan y Charoon Limcharoen. 1972. "Auxiliary midwife prescription of oral contraceptives." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 114,7: 942-949.
- Schuler, Sidney Ruth y cols. 1985. "Barriers to effective family planning in Nepal." *Studies in Family Planning* 16, 5: 260-270.
- Solari, Andres y cols. 1989. *Operations Research to Improve Ministry of Health Family Planning Services in the Departments of Ayacucho and Huancavelica, Peru*. INOPAL I Final Report. New York: The Population Council.
- Taylor, Howard C. y Bernard Berelson. 1971. "Comprehensive family planning based on maternal/child health services: A feasibility study for a world program." *Studies in Family Planning* 2, 2: 21-50.
- Vernon, Ricardo y cols. 1991. "Making vasectomy services more acceptable to men." *International Family Planning Perspectives* 17, 2: 55-60.
- World Bank. 1993. *Effective Family Planning Programs*. Washington, DC: World Bank.

COMENTARIOS INTRODUCTORIOS

El efecto de un proyecto de DBC de planificación familiar en Mali

Arkia Doucoure, Diane Djeneba, Fanta Toure, Amadou Traore, Seydou Doumbia, Diouratie Sanogo, Dale Huntington y Claire Viadro

Cuestión programática: *El problema al que se enfrentaron los gerentes del programa fue cómo proveer servicios en un área donde la planificación familiar no se encontraba disponible y la expansión de servicios clínicos no era viable.*

Procesos/componentes programáticos: *El estudio analizó la efectividad de un paquete completo de distribución de base comunitaria, incluyendo la selección, capacitación y compensación del proveedor; los tipos de anticonceptivos distribuidos y la supervisión, en vez de un solo proceso o componente. Se capacitó a dos distribuidores, un hombre y una mujer por cada poblado, para que suministraran condones, espermicidas y, ocasionalmente, anticonceptivos orales. Los distribuidores retuvieron una porción del precio de compra como compensación a sus esfuerzos. Se promovió la anticoncepción a través de visitas domiciliarias, de reuniones y de entrenamiento en cada pueblo.*

Diseño de la investigación: *Se hicieron dos estudios. El primero fue una comparación del uso de la anticoncepción con y sin un programa de DBC. Este estudio fue un proyecto de demostración que utilizó un diseño de un solo grupo y que midió la prevalencia de la anticoncepción antes y después de la intervención en los pueblos en estudio. El segundo recurrió a un diseño experimental para evaluar el efecto de añadir anticonceptivos orales a los métodos de barrera que ofrecía el programa. A cada poblado se le asignó una condición de barrera + anticonceptivo oral o de únicamente método de barrera, y se compararon las tasas de prevalencia de anticonceptivos entre los dos grupos.*

Hallazgos: *Se observó que en un período de 24 meses, la prevalencia del uso de anticonceptivos entre las mujeres de edad fértil de los poblados se había incrementado de 1 por ciento a casi 12 por ciento; y que entre los hombres, el uso del condón subió a más del doble, es decir, de 7 por ciento a casi 16 por ciento.*

Respuestas del programa a los hallazgos: *Con base en los resultados, USAID Mali desarrolló un programa de \$9 millones de dólares para extender la distribución de base comunitaria a todo el país. Este proyecto de DBC seguía en operación en 1998, seis años después del término de la demostración original de IO.*

Discusión: *Un proyecto de demostración, con un diseño pre y post-intervención, por lo general no permite la imputación de causalidad porque no tiene control sobre la maduración —la posibilidad de que el cambio hubiera ocurrido sin la intervención. Sin embargo, nuestros conocimientos sobre las áreas rurales de Mali, donde no había otras fuentes de anticonceptivos aparte de las provistas por el programa de demostración, sugieren que aunque es imposible descartar la posibilidad de que la prevalencia se hubiera incrementado sin el programa DBC, es extremadamente improbable que hubiera sido así. Por consiguiente, un diseño “débil” parece ser el adecuado para obtener un estimado de la efectividad de un programa DBC rural en Mali.*

El efecto de un proyecto de DBC de planificación familiar en Mali

Arkia Doucoure, Diane Djeneba, Fanta Toure,
Amadou Traore, Seydou Doumbia, Diouratie Sanogo,
Dale Huntington y Claire Viadro

Introducción

La República de Mali, un país del oeste de Africa con aproximadamente diez millones de habitantes, está iniciando la transición demográfica de una elevada mortalidad y fecundidad a una baja fecundidad y mortalidad. En 1991, la tasa global de fecundidad (TGF) era de siete hijos por mujer, y solamente 5 por ciento de las mujeres casadas en edad reproductiva utilizaba anticonceptivos. La esperanza de vida al nacer era de 45 años, y la mortalidad infantil se calculaba en 162 por cada 1.000 nacidos vivos. Mali es un país rural en más de 80 por ciento, y su población es pobre, con poco acceso a la educación o a los servicios de salud. Se ha estimado que el producto interno bruto real *per cápita* es de \$570 dólares anuales. Sólo 32 por ciento de los adultos está alfabetizado, y únicamente 43 de cada 1.000 habitantes posee un radio. El acceso a los servicios de salud es limitado, con sólo un médico por cada 23.500 habitantes (United Nations Development Program, 1993).

En este documento se reportan los resultados de un proyecto de investigación operativa para determinar la factibilidad y el nivel de aceptación del uso de la estrategia de distribución de base comunitaria (DBC) para promover el uso de métodos modernos de planificación familiar en el Mali rural. Para mejorar la condición de salud de la población y disminuir la fecundidad, en 1990 el gobierno de Mali puso en marcha programas de planificación familiar que incluyeron un programa de DBC para brindar servicio a personas que viven en áreas rurales. Antes de este proyecto, los pocos servicios de planificación familiar que se encontraban disponibles se limitaban de manera casi exclusiva a las áreas urbanas. El objetivo del proyecto era incrementar el acceso a, y el uso de, los anticonceptivos modernos (Sanogo, 1993; Doucoure y cols., 1993).

La fase preparatoria del proyecto tuvo una duración de un año, de julio de 1990 a junio de 1991. Durante esta fase se seleccionaron 54 pueblos, por demás dispersos, para participar en el proyecto; también se capacitaron 108 agentes de

DBC, que fueron hombres y mujeres residentes en dichos pueblos, ninguno de los cuales disponía de centros de salud o fuentes comerciales de anticonceptivos. Los agentes de DBC, que en ningún caso eran trabajadores de salud, eran responsables de la educación comunitaria y de la prescripción y reabastecimiento de métodos anticonceptivos. Como remuneración por sus esfuerzos, se permitía a estos agentes conservar 40 por ciento del precio de los anticonceptivos que vendían. Originalmente, los métodos que el programa de DBC ofrecía se limitaban a espermicidas y condones. Los agentes eran supervisados por técnicos en desarrollo comunitario y por enfermeras.

La fase de implantación o demostración del proyecto dio inicio en julio de 1991 y tuvo una duración de 18 meses, hasta diciembre de 1992. Durante este período, se hizo la distribución de métodos de barrera y su seguimiento, y se llevaron a cabo actividades de supervisión de los distribuidores y de motivación para los clientes potenciales. Durante la fase de implantación, en cada una de las 54 aldeas un grupo de teatro itinerante representó un drama social original que abordaba temas surgidos de la encuesta de línea base. Un buen número de personas acudió a estas representaciones, que fueron importantes para hacerle publicidad al nuevo programa y al papel de los trabajadores de DBC locales. Los habitantes de los pueblos que solicitaban servicios que no estaban disponibles a través de los distribuidores locales eran canalizados a centros de salud localizados fuera de los pueblos.

Una vez establecido el programa, en un número limitado de aldeas se sometió a prueba la seguridad y factibilidad de la adición de anticonceptivos orales a la mezcla de métodos de DBC. El experimento de anticonceptivos orales, o fase de expansión del proyecto, duró un año, de enero a diciembre de 1993.

Metodología

La investigación operativa consistió en dos estudios. El primero, la fase de demostración, evaluó los cambios en el conocimiento, las actitudes y las prácticas anticonceptivas en los 54 pueblos del estudio, antes y después de la introducción del programa de DBC. El diseño fue una comparación de antes y después sin un grupo de control. La información sobre el uso de anticonceptivos se recolectó en los pueblos participantes a través de tres encuestas, cada una de aproximadamente 1.300 entrevistas. En mayo-junio de 1991 se realizó una encuesta de línea base al final de la etapa de preparación del proyecto. Al concluir la fase de implantación, en febrero de 1992, se realizó una encuesta de seguimiento y otra al final de la fase de expansión, en diciembre de 1993.

Para estudiar el impacto de la introducción de anticonceptivos orales durante la fase de expansión se utilizó un diseño cuasiexperimental. Dieciocho de los 54 pueblos originales fueron seleccionados para la distribución de anticonceptivos orales, y los 36 restantes sirvieron como grupo de comparación.

La distribución de condones y espermicidas continuó tanto en los grupos de intervención como en los de comparación. La capacidad de los trabajadores de DBC para suministrar los anticonceptivos orales de forma correcta fue medida como la concordancia entre las evaluaciones de los supervisores y de los trabajadores en cuanto a contraindicaciones de las clientes al uso de anticonceptivos orales, y a través de un monitoreo de la medida en la que los trabajadores comentaban cómo usar el método y describían contraindicaciones y efectos colaterales al momento de ofrecerle consejería a las clientes. El efecto de la DBC de anticonceptivos orales fue evaluado comparando el cambio en la prevalencia anticonceptiva dentro de los grupos de intervención y de control entre la primera y la segunda encuestas de seguimiento.

Resultados

Fase de demostración: La intervención de DBC tuvo un efecto positivo sobre el uso de anticonceptivos en los pueblos. Sólo 1 por ciento de las mujeres reportó el empleo de un método anticonceptivo antes del lanzamiento del proyecto. Doce meses después de ese lanzamiento, la primera encuesta de seguimiento encontró que el uso de anticonceptivos había aumentado a 11.6 por ciento. El método usado con mayor frecuencia fue el condón, y las respuestas de las mujeres encuestadas estuvieron respaldados por los resultados de las entrevistas con hombres. El número de hombres que reportaron haber usado alguna vez el condón aumentó de aproximadamente 50 por ciento a casi 85 por ciento.

Introducción de anticonceptivos orales: Antes de la introducción de los anticonceptivos orales, la prevalencia anticonceptiva tanto en los pueblos de intervención como en los de control era de aproximadamente 11.6 por ciento. Seis meses después de la introducción de los anticonceptivos orales, los resultados de la encuesta en los 18 pueblos de intervención indicaron que la prevalencia anticonceptiva había aumentado a 31 por ciento, mientras que la prevalencia en las 36 aldeas de control en donde no se habían introducido anticonceptivos orales había aumentado en una cantidad menor: a 21 por ciento.

Los datos recolectados durante el estudio indicaron una concordancia casi perfecta entre las calificaciones otorgadas por los agentes de DBC y sus enfermeras-supervisoras al momento de valorar si las nuevas clientes seleccionadas podían utilizar la píldora. Los hallazgos del estudio revelaron también que en 95–98 por ciento de los casos los agentes de DBC hablaban con las clientes sobre cómo usar los anticonceptivos orales y describían sus ventajas, desventajas y efectos colaterales.

Discusión

El estudio demuestra tanto la efectividad de la estrategia de DBC en el Mali rural como la importancia de incluir métodos no dependientes del coito entre los

anticonceptivos ofrecidos por el programa. El impacto de las actividades de intervención se tradujo en importantes incrementos en el uso de anticonceptivos modernos en los pueblos del estudio. Agregar el anticonceptivo oral a la oferta inicial de métodos de DBC casi triplicó el uso de anticonceptivos en un período de seis meses en las aldeas en donde tal cosa se llevó cabo. Los resultados de la introducción de anticonceptivos orales demostraron también que los agentes de DBC de Mali eran capaces de prescribir las píldoras de manera segura.

Este proyecto representa una serie de “primeros” para Mali. En términos de prestación de servicios, el proyecto fue el primero en el país en utilizar la estrategia de DBC, y el primero en poner a disposición de las áreas rurales productos anticonceptivos. El hecho de que los agentes de DBC fueran residentes de los pueblos en los que desarrollan sus actividades, y que dos agentes por aldea (un hombre y una mujer) hubieran sido seleccionados, son también innovaciones dentro del contexto de Mali. Por último, fue la primera vez que un programa nacional de planificación familiar en un país de Africa francoparlante introdujo la distribución de anticonceptivos orales en un proyecto piloto de DBC.

Mientras estuvo vigente el proyecto de DBC, se celebraron tres seminarios de divulgación —uno al concluir cada fase del proyecto— para discutir los resultados. En los seminarios participaron funcionarios de nivel central y local del Ministerio de Salud y representantes de agencias donantes. Los hallazgos de cada etapa importante se utilizaron para definir estrategias y mejorar la implantación del programa. Por ejemplo, los resultados de la fase de demostración llevaron a la ejecución del estudio sobre distribución de anticonceptivos orales durante la tercera y última etapa del proyecto. El éxito del proyecto de IO llevó al inicio de un programa multimillonario de DBC de nivel nacional, financiado por USAID/Bamako, para expandir la distribución de anticonceptivos en todas las regiones de Mali.

Referencias

- Doucoure, Arkia Diallo y cols. 1993. *Rapport Final des Trois Études de Recherche Operationnelle Réalisées dans le Cadre du Projet de Distribution Communautaire des Contraceptifs au Mali*. The Population Council.
- Sonogo, Diouratie 1993. *Les programs de distribution à base communautaire (DBC) comme mode de prestation de services de planning familial en milieu rural: Experience du Cameroun et du Mali*. Conference Proceedings, End of Project Conference Africa Operations Research and Technical Assistance Project (4-7 October) The Population Council, Nairobi.
- United Nations Development Program (UNDP). 1993. *Human Development Report*, New York and Oxford: Oxford University Press.

Reconocimiento

Este proyecto fue financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos, Oficina de Población.

COMENTARIOS INTRODUCTORIOS

La necesidad de la metodología cuasiexperimental para evaluar los efectos de la fijación de precios

Federico R. León y Agustín Cuesta

Cuestión programática: *Cuál es el impacto de precios distintos sobre el uso de la clínica.*

Procesos/componentes programáticos: *El estudio examinó el proceso de fijar precios y el efecto de aumentarlos. El establecimiento de los precios en APROFE estaba descentralizado cuando el estudio se llevó a cabo, y se alentaba a las clínicas individuales a que incrementaran los precios para ayudar a compensar las reducciones en el financiamiento por parte de la principal organización donante, la USAID. Los directores de las clínicas establecieron sus propios precios con base en los criterios que percibieron que serían relevantes.*

Diseño de la investigación: *APROFE deseaba que la investigación fuera lo más discreta posible; por ello, se realizó un análisis retrospectivo para evaluar el comportamiento de los clientes en relación con los precios. Las clínicas optaron por una amplia gama de incrementos de precios (entre 7 por ciento y 61 por ciento dependiendo de la clínica), creando un experimento natural, el cual pudieron aprovechar los autores, comparando grupos de clínicas que habían instituido distintos aumentos de precios. Tal y como lo implica su título, el informe también intenta refutar a los partidarios de diseños de investigación menos rigurosos. Los autores aplicaron distintos diseños a los datos para saber si se obtendrían resultados diferentes.*

Hallazgos: *El estudio encontró que los incrementos de precios superiores a 20 por ciento reducían la demanda por las inserciones del DIU; pero que los aumentos de precios también incrementaban las ganancias de la clínica; el incremento mayor de precios (61 por ciento) resultó tanto en mayores aumentos de ganancias como en una mayor pérdida de clientes. Del mismo modo, diseños más rigurosos de comparación de grupos resultaron en conclusiones radicalmente diferentes en comparación con el enfoque pretest y posttest menos riguroso.*

Respuestas del programa a los hallazgos: *El análisis retrospectivo reveló que la pérdida de clientes fue una consecuencia del aumento en los precios, un hecho que no se había detectado en las revisiones administrativas de*

rutina de datos sobre desempeño de las clínicas. Como resultado de ello, APROFE volvió a centralizar algunos de sus procesos de decisión relativos al incremento de precios, y con el tiempo intentó reemplazar el uso de información idiosincrática (y típicamente anecdótica) en el establecimiento de los precios por indicadores cuantitativos estándar para todas las clínicas, los cuales intentaban equiparar los precios con la capacidad de pago de los clientes (APROFE, 1997). No existe información disponible sobre lo que ocurrió a los usuarios que no pudieron permitirse el pago de precios más altos. Sin embargo, una opción con costos menores, la del Ministerio de Salud, estaba disponible para los usuarios.

Discusión: *Aunque en efecto hubo una pérdida de clientes, las ganancias aumentaron —lo cual sugiere que la demanda por la inserción del DIU en Ecuador es poco flexible. El estudio también constituyó un ejemplo de la superioridad de diseños de grupos comparativos más rigurosos, comparados con diseños de pretest y postest menos rigurosos. A diferencia del proyecto de demostración de Mali (ver Doucoure y cols. en este mismo volumen), APROFE se había establecido desde hacía más de 30 años y la utilización de sus servicios se veía afectada por la competencia, la estacionalidad y las tendencias de crecimiento del programa en el largo plazo. Tal contexto requiere de un diseño riguroso para evitar extraer conclusiones erróneas de los datos. Aunque los diseños empleados por los autores son más poderosos que una simple demostración de antes y después, no se eliminan todas las fuentes de sesgo del estudio. Cada clínica decidió si incrementaba o no sus precios y el monto en cuestión. Por lo tanto, el sesgo de auto-selección no puede ser excluido como contribuyente de los resultados. Ese sesgo sólo puede eliminarse con una selección aleatoria.*

La necesidad de la metodología cuasiexperimental para evaluar los efectos de la fijación de precios

Federico R. León y Agustín Cuesta

En los países menos desarrollados, los programas nacionales y las asociaciones de planificación familiar maduros están dando un énfasis cada vez mayor a la autosuficiencia financiera. La mayor recuperación de costos a través del incremento en el precio de los servicios ha sido una de las estrategias utilizadas para mejorar la sustentabilidad de los programas (Jensen, 1991). Algunos expertos, sin embargo, han cuestionado esta estrategia con base en el supuesto de que ello hará disminuir la demanda por los servicios (Harvey, 1991). La investigación sobre el tema ha producido hallazgos mixtos. Lewis (1986) cita estudios realizados en Colombia, Jamaica, Sri Lanka y Tailandia que mostraron que la demanda era relativamente rígida; se reportó, por ejemplo, que la duplicación del precio de los métodos anticonceptivos inyectables en clínicas públicas en Tailandia no tuvo ningún efecto sobre el número de nuevas usuarias o de usuarias ya existentes. Por otro lado, Haws y colaboradores (1992) encontraron que el aumento en las cuotas de pago por esterilización en 17 clínicas de Brasil, México y República Dominicana produjo una disminución en el volumen de casos en 14 de ellas. Lande y Geller (1991) reportaron hallazgos mixtos a partir de una revisión de otros estudios. En Ecuador, Bratt y colaboradores (1991) encontraron una reducida demanda por los DIUs inmediatamente después de un incremento en los precios, y luego un movimiento gradual de vuelta a los niveles originales. En una revisión reciente de cinco grupos de datos obtenidos a partir de programas de mercadeo social de anticonceptivos, Harvey (1993) encontró que el incremento en los precios lesiona la demanda.

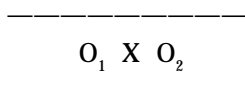
Existen dos posibles explicaciones para la diversidad de estos hallazgos. En primer lugar, la flexibilidad de la demanda por la planificación familiar puede depender de factores situacionales. Como es evidente, la proporción relativa de los incrementos de precios, la cantidad absoluta de los pagos por servicios, el poder adquisitivo de los usuarios y demás, fueron diferentes en cada uno de los estudios; por eso es que podrían esperarse resultados diversos.¹ En este caso,

Reimpreso con la autorización del Population Council de *Studies in Family Planning* 1993. 24,6: 375-381.

estaríamos tratando con un problema de *validez externa* de los hallazgos: la flexibilidad de la demanda demostrada en un estudio se aplicaría únicamente a situaciones que fueran esencialmente similares a las de ese mismo estudio.

La segunda explicación posible tiene que ver con la *validez interna* de los estudios, es decir, con la legitimidad de la atribución de causa o el posible carácter espurio de los hallazgos. Por ejemplo, cuando la demanda disminuye, ¿fue el precio incrementado o una variable no controlada la que produjo esa disminución? Si se considera la debilidad intrínseca de los diseños de investigación utilizados en algunos estudios, existen razones para sospechar que algunos de los efectos podrían haber sido espurios. Por ello, bien podrían esperarse reportes contradictorios derivados de estudios de fijación de precios que utilizaran diferentes diseños de investigación, aun cuando compartieran las mismas características situacionales.

Uno de los diseños de investigación empleado en los estudios de precios ha sido el diseño de *pretest* y *postest* de grupo sencillo, cuyo diagrama aparece a continuación. En este tipo de experimento previo las observaciones *pretest* (O_1) son



registradas para un grupo de sujetos —por ejemplo, el número de nuevas aceptantes de esterilización en clínicas específicas durante los tres meses previos a la intervención. Posteriormente, las clínicas reciben el tratamiento (X), por ejemplo, la introducción de un incremento de precios para servicios de esterilización. A continuación, se realizan observaciones *postest* (O_2) para las mismas clínicas; es decir, se registra el número de nuevas aceptantes de esterilización en las clínicas especificadas durante el siguiente trimestre, y los evaluadores pueden entonces ponderar la diferencia entre los resultados *pretest* y *postest* con el fin de concluir si el tratamiento tuvo un impacto: si incrementó la demanda, si la disminuyó, o si no produjo efecto alguno.

El problema con este diseño es que, por lo general, no excluye interpretaciones alternativas de los resultados, como serían aquellas relacionadas con las tendencias temporales, la expansión continua de la planificación familiar o eventos históricos específicos (Campbell y Stanley, 1963; Cook y Campbell, 1979; Fisher y cols., 1983). Si los evaluadores deciden ignorar otras hipótesis explicativas que compiten, pueden atribuir el cambio en el número de aceptantes (o la ausencia de cambio) al incremento de precios cuando, de hecho, el cambio (o la ausencia de cambio) fue determinado por otros factores. Al final, es probable que los gerentes de programa resulten engañados.

Este reporte ofrece datos obtenidos a partir de experimentos naturales realizados por la Asociación Pro-Bienestar de la Familiar Ecuatoriana (APROFE)

Cuadro 1. Precio cobrado por una inserción de DIU y consulta por clínica al 1° de agosto de 1990 y al 1° de julio de 1991, número de nuevas clientas de DIU en los tres meses anteriores y los tres meses posteriores al incremento de precios de julio de 1991, en cuatro clínicas de APROFE, Ecuador.

Clínicas	Precio en sucres ^a		Número de clientas nuevas ^b	
	1° agosto 1990	1° julio 1991	Abril-junio	Julio-sept.
Portoviejo	3.100	5.000	273	354
Ambato	3.100	5.000	198	183
Chone	3.100	4.600	109	111
Manta	3.100	5.000	211	194

^a El precio corresponde al DIU de T de cobre. El tipo de cambio promedio osciló entre \$1 dólar = 840 sucres a mediados de 1990, y \$1 dólar = 1.250 sucres a finales de 1991.

^b Éste es el número de mujeres que (1) acudieron por primera vez a la clínica de APROFE y solicitaron una inserción del DIU, o (2) ya eran usuarias del DIU por parte de otros proveedores y acudieron por primera vez a la clínica de APROFE para una visita de control; estas últimas representan una fracción pequeña del número total. (Ésta no es la definición oficial de nuevas usuarias del DIU en APROFE; en sus reportes de rutina, APROFE utiliza la definición que aparece en la nota 3 del texto).

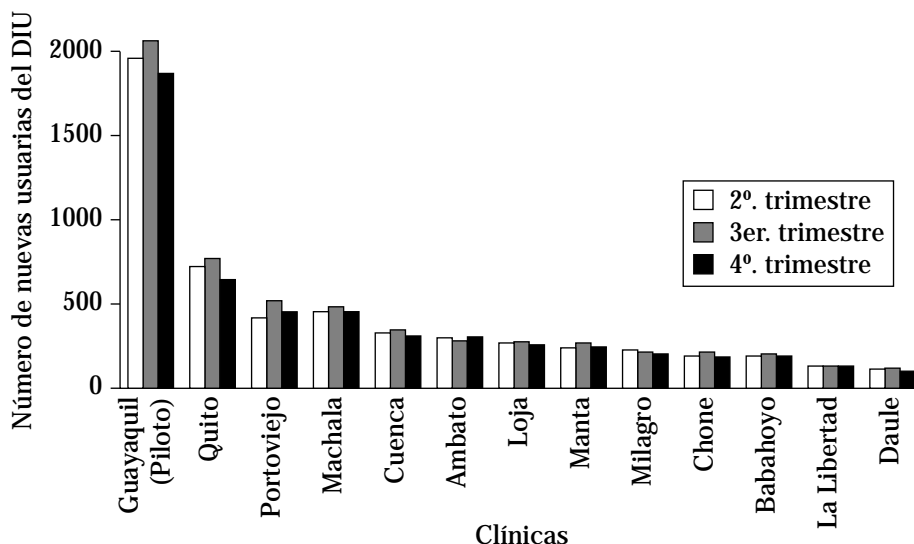
en 17 clínicas ecuatorianas. Dichos datos ilustran las conclusiones erróneas que pueden derivarse del diseño de *pretest* y *posttest* de grupo sencillo; y, por otra parte, demuestran la ventaja práctica de utilizar diseños cuasiexperimentales que fueron inventados para subsanar las deficiencias de los experimentos previos.

Un análisis de un solo grupo con mediciones antes y después

Entre el 1° de agosto de 1990 y el 1° de julio de 1991, APROFE mantuvo constantes los precios de los servicios para métodos reversibles de planificación familiar en sus clínicas en 15 ciudades ecuatorianas. En un taller celebrado en mayo de 1991 al que asistieron miembros de la unidad de administración central de APROFE y los directores de las clínicas, los participantes examinaron diversas alternativas para manejar los incrementos de precios. Como parte de una estrategia orientada hacia la toma de decisiones descentralizada, las decisiones acerca del aumento o no aumento de precios y el monto de los incrementos se dejaron a la discreción individual de los directores de las clínicas.

En julio de 1991, tres clínicas aumentaron el precio de los servicios de DIU en 61 por ciento, y una clínica aumentó su precio en 48 por ciento. Las cuatro clínicas mantuvieron los nuevos precios en el transcurso del segundo semestre de 1991. En el cuadro 1 se muestran los incrementos de precios, al igual que el número de nuevas clientas de DIU, por clínica, en los meses inmediatamente anteriores y posteriores a los incrementos. En dos de las cuatro clínicas puede observarse un aumento en la demanda de servicios de DIU del segundo al tercer trimestre, mientras que en las otras dos se presentó una disminución en la demanda. Con el fin de evaluar la magnitud relativa de los cambios, se calculó

Gráfica 1. Número promedio de nuevas clientes de DIU en el segundo, tercero y cuarto trimestres de 1987-90, 13 clínicas de APROFE, Ecuador.



un cambio porcentual en el número de nuevas usuarias de DIU como cambio porcentual = $100 \text{ (postest-pretest)/pretest}$. De las cuatro clínicas, en la de Portoviejo fue donde se presentó un cambio sustancial en la demanda, y ese cambio fue positivo (de 30 por ciento); los cambios porcentuales en las otras tres clínicas (-8, +2, -8) fueron pequeños y podrían atribuirse a fluctuaciones aleatorias.

Con el fin de aumentar la confiabilidad de estos datos, los evaluadores revisaron el número de nuevas usuarias del DIU registradas en las cuatro clínicas durante el tercer trimestre de 1990;² dos clínicas (Portoviejo y Manta) mostraron una mayor demanda en 1991 que en 1990, mientras que en las otras dos clínicas (Ambato y Chone) se dio el caso contrario. De esta forma, ya sea que se les compare con el trimestre anterior o con el trimestre equivalente del año anterior, los resultados de este análisis de un solo grupo con mediciones antes y después sugerirían que, en conjunto, los incrementos de precio de entre 48 y 61 por ciento introducidos al comenzar el primer trimestre de 1991 *no* redujeron la demanda de servicios del DIU. Esto no constituyó sorpresa alguna para la administración, dado que los incrementos de precios únicamente rebasaron de manera moderada el índice de inflación anual de 45 por ciento.

Sin embargo, las clínicas efectivamente perdieron clientes potenciales como resultado de los incrementos de precios, aunque este hecho quedó oculto por una tendencia temporal que no fue detectada por el diseño del análisis de un solo grupo con mediciones antes y después. En la gráfica 1 se muestra que en los cuatro años anteriores (1987-1990) el número de nuevas clientes del DIU aumentó del segundo al tercer trimestre y descendió en el cuarto trimestre en 10

de las 13 clínicas de APROFE fundadas antes de 1987 que ofrecían métodos reversibles;³ la demanda se incrementó del segundo al tercer trimestre en 11 de las 13 clínicas, un hallazgo estadísticamente significativo.⁴ De esta forma, es probable que los incrementos de 1991 en la demanda se hayan presentado del *pretest* al *posttest* en las cuatro clínicas del estudio de un solo grupo con mediciones antes y después, sencillamente porque el segundo y el tercer trimestres definen la porción ascendente de una tendencia temporal. El hecho de que únicamente una clínica en el estudio de *pretest-postest* haya mostrado aumentos claros es, probablemente, un indicador del impacto negativo de los aumentos de precios sobre la demanda; pero el diseño de investigación utilizado fue demasiado débil como para detectar este efecto y, por ello, condujo al hallazgo espurio de una falta de efectos negativos.

Un estudio de grupo de control no equivalente

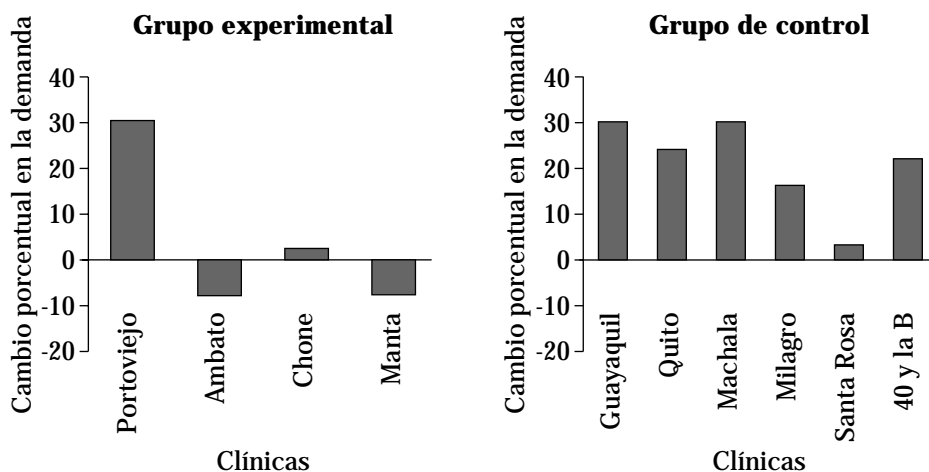
El cuasiexperimento de control de grupo no equivalente más riguroso con *pretest* y *posttest* que se ilustra a continuación puede capturar de mejor manera la pérdida de la demanda potencial. La primera línea

O_1	X	O_2
O_1		O_2

es similar en estructura al diseño de de un solo grupo con mediciones antes y después; y se le conoce como grupo experimental porque recibe el tratamiento. La segunda línea corresponde al grupo de control, que no recibe el tratamiento pero que recibe mediciones de *pretest* y de *posttest*. Al diseño se le conoce como un grupo de control no equivalente porque los sujetos (las clínicas, en el caso que nos ocupa), no se asignan de manera aleatoria a los grupos de control y experimental, y los grupos pueden, por lo tanto, presentar importantes diferencias (como serían el tamaño de la clínica, el historial de precios y el poder adquisitivo de las clientes).

En el experimento natural de 1991, seis clínicas de APROFE mantuvieron los precios del DIU de 1990, formando así un grupo de control para las clínicas que incrementaron sus precios en 48 a 61 por ciento. A partir de una comparación entre los aumentos y disminuciones en los dos grupos es posible obtener información importante. En la gráfica 2 se muestra el cambio porcentual en la demanda calculado para cada clínica;⁵ el cambio promedio fue positivo en el grupo experimental (cambio porcentual promedio = +4 por ciento), pero tuvo un valor más alto en el grupo de control (cambio porcentual promedio = +21 por ciento); adicionalmente, en el grupo de control las seis clínicas, sin excepción — grandes y pequeñas, ubicadas en la costa o en la sierra— mostraron incrementos

Gráfica 2. Cambio porcentual *pretest* y *postest* en el número de nuevas clientes del DIU en las clínicas de APROFE, grupos experimental y de control, segundo y tercer trimestres, 1991.

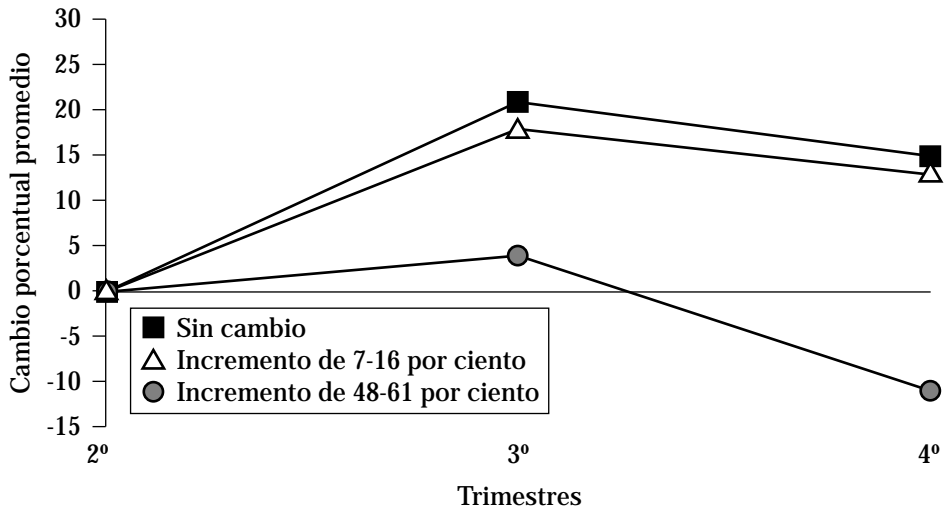


en la demanda.⁶ Esta comparación nos permite concluir que las clínicas del grupo experimental habrían obtenido un número más elevado de usuarias del DIU durante el tercer trimestre de 1991 si los precios no hubieran aumentado.

En este punto es posible hacer dos preguntas útiles para el programa. En primer lugar, ¿cuál es el efecto sobre la demanda de incrementos más reducidos de precios? Tal vez los incrementos de 20 por ciento o menos no afecten la demanda potencial. En segundo lugar, ¿qué le sucede a la demanda con el correr del tiempo? Tal vez las pérdidas del grupo experimental fueron efímeras. Estas preguntas se pueden responder fácilmente, ya que siete clínicas de APROFE (Cuenca, Babahoyo, Loja, La Libertad, Daule, La Troncal y Mapasingue) aumentaron los precios en una proporción de entre 7 y 16 por ciento el 1º de julio de 1991, y se contó con información para todas las clínicas acerca de la demanda del segundo hasta el cuarto trimestre. En la gráfica 3 se muestra el cambio porcentual promedio en la demanda para cada grupo de clínicas; la línea base es el segundo trimestre de 1991.⁷ La tendencia temporal es claramente visible. Las diferencias entre los primeros dos grupos son pequeñas pero sistemáticas, mientras que aquéllas entre los primeros dos y el tercer grupo son grandes desde el principio y se incrementan aún más durante el cuarto trimestre. De esta forma, el diseño de grupo de control no equivalente le permitió a APROFE detectar algunas consecuencias prácticas importantes derivadas del incremento de precios en 48-61 por ciento en comparación con el incremento en 7-16 por ciento.

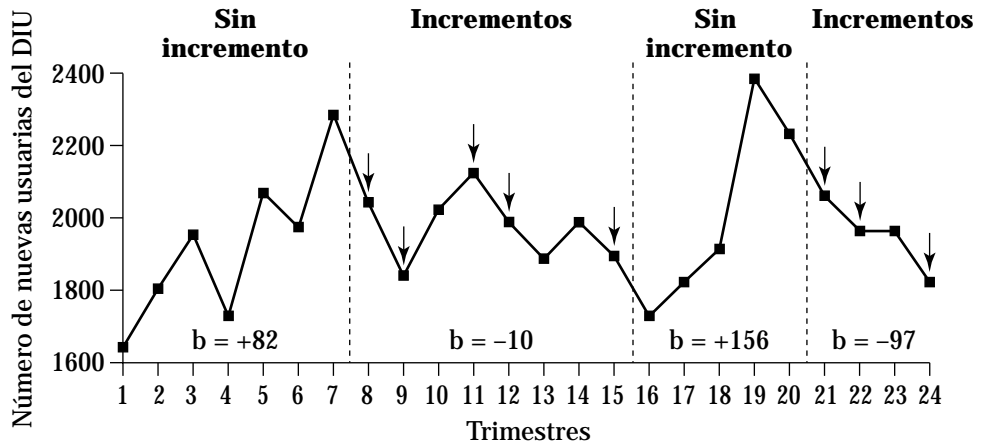
Estas consecuencias pueden observarse con más detalle en la gráfica 4, que muestra la distribución de las 17 clínicas de APROFE en el espacio bivariado

Gráfica 3. Cambio porcentual promedio en la demanda del DIU en tres grupos de clínicas de APROFE, de acuerdo con el cambio en el precio del DIU, 1991.



definido por los incrementos en los precios (eje horizontal) y los cambios porcentuales en la demanda del segundo al cuarto trimestres (eje vertical). La línea de regresión lineal proporciona información relacionada con la tendencia general: a mayor incremento de precio, menor aumento o mayor pérdida en el volumen de clientes potenciales.⁸ Sin embargo, la gráfica muestra también que la variabilidad en el cambio de la demanda dentro del grupo de clínicas que aumentó sus precios en 48-61 por ciento es menor que la variabilidad observada dentro de los grupos que establecieron incrementos moderados o que mantuvieron los precios anteriores. Este hallazgo sugiere que el precio se convirtió en un importante determinante del cambio de la demanda en el primer grupo, empujándola a la baja; en los otros dos grupos, la amplia variabilidad en el cambio de la demanda sugiere la acción de otros determinantes. El elemento más distante —el punto más alejado de la línea de regresión— corresponde a la clínica de La Libertad, en donde la demanda se incrementó más allá de cualquier expectativa derivada de su nivel de fijación de precios por servicios (un aumento de 16 por ciento). Los psicólogos organizacionales que visitaron esta clínica en agosto de 1991 reportaron la existencia de un compromiso para expandir los servicios (Boado y cols., 1991); y una encuesta realizada en abril de 1992 encontró que APROFE era el líder en el mercado de anticonceptivos de acción prolongada en esa ciudad (CEPAR, 1992). Éstos y otros análisis le permitirán a APROFE descubrir qué es lo que se requiere para alcanzar el éxito al momento de aumentar o mantener la demanda a pesar de los incrementos de precios.

Gráfica 5. Número trimestral de nuevas usuarias del DIU en la clínica piloto de APROFE en Guayaquil durante los periodos de precios constantes e incrementos de precios, 1987-92.



Nota: b = coeficientes de regresión redondeados.

acerca del número promedio de nuevas usuarias del DIU que se incorporaron (+) o se perdieron (-) por trimestre. De esta forma, la evidencia indica claramente que en la clínica piloto de APROFE la demanda por el DIU se encuentra relacionada de manera negativa con el precio. Si nuestra observación se hubiera basado en un diseño de *pretest* y *postest* de grupo sencillo en torno a dos puntos en el tiempo, es probable que la conclusión hubiera sido opuesta; por ejemplo, el número de nuevas usuarias del DIU en el trimestre que siguió al incremento de precios del 1º de julio de 1989 (tercer trimestre = 2.119 clientes) fue mayor que el registrado en el trimestre precedente (segundo trimestre = 2.018 clientes).

Los resultados de la serie de tiempo extienden la validez externa de los hallazgos a partir del estudio de grupo de control no equivalente, ya que muestran que el impacto negativo de la fijación de precios sobre la demanda no fue particular a un cierto grupo de clínicas (Portoviejo, Ambato, Chone y Manta) o al intervalo de tiempo (tercero y cuarto trimestres de 1991).

Los diseños de serie de tiempo constituyen herramientas útiles que los evaluadores de programa pueden emplear para vigilar los cambios naturales que se presentan durante periodos de tiempo prolongados. La detección de las tendencias temporales debe considerar un mínimo de un año, aunque esto no sea garantía de precisión, pues las tendencias temporales pueden verse afectadas por las acciones del programa y por otros factores temporales. Consideremos la curva en forma de U invertida altamente consistente que abarca el segundo, tercero y cuarto trimestres, y que apareció en la gráfica 1 para cada una de las diez clínicas de APROFE; las curvas se basaron en un promedio de la demanda de servicios del DIU observada durante cuatro años (1987-90). Sin embargo, una

tendencia temporal así de fuerte no se vió reflejada en los datos de la clínica piloto de Guayaquil en 1990 y de nuevo en 1992 (ver los trimestres 14-16 y 22-24 en la gráfica 5), probablemente como resultado del efecto de interferencia de los aumentos de precios de 1989-90 y 1992. Un estudio de serie de tiempo que se hubiera limitado a los años 1990-92 habría encarado problemas para detectar tanto la tendencia temporal como los efectos negativos de los incrementos de precios sobre la demanda.

Discusión

En la investigación operativa, el reto es alcanzar un buen equilibrio entre los diseños de investigación excesivamente sencillos, que podrían parecer prácticos pero que en realidad distorsionan lo que está sucediendo, y los excesivamente complejos, que llegan demasiado lejos solamente para demostrar lo obvio. Por lo general, la mejor alternativa a estos extremos es el cuasiexperimento del grupo de control no equivalente con *pretest* y *posttest*. Paradójicamente, a lo largo de la última década se ha observado una transferencia en el énfasis de la cuasiexperimentación hacia el diseño de *pretest-posttest* de grupo sencillo y otros experimentos previos (Reynolds, 1991), que se cree son más prácticos y se adaptan mejor a la mayoría de las condiciones de campo (ver, por ejemplo, Seltzer y cols., 1993). El mensaje de este informe es que, aun cuando los experimentos previos pueden ser menos costosos y más fáciles de poner en práctica, no pueden sustituir a los cuasiexperimentos. Los análisis que se han presentado han demostrado que los resultados de los experimentos previos pueden ser engañosos, y que las consecuencias de resultados engañosos derivados de la investigación operativa no son exclusivamente de tipo académico. Si se fracasa en detectar un efecto negativo, los gerentes de programa pueden llegar a tomar decisiones que tengan consecuencias no deseadas para los programas; al no detectar efectos positivos, los gerentes de programa pueden llegar a descartar por error soluciones potencialmente útiles. Cuando las decisiones administrativas se basan en ilusiones cuya apariencia es la de hallazgos científicos, se pueden presentar desastres programáticos reales. De ello se desprende que, al final, los experimentos previos pueden resultar más costosos que los cuasiexperimentos, y que su uso debe evitarse, particularmente en el caso de estudios para establecer precios, en donde existen muchas variables perjudiciales que se encuentran más allá del control de los evaluadores.

Notas

1. Lande y Geller (1991) se refirieron a los siguientes factores situacionales como posibles causas de la variabilidad de los hallazgos en los estudios: tipo de anticonceptivo, precio inicial vs. costo acumulativo, el papel de los sustitutos, costos no monetarios, situación económica y percepción de valor.

2. No hubo datos disponibles comparables para el segundo trimestre de 1991. APROFE comenzó a registrar a las nuevas usuarias en el tercer trimestre de 1990, tal como se define en la nota que aparece bajo el cuadro 1.
3. La información acerca de la demanda para estos años se basa en una definición diferente de nuevas usuarias del DIU. La nueva usuaria podría ser (1) una mujer que acudiera por primera vez a la clínica de APROFE y solicitara una inserción del DIU, o bien una que ya fuera usuaria del DIU por parte de otro proveedor y acudiera para una visita de control, o entonces (2) una usuaria del DIU, o una antigua usuaria del DIU, de una clínica de APROFE cuyo caso se hubiera cerrado en la clínica porque la mujer había decidido abandonar la planificación familiar, o había dejado de acudir a la clínica durante cuatro años y luego había vuelto para una visita de control o una reinscripción. Según esta definición, el primer grupo representa aproximadamente 80 por ciento del número total de nuevas usuarias del DIU.
4. El hallazgo fue estadísticamente significativo en $p < .03$ en la prueba de señales de doble dirección. En realidad, los promedios que se representan en la gráfica 1 subestiman el alcance de la tendencia temporal observada en 1987, 1988 y 1989. La tendencia temporal era débil o no existente en 1990, probablemente en respuesta a los considerables y frecuentes incrementos de precios introducidos el año anterior en todas las clínicas y por el incremento de 1990.
5. La definición de nuevas clientes se encuentra en la nota del cuadro 1.
6. Este hallazgo es estadísticamente significativo en $p < .04$, prueba de señales de doble dirección.
7. La definición de nuevas clientas se encuentra en la nota del cuadro 1.
8. La correlación producto-momento en el incremento de precio porcentual y el cambio porcentual de la demanda fue de $r = -.44$ en $p < .07$, alternative bilateral. Sin embargo, ésta puede ser una subestimación, dado que la línea de mejor ajuste es probablemente curvilínea. Desafortunadamente, la distribución de los puntos de datos no se presta a un mejor análisis.
9. Aquí empleamos la definición de nueva usuaria del DIU que se presenta en la nota 3 anterior, con el fin de mantener la consistencia en los datos de 1987 a 1992. Los incrementos de precios antes de mediados de 1991 incluyen aquéllos para el asa de Lippes, mientras que los posteriores a esa fecha incluyen únicamente la T de cobre.

Referencias

- Boado, Miguel, Oswaldo Otoya, y Gustavo Quiroz. 1991. "Diagnóstico de Personal en 14 Clínicas de APROFE, Ecuador." *Technical Report for APROFE and USAID/Ecuador*. Lima, Perú: The Population Council.
- Bratt, John H., Barbara S. Janowitz, y Daniel B. Fried. 1991. "Impacts of a Price Increase in Eight Ecuadorean Family Planning Clinics." *Final Report*. Research Triangle Park, NC: Family Health International.
- Campbell, Donald T. y Julian C. Stanley. 1963. "Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research on Teaching." In *Handbook of Research on Teaching*. Ed. N.L. Gage. Chicago: Rand McNally.
- CEPAR. 1992. "Encuesta de Planificación Familiar en Siete Ciudades del Ecuador: Informe sobre Mercado." Technical Report. Quito, Ecuador: Centro de Estudios de Paternidad Responsable.
- Cook, Thomas D. y Donald T. Campbell. 1979. *Quasi-Experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings*. Chicago: Rand McNally.

- Fisher, Andrew A., John E. Laing, y John E. Stoeckel. 1983. *Handbook for Family Planning Operations Research Design*. New York: The Population Council.
- Harvey, Philip D. 1991. "In poor countries, 'self-sufficiency' can be dangerous to your health." *Studies in Family Planning* 22, 1: 52-54.
- . 1993. "To maximize contraceptive prevalence, keep prices low." *DKT International* 3: 1-5.
- Haws, Jeanne, Lynn Bakamjian, Tim Williams, y Karen Johnson Lassner. 1992. "Impact of sustainability policies on sterilization services in Latin America." *Studies in Family Planning* 23, 2: 85-96.
- Jensen, Eric E. 1991. "Cost-effectiveness and financial sustainability in family planning operations research." In *Operations Research: Helping Family Planning Programs Work Better*. Eds. Myrna Seidman and Marjorie Horn. New York: Wiley-Liss.
- Lande, Robert E. y Judith S. Geller. 1991. "Paying for Family Planning." *Population Reports*, Series J, No. 39.
- Lewis, Maureen A. 1986. "Do contraceptive prices affect demand?" *Studies in Family Planning* 17, 3: 126-135.
- Reynolds, Jack. 1991. "A reconsideration of operations research experimental designs." In *Operations Research: Helping Family Planning Programs Work Better*. Eds. Myrna Seidman and Marjorie Horn. New York: Wiley-Liss.
- Seltzer, Judith R., Robert C. Blomberg, Elba R. Mercado, y Marcia Townsend. 1993. "Evaluation of the Operations Research in Family Planning and Maternal-Child Health for Latin America and the Caribbean (INOPAL II) Project." Arlington, VA: Population Technical Assistance Project.

Agradecimientos

Los datos que se presentan en este artículo se recolectaron como parte de un estudio diagnóstico realizado por APROFE con asistencia técnica y financiera del proyecto INOPAL II del Population Council, patrocinado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos (S & T/POP/R), a través del contrato número DPE-3030-Z-00-9019-00. USAID/Ecuador patrocinó un componente del estudio de diagnóstico. Los autores agradecen a Anrudh Jain, Jim Foreit y Susan Brems sus sugerencias editoriales.

COMENTARIOS INTRODUCTORIOS

Suministro seguro de anticonceptivos orales: la eficacia de exámenes sistemáticos de laboratorio en Senegal

John Stanback, Jason B. Smith, Barbara Janowitz
y Fadel Diadhiou

Cuestión programática: *El estudio examina los efectos de someter a exámenes de laboratorio obligatorios a las usuarias de pastillas anticonceptivas, en términos del costo de las pruebas y de la frecuencia y precisión en la detección de contraindicaciones al uso de métodos hormonales.*

Procesos/componentes programáticos: *La investigación analizó los efectos que sobre la salud y el uso tuvo una norma de programa aplicada ampliamente, que requiere que todas las usuarias prospectivas de pastillas se realicen una serie de costosos estudios de laboratorio antes de que se les prescriba el método.*

Diseño de la investigación: *Los autores llevaron a cabo un estudio de diagnóstico recolectando datos sobre los costos y precisión de las pruebas hechas a una cohorte de mujeres para buscar contraindicaciones al uso de pastillas. Las contraindicaciones incluidas en la norma fueron revisadas también a la luz de opiniones profesionales contemporáneas. No se realizó ninguna intervención.*

Resultados: *En buena medida, las pruebas fueron juzgadas como irrelevantes al uso de anticonceptivos hormonales. Muchas de las contraindicaciones incluidas en el programa, como los exámenes clase III de Papanicolaou y niveles altos de colesterol no fueron considerados como contraindicaciones al uso de las pastillas por parte de fuentes científicas. Sólo 3 por ciento de las mujeres mostraron una o más “contraindicaciones”. Se encontró una confiabilidad muy baja entre la primera y la segunda pruebas. La existencia de la contraindicación no fue confirmada en ocho de los nueve casos de mujeres que pudieron volver a hacerse la prueba. El costo de las pruebas para los clientes osciló entre \$55 y más de \$200 dólares. Semejantes costos —que equivalen a cinco veces el salario promedio mensual en Senegal— fueron identificados por los autores como una barrera potencial al uso de las pastillas.*

Respuestas del programa a los hallazgos: *El estudio recomendó la eliminación de los análisis rutinarios de laboratorio para el uso de anticonceptivos hormonales. Con el tiempo, la recomendación fue aceptada por el Ministerio de Salud de Senegal; sin embargo, en una situación que se encuentra a menudo en la IO, el estudio no alcanzó un éxito total en la modificación del comportamiento del proveedor. Muchos médicos individuales continuaron solicitando los estudios de laboratorio a sus clientes de anticonceptivos orales.*

Discusión: *Se sabe que las pruebas de laboratorio innecesarias constituyen barreras al uso de anticonceptivos en muchos contextos y durante muchos años (ver Huber y Huber, 1975). Aun cuando dichas pruebas estuvieran justificadas, la baja calidad del laboratorio pone en duda la confiabilidad de sus resultados. Aparentemente, un gran número de médicos en Senegal no aceptó la recomendación de eliminar las pruebas de laboratorio como un requisito para el empleo de pastillas anticonceptivas —es poco probable que toda una vida de prácticas y creencias se altere radicalmente con los resultados de un estudio. Al lidiar con las barreras médicas, la IO necesita centrarse en el problema de capacitar a estudiantes de medicina y en informar a los médicos de los adelantos en planificación familiar y sobre las formas de obtener el acuerdo del proveedor a normas de programa nuevas y científicamente fundamentadas.*

Referencia

Huber, Douglas y Sallie Craig Huber. 1975. "Screening oral contraceptive candidates and inconsequential pelvic examinations". *Studies in Family Planning* 6,2: 49-51.

Suministro seguro de anticonceptivos orales: la eficacia de exámenes sistemáticos de laboratorio en Senegal

John Stanback, Jason B. Smith, Barbara Janowitz
y Fadel Diadhio

Los anticonceptivos orales se introdujeron hace más de 30 años; desde entonces, más de 100 millones de mujeres han empleado este conveniente método de control de la fecundidad.¹ En nuestros días, la píldora es todavía el método anticonceptivo hormonal que más se usa.² En virtud de que las fórmulas han cambiado y se sabe más acerca de la seguridad de los anticonceptivos orales, muchos de los tempranos temores sobre los efectos secundarios de la píldora en el corto y largo plazos han disminuido. Sin embargo, en muchos países la seguridad de los métodos hormonales preocupa todavía a los médicos y a quienes formulan las políticas. Tales preocupaciones se manifiestan en la forma de políticas médicas que limitan el acceso a la píldora y a otros métodos anticonceptivos hormonales.

Algunas de las políticas más restrictivas están vigentes en África francoparlante; ahí, las normas sanitarias *de jure* y *de facto* requieren que las mujeres se realicen exámenes de laboratorio antes de que se les prescriban las píldoras. Estas políticas, que suponen que los exámenes de laboratorio pueden, en efecto, revelar condiciones subyacentes como diabetes, anemia y colesterol alto, indudablemente tienen su origen en la preocupación acerca de la seguridad de los anticonceptivos. Sin embargo, los exámenes excesivos e inadecuados constituyen no solamente una barrera médica a la planificación familiar; también pueden fracasar en la identificación de aquellas mujeres que están en riesgo. A ello obedece que los exámenes sistemáticos se hayan cuestionado recientemente en África.³

En 1988-1989, el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Aristide Le Dantec, en colaboración con el Proyecto de Salud de la Familia y Población de la Agencia para el Desarrollo Internacional de E.U. (USAID), Family Health International y el International Science and Technology Institute, realizaron un estudio acerca de los exámenes de laboratorio previos a la prescripción de la píldora en Senegal, un país francoparlante. En este artículo se describen los

Reimpreso con la autorización de The Alan Guttmacher Institute de *International Family Planning Perspectives* 1994. 20,4: 147-149.

hallazgos del estudio y se hacen recomendaciones de políticas sobre el uso de exámenes de laboratorio para reafirmar la seguridad anticonceptiva.

Metodología

De noviembre de 1988 a julio de 1989, investigadores de Dakar, Senegal, llevaron a cabo un estudio prospectivo de usuarias primerizas de anticonceptivos orales para determinar, mediante exámenes de laboratorio recomendados en Senegal, el porcentaje de mujeres con contraindicaciones para el empleo de anticonceptivos orales identificadas como de alto riesgo para la píldora.

Los participantes en el estudio se reclutaron en tres centros distintos: la clínica de maternidad del Hospital Le Dantec, la clínica en Dakar de la Asociación Senegalesa para la Planificación Familiar, y el Centro de Protección Materna e Infantil de Medina, un centro gubernamental de salud materno infantil. La población del estudio abarcó a 500 mujeres que acudieron a las clínicas y solicitaron la píldora como usuarias de primera vez. Como lo único que se requería inicialmente era contestar algunas preguntas, y dado que se les ofrecían a las mujeres exámenes de laboratorio gratuitos, todas ellas aceptaron participar.

Después de ser admitidas en el estudio, se les practicaron exámenes físicos de rutina a estas mujeres y se les tomó su historia médica. Las participantes recibieron vales para realizarse exámenes de laboratorio gratuitos en el Instituto Pasteur en Dakar. Casi siempre estos exámenes se realizan en el Hospital Le Dantec o en un laboratorio privado; sin embargo, para la investigación que nos ocupa, los estudios se hicieron en el Instituto Pasteur, considerado el mejor de la ciudad para realizar pruebas de este tipo. Las mujeres participantes recibieron también ayuda para pagar el viaje en autobús hasta el Instituto.

El protocolo del estudio requería que todas las participantes se realizaran el mismo tipo de exámenes de laboratorio que se recomendaba entonces para las usuarias primerizas de anticonceptivos orales. Se tomaron muestras para el Papanicolaou a fin de determinar el riesgo de cáncer cervical, y se hicieron exámenes de orina para definir los niveles de glucosa y detectar diabetes. Se tomaron muestras de sangre en ayunas para observar la función del hígado (fosfatasa alcalina, bilirubina directa e indirecta, GOAT, y GPT), lípidos (triglicéridos, lipoproteínas de alta densidad, lipoproteínas de baja densidad y colesterol total), niveles de glucosa y posibles malformaciones de eritrocitos. El coordinador del estudio, un gineco-obstetra del Hospital Le Dantec, utilizó los resultados de los exámenes de laboratorio para determinar si la píldora estaba contraindicada para cada participante. Las contraindicaciones para el uso del anticonceptivo oral se basaron en la *Food and Drug Administration Physician Labeling Guidelines* de E.U.⁴ A las clientes en quienes se observó una contraindicación se les solicitó volver lo más pronto posible para hacerse nuevos exámenes y confirmar los resultados.

Cuadro 1. Contraindicaciones de laboratorio a la píldora entre mujeres que la aceptaron por primera vez en Dakar, por ronda de exámenes, 1989 (N=410)

Aceptante	Primera ronda	Segunda ronda
1	Clase III de prueba de Pap	Degradada
2	Clase III de prueba de Pap	Degradada
3	Clase III de prueba de Pap	Degradada
4	Clase III de prueba de Pap	Degradada
5	Clase III de prueba de Pap	Degradada
6	Clase III de prueba de Pap	Degradada
7	Clase III de prueba de Pap	Degradada
8	Colesterol alto	Normal
9	Hiperglicemia	Sin cambio
10	Clase III de prueba de Pap	No se re-examinó
11	Clase III de prueba de Pap	No se re-examinó
12	Clase III de prueba de Pap	No se re-examinó
13	Clase III de prueba de Pap	No se re-examinó
14	Anemia de células falsiformes	No se re-examinó
15	Anemia de células falsiformes	No se re-examinó
16	Función del hígado	No se re-examinó
17	Función del hígado	No se re-examinó
18	Función del hígado	No se re-examinó
19	Bilirubina elevada	No se re-examinó
20	Hiperglicemia	No se re-examinó

El instrumento para recolectar los datos contenía los resultados de las pruebas de detección del laboratorio y también los antecedentes de las participantes en el estudio. Los datos se escrutaron, codificaron, capturaron y limpiaron en Dakar. Los análisis (pruebas de tendencia central y correlación, análisis univariado y bivariado) comenzaron en Dakar y se terminaron en Family Health International, en Estados Unidos.

Resultados

Entre las 500 mujeres admitidas para el estudio, 77 no se hicieron nunca los exámenes de laboratorio iniciales, 11 no fueron elegibles por ser usuarias previas de la píldora en algún otro centro, y dos no completaron el cuestionario; el grupo quedó entonces integrado por 410 mujeres. Entre estas participantes, 213 eran clientes del Centro de Protección Materna e Infantil de Medina, 100 lo eran de la clínica de la Asociación de Planificación Familiar, y 97 acudían a la clínica de maternidad del Hospital Le Dantec.

Como lo muestra el cuadro 1, la primera ronda de exámenes de laboratorio identificó a 20 mujeres con posibles contraindicaciones al uso de la píldora;

entre ellas, solamente nueve regresaron para una segunda prueba de confirmación. Ocho de las nueve participantes a quienes se volvió a practicar el examen mostraron resultados negativos, lo cual indicaba una de tres posibilidades: una condición de salud que se modificó, o bien resultados falsopositivos en el primer examen, o falso-negativos en el segundo.

Siete de los nueve exámenes de confirmación fueron para la clase III de examen de *Pap* (atipia benigna a moderada consistente con displasia), lo cual indica un riesgo potencial de cáncer cervical. En ese entonces, en Senegal, una prueba de *Pap* de clase III o mayor se consideraba una contraindicación al uso de la píldora. Un examen mostró niveles altos de colesterol y otro encontró hiperglicemia. Al realizarse nuevos exámenes de confirmación, las siete pruebas de *Pap* se degradaron a la Clase I (benigna) o a la Clase II (inflamación), y en el caso único del nivel alto de colesterol, se encontró que estaba en el rango normal. El nivel de glucosa en la sangre permaneció alto en el único caso de hiperglicemia, confirmándose que para esta mujer el anticonceptivo oral estaba contraindicado.

Once mujeres en quienes los resultados de los exámenes de laboratorio iniciales señalaron contraindicación a la píldora no pudieron ser localizadas, o bien rehusaron efectuarse un segundo examen. Cuatro de estas mujeres tenían la Clase III de prueba de *Pap*, dos tenían resultados que indicaban anemia de células falsiformes (ninguna había sido sintomática previamente), cuatro acusaron problemas de funcionamiento del hígado (dos tenían elevado GOAT y GPT, una tenía la fosfatasa alcalina elevada y otra tenía ligeramente elevada la bilirubina directa); otra más había mostrado hiperglicemia. Si asumimos la postura conservadora de suponer que la totalidad de los 11 exámenes no ratificados estaban confirmados con contraindicaciones, entonces 3 por ciento de las clientes que se realizaron exámenes tendrían contraindicaciones a la píldora.

Se calculó cuál sería el costo de detectar una contraindicación. Dicho cálculo se restringió al costo que la cliente habría pagado, excluyendo costos de transporte y ocasionales (costos de su tiempo). En Dakar, las clientes tienen opciones para elegir laboratorios, que van desde el relativamente caro del Instituto Pasteur, hasta otros privados y de instituciones hospitalarias que son más económicos. Según los cálculos, los exámenes de laboratorio que se recomendaron a las nuevas aceptantes de la píldora cuando esta investigación se estaba realizando, podían representar para la cliente una erogación de entre \$55 y \$216 dólares. Los exámenes de laboratorio para esta investigación se hicieron en el Instituto Pasteur, que otorgó un descuento por volumen de \$80 dólares por cliente, o \$32,800 dólares si se consideran las 410 participantes del estudio. Por consiguiente, aun si el total de los 11 exámenes no confirmados hubiera sido positivo, el costo directo del estudio por contraindicación detectada (12) habría sido de más de \$2,733 dólares.

Discusión

La prevalencia de contraindicaciones al uso de la píldora en la muestra del estudio fue baja (3 por ciento), aun bajo el conservador supuesto de que todos los exámenes no confirmados realmente hubieran reflejado una condición clínica subyacente que justificara la negación de la píldora. La baja prevalencia sugiere que los exámenes de laboratorio universales para todas las clientes pueden no ser el modo más eficaz para descubrir estas contraindicaciones.

La baja prevalencia también puede afectar negativamente la precisión de los exámenes, pues el valor predictivo de un examen es una función no sólo de su sensibilidad y especificidad, sino también de la prevalencia de la condición que se somete a prueba. Si la condición médica que interesa es relativamente rara entre la población —como es el caso de muchas contraindicaciones al uso de la píldora—, los resultados de exámenes masivos pueden abultar el número de personas que incorrectamente se identifican como poseedoras de la condición.

Los resultados inversos de la primera y de la segunda rondas de exámenes de laboratorio pueden haber sido el resultado de cambios en la condición física de las clientes, aunque también surge la pregunta de la confiabilidad del examen —representada por su capacidad para dar resultados consistentes al aplicarse repetidamente a la misma persona bajo las mismas circunstancias. El grado de confiabilidad de un examen puede variar considerablemente dependiendo de lo adecuado de su ejecución —un proceso de etapas múltiples que involucra una coordinación precisa entre personas, instalaciones y agentes químicos.

En los países en desarrollo pueden surgir problemas de diverso tipo. Pueden no existir instalaciones suficientes para manejar el número de exámenes requerido. Los laboratorios pueden estar escasamente equipados y carecer repetidamente de los materiales necesarios para el procesamiento oportuno de los especímenes. El nivel general de capacitación y experiencia del personal de laboratorio puede ser bajo, o variar mucho dentro de un laboratorio o diferenciarse entre uno y otro.

El costo de los exámenes de laboratorio para detectar a una mujer con contraindicaciones es alto, especialmente en relación con los gastos *per cápita* de salud: el costo estimado era casi 100 veces el gasto *per cápita* de salud para Senegal en 1990.⁵ Durante el estudio, los exámenes se practicaron sin ningún costo para las clientes; sin embargo, los costos de ese tipo representan entre uno y cinco veces el ingreso mensual *per cápita* en ese país,⁶ cosa que pudiera constituir una barrera al uso de los anticonceptivos. Considerando el gasto, es poco probable que aquellas mujeres cuyos exámenes iniciales revelan contraindicaciones opten por hacérselos de nuevo. En la mayoría de los casos, se alentaría a las mujeres a aceptar un método no hormonal, como el DIU.

De negarse los anticonceptivos orales a estas mujeres, se incrementaría el riesgo de enfermedades y muerte por embarazos no deseados y partos; estos

riesgos son mucho mayores que los asociados al uso de la píldora. Recientemente se estimó que la mortalidad materna en Senegal ocurre en una proporción de 850 muertes por cada 100.000 nacidos vivos,⁷ mientras que en toda África la mortalidad anual relacionada con el uso de la píldora se estima en una muerte por cada 100.000.⁸

Los resultados de este estudio constituyen un poderoso argumento para que los exámenes sistemáticos previos a la prescripción de anticonceptivos orales se eliminen. A lo sumo, los exámenes de laboratorio deben reservarse como medida de confirmación para las mujeres identificadas como casos de alto riesgo posible, a través de mecanismos más simples y menos costosos, como las historias médicas o los exámenes clínicos.

Al concluir el estudio, la comunidad médica de Senegal y la misión en Senegal de la Agencia para el Desarrollo Internacional de E.U. mostraron gran interés en el tema e impulsaron la celebración de una reunión regional para discutir los resultados. El Simposio Internacional sobre Exámenes de Laboratorio Previos a la Anticoncepción se realizó en Dakar en febrero de 1990, con la asistencia de representantes de Benin, Burkina Faso, Costa de Marfil, Marruecos, Nigeria, Senegal y Togo, quienes presentaron los programas de planificación familiar de sus países. Al concluir el Simposio, se aprobó una resolución de 15 puntos cuya primera recomendación llamaba a eliminar los exámenes de laboratorio de rutina para la anticoncepción hormonal.⁹ Desde entonces, el gobierno de Senegal ha aprobado esta recomendación y ya no requiere de exámenes sistemáticos de laboratorio. Sin embargo, muchos médicos y parteras se han resistido a la recomendación, y los exámenes de laboratorio previos a la prescripción de la píldora están todavía ampliamente difundidos en las zonas urbanas de Senegal.

Referencias

1. D. M. Potts y J. B. Smith, "The Future of Hormonal Contraception," *International Journal of Fertility*, Vol. 36, Supplement 3, 1991, pp.57-63.
2. Ibid.
3. P. Buekens y cols., "Is Blood Testing Necessary Before OC Prescription in Africa?" *Studies in Family Planning*, 21:178-180, 1990.
4. U. S. Food and Drug Administration, "Labeling Guidance Text for Combination Oral Contraceptives Physician Labeling, Revised February 11, 1988," *Contraception*, 37:434, 1988.
5. The World Bank, *World Development Report*, Washington, D.C., 1993, p. 210.
6. Population Reference Bureau, *World Population Data Sheet*, Washington, D. C., 1990.
7. A Gueye y cols., "Rapport de la Deuxième Mission d'Identification por la Réduction de la Mortalité Maternelle au Senegal," Government of Senegal. Dakar, 1989.
8. Centers for Disease Control, *Family Planning Methods and Practice: Africa*, Atlanta, 1983.
9. F. Diadiou y cols., "Rapport Final, Symposium International sur le Bilan Paraclinique Préliminaire à la Contraception," Université Cheikh Ant Diop, Dakar, Senegal, Feb. 1990.

COMENTARIOS INTRODUCTORIOS

El impacto de la publicidad en medios masivos sobre un programa de esterilización voluntaria en Brasil

Karen G. Foreit, Marcos Paulo P. de Castro y Eliane F. Duarte Franco

Cuestión programática: *La agencia Pro-Pater deseaba incrementar de una manera costo-efectiva el número de vasectomías que realizaba.*

Procesos/componentes programáticos: *Pro-Pater intentaba reclutar más clientes aumentando las actividades de información, educación y comunicación. Dado que se localiza en São Paulo, una ciudad grande con una población muy alfabetizada, la agencia decidió experimentar con anuncios comerciales en revistas de circulación masiva.*

Diseño de la investigación: *El estudio de promoción en las revistas empleó un análisis de serie de tiempo simple utilizando las estadísticas de servicio del programa como línea base y períodos de intervención y post-intervención.*

Hallazgos: *Durante la campaña de diez semanas, el número de clientes se duplicó, y con el tiempo se estabilizó en una tasa diaria que fue superior en más de 50 por ciento a los niveles anteriores a la campaña. El documento formula una hipótesis acerca de los roles complementarios de los medios masivos de comunicación y de la promoción interpersonal, y de la manera en que ambos se relacionan con el crecimiento de un programa de esterilización, y toca algunas de las cuestiones programáticas, como los costos iniciales de una campaña en los medios masivos y sus efectos sobre los ingresos del programa.*

Respuestas del programa a los hallazgos: *Como resultado del estudio, Pro-Pater decidió continuar usando los medios masivos de comunicación para promover la vasectomía. El estudio fue después replicado por Kincaid y colaboradores (1996) quienes sustituyeron la promoción en televisión por los anuncios en revistas. Grosso modo, los dos estudios produjeron los mismos resultados, salvo por el número de vasectomías realizadas, que no alcanzó un nivel mayor después de la campaña de televisión, como fue el caso después de la campaña en las revistas, un hallazgo que parece tener más relación con las cambiantes condiciones programáticas que con las diferencias entre los dos medios.*

Discusión: *La eficacia y el costo-efectividad de utilizar los medios masivos de comunicación para promover la vasectomía es uno de los resultados*

generalizables de la IO. Son relativamente pocos los estudios en investigación operativa que intentan derivar implicaciones teóricas de sus resultados. El estudio de Pro-Pater es notable por su tentativa de describir el proceso de crecimiento de los servicios de esterilización y de comentar el papel de la promoción en los medios masivos estimulando del proceso de crecimiento del programa. Finalmente, el estudio ilustra, una vez más, cómo alternativas de diseño de IO se ven limitadas por las condiciones del programa. El número potencial de diseños de investigación accesibles fue limitado porque la agencia solamente operaba una clínica haciendo imposible el uso del control. Sin embargo, la serie de tiempo es un diseño relativamente poderoso para el estudio de intervenciones en entornos en donde existe un solo establecimiento. A diferencia de un proyecto de demostración con un diseño único de pre- y post-test, la serie de tiempo controla las tendencias de tiempo de pre-test. Comparando los números de vasectomías realizadas antes y después de la campaña, los autores también controlaron la posible temporalidad del desempeño de la clínica equiparando el calendario de los meses de la post-intervención con los mismos meses del año anterior a la intervención.

Referencia

Kincaid, D. Lawrence y cols. 1996. "Impact of a mass media campaign in Brazil". *International Family Planning Perspectives* 22,4: 169-175.

El impacto de la publicidad en medios masivos sobre un programa de esterilización voluntaria en Brasil

Karen G. Foreit, Marcos Paulo P. de Castro
y Eliane F. Duarte Franco

La publicidad en los medios masivos ha mostrado ser eficaz para promover una amplia gama de comportamientos reproductivos, que van desde dejar de fumar (Cummings y cols., 1987; Flay, 1987), hasta la adopción de la planificación familiar (Sweeney, 1977; Bertrand y cols., 1982). La publicidad puede alertar la conciencia en cuanto a problemas de salud, o proporcionar información sobre intervenciones o productos para resolver un problema e indicar el lugar en donde el producto puede obtenerse.

Dos tradiciones diferentes han caracterizado la publicidad sobre planificación familiar. El primer enfoque, de tipo "genérico", busca sensibilizar a la audiencia acerca de la regulación de la fecundidad, o bien ofrecer información sobre una amplia gama de métodos anticonceptivos. En este tipo de publicidad los mensajes suelen ser generales, promoviéndose a menudo conceptos como el de la "paternidad responsable".

El segundo enfoque, de naturaleza "selectiva", se asemeja a las campañas publicitarias de productos para el consumo. Se promueven marcas específicas de anticonceptivos y tiendas. Quizás el ejemplo mejor conocido de este enfoque es el mercadeo social de anticonceptivos (MSA).

Es posible que las campañas genéricas sean responsables de los hallazgos de correlaciones más fuertes entre la exposición a mensajes de planificación familiar y uso de anticonceptivos en áreas en donde la prevalencia anticonceptiva es relativamente baja en comparación con áreas de prevalencia relativamente mayor (Bertrand y cols., 1982). En áreas de baja prevalencia, el enfoque como producto de consumo ha sido exitoso también. En Guatemala, la promoción selectiva de la vasectomía incrementó la aceptación de ese método (Bertrand y cols., 1987).

Los mensajes genéricos son innecesarios en sitios en donde la prevalencia anticonceptiva ya es elevada. En dichas áreas, la propaganda debería ser más

selectiva promoviendo una fuente o un método sub-utilizados. En este estudio se ilustra el enfoque selectivo y se describen los efectos de una campaña publicitaria para promover la vasectomía en la ciudad de São Paulo, en Brasil.

Antecedentes y contexto del programa

São Paulo es la mayor ciudad del Brasil y el centro comercial y manufacturero más importante del país. Se estima que el área metropolitana tiene entre 15 y 17 millones de habitantes. El estado de São Paulo tiene también las mayores tasas de prevalencia anticonceptiva. En 1986, 73 por ciento de las mujeres unidas que tenían entre 15 y 44 años de edad informó que usaba un método de planificación familiar; sin embargo, a la vasectomía se le atribuía únicamente 2 por ciento, contra 31 por ciento de prevalencia de la esterilización femenina (Arruda y cols., 1987).

El estudio que se describe en este informe fue realizado por *Promoção da Paternidade Responsavel* (Pro-Pater), una organización privada voluntaria cuyas actividades se orientan a la salud reproductiva masculina con énfasis en la vasectomía. La clínica de Pro-Pater, abierta en 1981, se ubica en una zona comercial cercana al centro de la ciudad. Hacia 1984 se había convertido en la mayor proveedora individual de esterilización voluntaria en Brasil, habiendo realizado en ese solo año 3,046 vasectomías.

En un principio, Pro-Pater dependía de la promoción interpersonal, principalmente la que hacían verbalmente sus clientes satisfechos. Casi 73 por ciento de los nuevos clientes encuestados en 1982 y 1983 (de Castro y cols., 1984), había sido referido por otro cliente. En diciembre de 1983, una estación nacional de televisión transmitió durante tres minutos información sobre vasctomía y sobre Pro-Pater; se calcula que el mensaje llegó a una audiencia estimada de 40 millones de personas. Al mes siguiente, la asistencia a la clínica aumentó 100 por ciento, y en 1984 la práctica se mantuvo 50 por ciento más elevada en comparación con los niveles de 1983. No se realizaron esfuerzos de promoción adicionales, y el funcionamiento de la clínica no se incrementó más allá de la nueva meseta: durante los primeros seis meses de 1985 el desempeño fue sólo escasamente superior (10 por ciento) al de 1984.

Así las cosas, hacia mediados de 1985 Pro-Pater decidió poner en marcha una campaña publicitaria formal colocando anuncios de una página completa en ediciones locales de revistas nacionales "de calidad". Los anuncios aparecieron durante las diez semanas que transcurrieron entre mediados de septiembre y fines de noviembre de 1985; el desempeño de la clínica se vigiló continuamente durante 15 meses. En la parte que resta de este informe se describe la campaña y sus efectos.

Diseño del estudio

La campaña de 1985 representó el primer intento de Pro-Pater para hacer publicidad en los medios masivos; la campaña significó una inversión financiera

de consideración. Por ello, como parte integral del proceso se diseñó un componente de investigación operativa (IO), cuyo propósito era el de vigilar de cerca todas las fases de ejecución de la campaña y su impacto sobre las operaciones de la clínica a fin de descubrir las razones de su éxito o fracaso. Se esperaba que los resultados que se obtuvieran se podrían aplicar a la promoción de la vasectomía en otras regiones de Brasil, y quizás también en otros países.

Se formularon tres objetivos generales y dos hipótesis específicas como parte del proceso de IO. El primer objetivo era aumentar la percepción de la vasectomía entre la población general. Este objetivo no se podía medir directamente, pues el diseño del estudio no incluía una encuesta a la población. Por ese motivo, la medición se hizo de forma indirecta; se comparó el contacto previo con hombres que se habían realizado el procedimiento entre los nuevos clientes referidos por la campaña y los que acudían referidos por fuentes tradicionales. El hallazgo de un menor número de contactos previos a la vasectomía entre el grupo referido por los medios masivos se consideró una afirmación de dicho objetivo.

El segundo objetivo —incrementar el número de clientes nuevos y de vasectomías realizadas— se pudo medir directamente comparando el volumen de pacientes manejados antes, durante y después de la campaña. Se utilizaron medidas estándar de significación estadística. Como corolario de este segundo objetivo se formularon dos hipótesis operacionales, mismas que predecían efectos colaterales negativos de la campaña. La primera hipótesis planteaba que aumentaría el número de clientes nuevos no elegibles para la vasectomía. Pro-Pater ofrece exámenes físicos y consejería completa como parte del proceso rutinario de admisión de todos sus nuevos clientes, algunos de los cuales se consideraron posteriormente no elegibles para la vasectomía. El criterio de elección incluye madurez, familia completa y estabilidad en el matrimonio; los pacientes que reflejan dudas, tensión o signos de coerción de su pareja son referidos a consejería antes de ser aceptados para la vasectomía. Aunque Pro-Pater no ve la orientación a nuevos clientes no elegibles para la vasectomía como un “fracaso” del programa (solamente quienes aceptan la vasectomía pagan una cuota por los servicios que reciben), cada cliente nuevo no elegible representa una sangría para los recursos financieros de la clínica.

Como los esfuerzos comunitarios del pasado habían sido altamente selectivos, los aumentos previos en el volumen de nuevos clientes no habían estado acompañados por aumentos relativos en la no elegibilidad (a pesar de que el *número* de nuevos clientes no elegibles había aumentado en términos absolutos). Por su misma naturaleza, la propaganda en los medios masivos es menos selectiva que la comunicación interpersonal individual. El grado al cual se incrementó el porcentaje *relativo* de nuevos clientes no elegibles se tomó como un fracaso de adaptación del mensaje propagandístico, que no fue

suficientemente estrecho como para atraer solamente a aquellos hombres elegibles para la vasectomía.

La segunda hipótesis, que tenía aspectos tanto negativos como positivos, era que la promoción en los medios masivos modificaría el perfil del nuevo cliente. Un cambio en las características demográficas con tendencia a la baja (menos edad, menos hijos), se asociaría con una no elegibilidad incrementada, según se explicó anteriormente. Por otro lado, la campaña se había diseñado también para atraer a clientes con ingresos más altos que podrían permitirse pagar tarifas también mayores; ello mejoraría la autosuficiencia de la clínica. Además, se esperaba que la amplia circulación de las revistas que se habían elegido atraería a nuevos clientes de colonias vecinas y de áreas geográficas a las que Pro-Pater no había podido acceder exitosamente. Esta hipótesis se evaluó comparando las características de los clientes, detalladas en las entrevistas de admisión de antes, durante y después de la campaña publicitaria, y comparando los clientes referidos por las diversas fuentes.

Finalmente, el tercer y último objetivo —que se consideraba como secundario en el estudio— era medir los costos y el costo-efectividad de la promoción en los medios masivos. En virtud de que el objetivo principal era determinar si la publicidad en los medios masivos podía constituir una herramienta eficaz para promover la vasectomía, se encargó al director de publicidad desarrollar una campaña óptima dentro de los límites del presupuesto estipulado, y no tanto comparar dos enfoques o varios medios masivos. No obstante, con la mira de aplicaciones futuras, era importante evaluar cuáles anuncios o revistas eran más eficaces para alcanzar las metas del proyecto. Con este propósito se utilizaron técnicas estándar de investigación de mercado, incluyendo la evocación del cliente respecto del anuncio y la revista en la que había aparecido.

Metodología

El diseño del estudio fue un simple análisis de serie de tiempo de antes y después, utilizando la clínica de Pro-Pater en São Paulo y una intervención individual —la campaña promocional en los medios masivos. Las estadísticas del servicio de los años 1984–85 constituyeron la línea base; el desempeño de la clínica se vigiló continuamente durante la intervención y en un período posterior de 12 meses.

Campaña en los medios masivos

La campaña publicitaria la diseñó una agencia local de publicidad. En un principio se exploraron todos los medios: televisión, radio, medios impresos y carteleras. Se rechazó la televisión por ser demasiado cara. Se desarrollaron campañas alternativas utilizando radio y revistas. En el análisis final se

seleccionaron las revistas con base en la mayor cantidad de información que los medios impresos eran capaces de transmitir; porque la propaganda impresa constituía un registro más permanente que podía pasar de un lector a otro; y porque las revistas podían llegar a audiencias que tenían ingresos más altos. En la sala de espera de Pro-Pater se hizo una pre-prueba de los originales mecánicos. En la gráfica 1 se muestran los cuatro anuncios que se publicaron.

Antes de insertar los anuncios, la empresa publicitaria orquestó una promoción pre-campaña en torno a una conferencia internacional en consejería para la esterilización patrocinada por Pro-Pater y la Asociación para la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AVSC, por sus siglas en inglés); la conferencia se había celebrado en São Paulo dos semanas antes de que apareciera el primer anuncio. Reportes de noticias y entrevistas aparecieron en radio y televisión, en diarios y en pequeños periódicos de anuncios. Una semana antes de iniciarse la campaña, un programa de la televisión local transmitió a medianoche un reportaje que incluía entrevistas a pacientes en la sala de espera y la filmación de un procedimiento real de vasectomía. De esa sola exposición resultaron 58 llamadas telefónicas a la clínica la semana siguiente.

La campaña formal se inició el 16 de septiembre de 1985, con la inserción del anuncio 3 (ver la gráfica 1) aparecido en *Veja*, una revista semanal de noticias. Entre esa fecha y el 27 de noviembre aparecieron 27 inserciones, de las cuales 18

Gráfica 1. Anuncios utilizados en la campaña publicitaria para promover la esterilización voluntaria, São Paulo, Brasil.



1. La decisión de evitar un embarazo es suya, sólo suya.
2. Condón—interrupción del coito.
3. ¿Y si los hombres tuvieran a los hijos?
4. Ahora que tiene los hijos que desea, ¿va a dejar de amar a su esposa?

fueron en revistas semanales y nueve en revistas mensuales; los lectores-objetivo se estimaron en 4,4 millones de hombres mayores de 30 años de edad.

Variables dependientes y fuentes de datos

Las variables dependientes abarcaron el desempeño del programa y las características de los clientes. El desempeño del programa se midió por el número de clientes nuevos admitidos cada mes, el número de vasectomías realizadas mensualmente y el número de llamadas telefónicas recibidas. Las características de los clientes incluían la colonia en donde residían, edad, edad de la pareja, educación, tipo de empleo, número de hijos vivos, edad del hijo menor, número de abortos, ingresos, las razones por las que no deseaban tener más hijos, situación de anticoncepción presente y pasada, elegibilidad para la vasectomía y la fuente de referencia.

Los registros clínicos constituyeron la base de datos primaria; se utilizaron nuevos formatos para el registro de las llamadas telefónicas. Los registros de pacientes se actualizaron conforme los clientes se realizaban las vasectomías o quedaban eliminados del programa. La recolección de datos terminó el 30 de noviembre de 1986, un año después de que el último anuncio había aparecido. Cuando el estudio culminó, había 3.403 registros de pacientes para el período de línea base, 1.475 registros por la campaña, y 5.388 registros por el período posterior a la campaña. Se registraron 4.393 llamadas telefónicas y las cartas llenaron 386 registros.

Los registros se capturaron en el programa dBase III en una microcomputadora IBM compatible, se imprimieron en serie y se verificaron manualmente contra las formas originales. La edición y las tabulaciones se hicieron con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS por sus siglas en inglés).

Resultados

Llamadas telefónicas y cartas

El obvio impacto de la campaña publicitaria quedó demostrado tanto por el número total de llamadas telefónicas recibidas como por las fuentes de referencia. El volumen de llamadas se incrementó en las primeras semanas alcanzando un pico de 220 durante la segunda semana; después, durante el resto de la campaña y en la post-campaña, los totales fueron menores y fluctuaron. El número promedio de llamadas telefónicas diarias durante la campaña fue de 30, y descendió a 20 en el período posterior.¹

El incremento en el volumen puede atribuirse directamente a la propaganda en las revistas. Los anuncios generaron 32 por ciento de todas las llamadas telefónicas recibidas, 47 por ciento durante la campaña misma, y 9-10

por ciento de las recibidas en la segunda mitad del año posterior a la campaña. Conforme disminuían las referencias por los anuncios, las reemplazaba parcialmente un mayor número de referencias de fuentes tradicionales. Parecía entonces que estábamos atestiguando la primera evidencia de un “efecto multiplicador”. Esto significa que aquéllos que llamaron por teléfono referidos por la campaña se volvieron clientes nuevos que aceptaron la vasectomía; ellos, a su vez, refirieron a nuevos individuos que llamaron en el período posterior a la campaña. En el transcurso del estudio persistió un efecto residual estable de la campaña: hasta 12 meses después de que apareció el último anuncio, casi 10 por ciento de las llamadas daba como fuente de referencia un anuncio de revista.

Hubo muchas menos probabilidades de que quienes acudían referidos por las revistas programaran una entrevista de admisión, en comparación con aquéllos que llamaron referidos por fuentes tradicionales (51 por ciento vs. 78 por ciento; $\chi^2 = 280$, grados de libertad = 1, $p < 0,01$). Aunque lo anterior pueda sugerir que la promoción en los medios masivos es menos eficaz que la comunicación interpersonal, una interpretación más positiva sería que la campaña en los medios masivos llegó a una población nunca antes tocada: la de los hombres que no habían tenido la oportunidad, o la iniciativa, de comentar sobre la vasectomía con su círculo de amigos. Durante el estudio, la clínica recibió también 338 cartas; de ellas, casi 42 por ciento citó un anuncio de revista. Aunque la campaña fue restringida a inserciones en revistas de São Paulo, sólo 54 por ciento de las cartas venían del estado de São Paulo; el restante 46 por ciento representaba a casi todos los otros estados y territorios de Brasil.

Admisión de nuevos clientes y vasectomías practicadas

Tanto en términos de nuevos clientes como de vasectomías realizadas, la práctica clínica se vio afectada positiva y significativamente por la campaña publicitaria. El número promedio diario de nuevos clientes se duplicó durante la campaña en comparación con el período de línea base, y permaneció 60 por ciento más elevado en el período que siguió a la empresa. Igualmente, el número promedio de vasectomías practicadas cada día aumentó 76 por ciento comparado con el de la línea base de la campaña, y se estabilizó en el período posterior a ella en un 54 por ciento adicional sobre dicha línea. En el cuadro 1 se resumen los niveles de desempeño clínico de la línea base, durante la campaña y posteriormente. Los niveles de las vasectomías realizadas antes y después de la campaña se presentan en la gráfica 2.

El examen de las fuentes de referencia demostró el efecto directo de la campaña publicitaria sobre la carga incrementada de clientes. De los nuevos clientes llegados durante la campaña, 18 por ciento dijo haber visto un anuncio de revista, en comparación con 4 por ciento de los nuevos clientes del período

posterior a la campaña ($\chi^2 = 338$, grados de libertad = 1, $p < 0,01$). Durante la campaña, 74 por ciento de los nuevos clientes había hablado con un paciente de la clínica; mientras tanto, en el período de la post-campaña 88 por ciento había hecho algo similar ($\chi^2 = 161$, grados de libertad = 1, $p < 0,01$). Finalmente, 36 por ciento de los nuevos clientes llegados durante la campaña dijo haber hablado

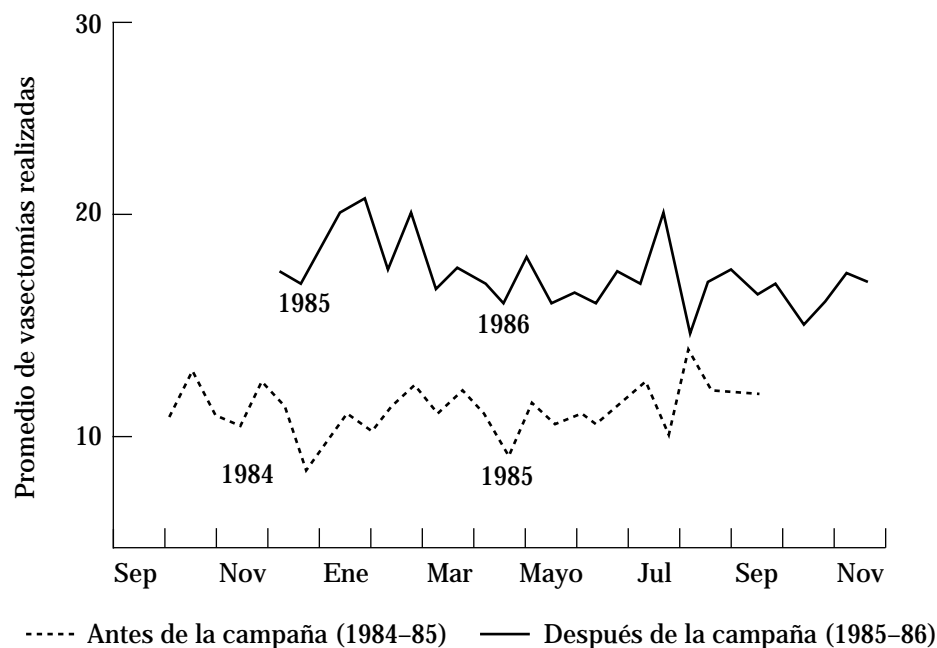
Cuadro 1. Práctica clínica diaria, por período, septiembre de 1984 a noviembre de 1986

Servicio	Período		
	Línea base (3 Sep. '84 - 30 Ago. '85)	Campaña (16 Sep. '85 - 29 Nov. '85)	Post-campaña (2 Dic. '85 - 28 Nov. '86)
Número de llamadas telefónicas			
Promedio	—	30,1	20,1
Total ^a	—	1.788	2.430
Número de nuevos clientes admitidos			
Promedio	13,7	27,3	21,9
Total	3.403	1.475	5.388
Número de vasectomías practicadas			
Promedio	11,2	19,7	17,2
Total	2.470	1.123	3.810

Nota: Las llamadas no se registraron durante el período de base.

^a Se registraron 175 llamadas telefónicas adicionales en las dos semanas previas a la campaña (2-13 de septiembre de 1985).

Gráfica 2. Desempeño de la clínica antes y después de la campaña para promover la esterilización voluntaria, São Paulo, Brasil.



con amigos o parientes respecto de la vasectomía, en comparación con 52 por ciento de nuevos clientes que lo hizo en el período de la post-campaña ($\chi^2 = 120$ grados de libertad = 1, $p < 0,01$). Estas tendencias en la fuente de referencia de nuevos clientes siguen el mismo patrón que se observó entre los individuos que llamaron por teléfono. Ello no debe sorprender, pues virtualmente todas las entrevistas de admisión se programan previamente por teléfono. Además, dado que había menos probabilidad de que aquéllos que llamaban por teléfono referidos por un anuncio programaran una entrevista, en comparación con los referidos por fuentes tradicionales, hubo menos clientes nuevos que interlocutores telefónicos que informaron haber tenido contacto con la campaña (18 por ciento de nuevos clientes, vs. 47 por ciento de interlocutores telefónicos durante la campaña).

Características de los clientes

Para medir el impacto de la campaña sobre el perfil del candidato potencial a la vasectomía, se examinaron características diversas de los clientes que incluyeron edad, lugar de residencia, edad de la pareja, número de hijos vivos, educación, ingreso y práctica anticonceptiva actual. Se compararon los perfiles de los clientes a lo largo de los tres períodos (línea base, campaña y post-campaña), así como los perfiles de clientes referidos por la campaña contra los clientes referidos por fuentes tradicionales. Los clientes referidos por la campaña eran aquéllos que habían visto un anuncio de revista y no habían hablado con otro cliente de la clínica antes de la entrevista de admisión. Los clientes referidos por las fuentes tradicionales eran aquéllos que habían hablado con otro cliente de la clínica y no habían visto un anuncio de revista.

Se tenían datos de la variable *edad* de quienes hablaban por teléfono y de los nuevos clientes. La edad promedio de quienes llamaron por teléfono fue 33 años; ese dato no se diferenciaba de quienes eran referidos por un anuncio de revista o por fuentes tradicionales. El promedio de edad de los nuevos clientes que llegaron a la clínica también era de 33 años, sin que se registrara variación en los tres períodos. Sin embargo, el promedio de edad de los nuevos clientes referidos por la campaña fue un año mayor que los que refirieron las fuentes tradicionales (33,9 años vs. 33,0 años, $t = 2,37$, grados de libertad = 5.284, $p < 0,02$).

El *número de hijos vivos* no se modificó en los distintos períodos; el promedio era de 2,5 entre los nuevos clientes que llegaron antes, durante o después de la campaña. Los clientes referidos por la campaña tenían un número de hijos ligeramente menor (2,3) que los referidos por las fuentes tradicionales (2,5).

El promedio en el nivel de *educación* aumentó ligeramente durante la campaña, después de la cual volvió a los niveles de la línea base. Se observó un efecto similar y más fuerte al comparar a clientes referidos por la campaña con

aquéllos referidos por las fuentes tradicionales: la mediana del nivel de educación entre los referidos por la campaña superaba la secundaria, en comparación con una mediana de educación primaria de los referidos por fuentes tradicionales.

Se examinaron *otras características de los clientes* incluyendo residencia, edad de la pareja, situación anticonceptiva y demás. No se encontraron efectos consistentes por período o fuente de referencia para estas otras variables.

Análisis de costo-efectividad

El estudio se diseñó para probar la eficacia de promover la vasectomía en los medios masivos y, como tal, no pretendió determinar el mejor enfoque publicitario desde el punto de vista de costo-efectividad. Sin embargo, si la técnica se utilizara a futuro con otros programas, sería importante considerar ese aspecto. Fue por ello que el costo-efectividad se analizó en los términos en que se había realizado, simulándose la eficacia y el costo-efectividad de una campaña más económica en la que se utilizara un menor número de revistas.

En esencia, la razón costo-efectividad es simplemente la relación de costos del programa divididos por sus rendimientos. En este estudio, los costos del programa son aquéllos que se vinculan con la campaña: costos de producción (fotografía, pruebas, original mecánico, y demás), costos del publicista (para arreglar la cobertura de prensa), y costos de publicación. Los costos de producción se hacen una sola vez al comienzo y se pueden amortizar en el transcurso de otras campañas. Los costos del publicista también se erogan una sola vez al principio, aunque necesitarían repetirse con cada nueva campaña. Los costos de publicación son recurrentes y varían según el tipo de revista y el número de inserciones.

Los rendimientos del programa son las vasectomías adicionales practicadas como resultado de la campaña. Se dio por sentado que el desempeño de la clínica habría permanecido estable de no haberse realizado la intervención. Utilizando la meseta de la post-campaña (que subestima el impacto), se calculó 54 por ciento de aumento en la media diaria de vasectomías realizadas, lo que arroja un promedio de 1.500 vasectomías adicionales practicadas cada año. Considerando que los nuevos clientes referidos por la campaña refieren, a su vez, a otros clientes nuevos (efecto multiplicador), y dado que la nueva meseta de desempeño parece estable, el período de tiempo del análisis debería ser mayor al de la campaña. En este análisis se utilizaron proyecciones a uno y tres años (1.500 y 4.500 vasectomías adicionales, respectivamente).

Con el propósito de simular la eficacia y el costo-efectividad de una campaña menos onerosa, fue necesario calcular los rendimientos relativos de los dos canales de publicidad más importantes, radio/televisión y revistas. En cuanto

Cuadro 2. Costos y rendimientos de los componentes de la campaña publicitaria

Categoría de costo	Costo total (en dólares)	Costo relativo (%)	Rendimiento relativo (%)	Costo efectividad
Producción	2.960	5,1	—	—
Agente de prensa ^a	3.590	6,1	11,6	1,9:1
Publicación	51.740	88,8	88,4	0,9:1 ^b
Otras	25.860	44,4	13,3	0,3:1 ^b
<i>Veja, Isto E</i>	25.880	44,4	75,1	1,6:1 ^b
Total	58.290	100,0	100,0	na

^a Cobertura en radio y televisión. ^b Incluye costos de producción.

a revistas, se calcularon los rendimientos relativos de las dos revistas más exitosas (*Veja* y en *Isto E*) y de otras. Los estimados se basaron en la fuente de referencia citada por los nuevos clientes que llegaron durante o después de la campaña y a quienes se practicó la vasectomía. Se dio por hecho que una vez que ello había ocurrido, estos clientes referirían a nuevos clientes en un número similar, sin importar su fuente de referencia original.

El cuadro 2 muestra los costos finales por categoría de costo y proporciones asociadas de rendimiento. Entre los clientes que reportaron un contacto con la clínica a través de los medios masivos, casi 12 por ciento había visto u oído información en la televisión o el radio (el resultado del agente de prensa), y 88 por ciento había visto uno o más anuncios en revistas. Comparando estos rendimientos relativos con los correspondientes costos relativos, el agente de prensa (cobertura de radio/televisión) resultó ser el medio más costo-efectivo, seguido por los anuncios insertados en *Veja* y en *Isto E*. Los anuncios en revistas con audiencias más reducidas fueron los menos costo-efectivos. Sin embargo, antes de concluir que la televisión pudiera ser un medio más costo-efectivo que las revistas, debe recordarse que la cobertura en televisión se hizo mediante programas noticiosos regulares, programas diarios de entrevistas y demás, y no en calidad de comerciales pagados.

Si se incluyen todos los costos de producción y se concede un rendimiento de un año, cada vasectomía adicional realizada costó casi \$39 dólares; si el período de rendimiento se extiende a tres años, el costo por cliente se reduce por un factor de tres, para llegar a \$13 dólares. Al mismo tiempo, el rendimiento extra de Pro-Pater generado por las cuotas de los pacientes fue de \$45 dólares por cliente, para un rendimiento neto de \$6 dólares por cliente en un período de un año, y de \$32 dólares por cliente en un período de tres años.

Como lo indica el cuadro 2, la publicación en las revistas menos efectivas tiene un costo que llega a 44 por ciento del total del presupuesto publicitario y genera solamente 13 por ciento de rendimiento. De ahí que si se eliminaran las revistas podríamos esperar un rendimiento de aproximadamente 1.300 vasectomías adicionales por año. Pero, además, los costos de producción (5 por

ciento del total) se podrían amortizar con más de una campaña. Si se volviera a calcular la razón costo-efectividad sobre la base de los costos de las revistas más efectivas solamente, 50 por ciento de los costos de producción, 100 por ciento de los costos del publicista y el rendimiento adicional reducido arrojarían razones de costo-efectividad de \$24 y \$8 dólares por vasectomía adicional practicada para los períodos de uno y tres años de rendimiento, o una ganancia neta de \$21 dólares y \$37 dólares por cliente, respectivamente.

Discusión

Los tres objetivos del estudio fueron: incrementar el conocimiento de la vasectomía entre la población general, aumentar el número de clientes nuevos y de vasectomías realizadas, y medir los costos y el costo-efectividad de la promoción en los medios masivos.

La evidencia indirecta sugiere que el primer objetivo —aumentar el conocimiento de la vasectomía entre el público en general— se alcanzó. Los nuevos clientes reclutados mediante la campaña publicitaria parecían tener menos conocimiento de la vasectomía que los clientes nuevos referidos por fuentes tradicionales. A los clientes reclutados por los anuncios les interesaba recibir información sobre la vasectomía, pero no estaban suficientemente listos como para programar una entrevista de admisión; cuando de hecho llegaban a la clínica, tenían menos probabilidades de haber hablado con un cliente anterior, con un miembro de su familia o con un amigo acerca de la vasectomía; y cuando aceptaron el procedimiento esperaron más tiempo para programar la fecha de la cirugía. Parece, entonces, que la campaña no solamente promovió a Pro-Pater entre los hombres que ya estaban interesados en el procedimiento; también provocó la concientización acerca de la vasectomía entre hombres que no estaban familiarizados con ella.

En relación con el segundo objetivo, el número de nuevos clientes que fueron admitidos durante el período de la campaña duplicó al que se había observado en la meseta de 1984, y las admisiones en la post-campaña se estabilizaron en un nivel 60 por ciento más alto que la línea base. El número de vasectomías practicadas fue 76 por ciento superior en el período de la campaña y se estabilizó en 54 por ciento más.

La primera hipótesis —que el número de clientes no elegibles para la vasectomía aumentaría— se confirmó. La proporción de nuevos clientes que no satisfacían los criterios de la clínica se incrementó, pasando de 14 por ciento en el período de línea base, a 19 por ciento durante la campaña. Las tasas de no elegibilidad en la post-campaña volvieron a los niveles de la línea base. Los clientes nuevos que se reclutaron en la campaña publicitaria mostraron tasas de no elegibilidad mayores que aquéllos que fueron referidos por fuentes tradicionales.

La segunda hipótesis —la promoción en los medios masivos alteraría el perfil del cliente nuevo, pero no afectaría las características del aceptante de la vasectomía— se confirmó parcialmente. No se encontraron efectos del periodo en los clientes en términos de edad, edad de la pareja, número de hijos vivos o uso actual de anticonceptivos. Los nuevos clientes que fueron referidos por los anuncios en revistas eran un poco mayores, más educados, y mostraban niveles de ingreso más elevados que los referidos por fuentes tradicionales. Tal y como se anticipaba, el perfil del aceptante de la vasectomía no se modificó.

Estos resultados demuestran que la campaña tuvo éxito al llegar a la audiencia que se esperaba. Las mayores tasas de no elegibilidad que la campaña produjo no fueron por fallas de concertación con el criterio demográfico deseado; más bien reflejaron el hecho de que los candidatos reclutados por la campaña en los medios habían estado menos expuestos a la información sobre vasectomía que los clientes que fueron referidos por los canales tradicionales, y a quienes los consejeros de la clínica juzgaron menos preparados para adoptar la anticoncepción quirúrgica permanente.

El tercer objetivo era medir los costos y el costo-efectividad de la promoción en los medios masivos. Concediendo un período de recuperación de tres años, el costo de la campaña fue de \$13 dólares por vasectomía adicional practicada (que representa 28 por ciento de los costos de operación de la clínica por cada procedimiento). Si se eliminaran las revistas menos productivas, el costo se reduciría a \$8 dólares por vasectomía adicional practicada (18 por ciento de los costos de la clínica). Uno u otro costo (\$13 u \$8) estaría más que compensado por la contribución adicional generada por el incremento en las vasectomías realizadas.

Conclusiones

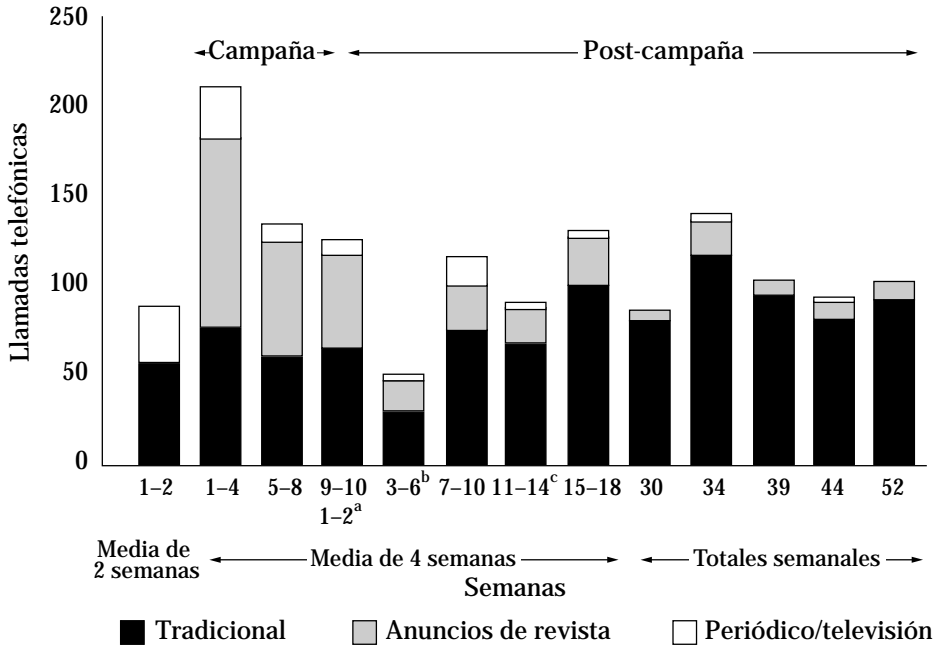
Los resultados de este estudio demuestran claramente que la publicidad en los medios masivos fue un vehículo eficaz y costo-efectivo para aumentar la demanda por servicios de vasectomía en la ciudad de São Paulo, en Brasil. El que estos hallazgos se apliquen a otros servicios o escenarios es algo que requiere estudiarse, junto con el enfoque que pueda ser más costo-efectivo para promover el procedimiento en los medios masivos. No es evidente, por ejemplo, hasta qué grado la base de clientes de Pro-Pater influyó en los resultados. Si el experimento se hubiera aplicado en una clínica con menos prestigio es posible que el efecto hubiera sido diferente.

Es justo mencionar que la campaña fue exitosa en el sentido de atraer a la audiencia objetivo sin que llegara a la clínica un número exagerado de individuos cuyas características demográficas y de otra índole los hubieran hecho no elegibles para adoptar este método de planificación familiar. La publicidad fue

para un solo método anticonceptivo —la vasectomía— y no para la planificación familiar en general. Se delineó claramente a los receptores que se buscaban para el mensaje: aquellos hombres que ya tenían todos los hijos que deseaban y que estaban potencialmente interesados en un método anticonceptivo permanente. Este enfoque fue exitoso no sólo en el sentido de atraer atención positiva; también evitó reacciones negativas que pudieron haberse generado con un mensaje más difuso (por ejemplo, el control de la fecundidad).

Los resultados también tienen implicaciones para una cuestión operacional mayor; a saber, de qué forma crecen los programas de entrega de servicios de planificación familiar. A diferencia de los programas que ofrecen métodos temporales, los programas que ofrecen métodos permanentes (la esterilización femenina y masculina) dependen esencialmente de un contacto único con el/la paciente. El/la paciente, una vez que ha sido esterilizado/a con éxito, no regresa; mientras tanto, con el/la usuario/a de un método temporal se genera una necesidad continua de seguimiento o de servicios de reabastecimiento. Por ello, un programa de esterilización que busque permanecer activo debe asegurar que cada aceptante sea reemplazado continuamente por un nuevo aceptante; y para que el programa crezca, cada aceptante debe ser reemplazado por más de un aceptante. Por otro lado, los programas que ofrecen métodos temporales pueden presentar un crecimiento incremental agregando aceptantes de uno en uno (cada aceptante refiere a otro aceptante más), siempre que las tasas de continuación sean suficientemente altas.

Con programas de esterilización como el que Pro-Pater ha establecido tan sólidamente, parece que operan al menos dos mecanismos: uno mantiene el equilibrio y el otro induce la expansión del programa. La comunicación interpersonal, una técnica promocional previamente enfatizada por Pro-Pater, parece ser la adecuada para mantener el equilibrio del programa. Año tras año, cada aceptante de la vasectomía refiere, en promedio, a un nuevo aceptante produciendo mesetas de desempeño que se mantienen estables durante un año o más. Sin embargo, para aumentar la práctica, para incrementar la base de clientes que sirven como fuente de referencia a nuevos clientes, se requiere de algún tipo de promoción masiva. En dos ocasiones Pro-Pater ha experimentado un evento de este tipo; primero, con la cobertura de televisión que no solicitó, y después con la campaña publicitaria que hemos comentado. En ambos casos, el desempeño de la clínica tuvo un pico súbito y definido que disminuyó a una meseta estable, pero mayor, que su situación de equilibrio previa. La figura 3 ofrece una evidencia directa de la hipótesis de los dos mecanismos. Las llamadas telefónicas referidas por fuentes tradicionales fueron esencialmente estables en los primeros meses del estudio (cuando la base de clientes no se había incrementado todavía), y se igualaron en número con las llamadas que la

Gráfica 3. Llamadas telefónicas mensuales a Pro-Pater antes, durante y después de la campaña publicitaria para promover la esterilización voluntaria, São Paulo, Brasil.

^a Semanas 9-10 de la campaña, y semanas 1-2 de la post-campaña.

^b Incluye los días feriados de Navidad y Año Nuevo.

^c Incluye los días feriados del Carnaval.

campaña publicitaria propició. Al concluir la campaña, también dejaron de recibirse casi todas las solicitudes de información que ella misma había estimulado directamente; sin embargo, la base ampliada de clientes comenzó a resultar en un mayor número de llamadas telefónicas motivadas por la comunicación interpersonal.

Vemos, finalmente, que el impacto de la campaña se extenderá más allá del período trimestral en el que la propaganda se insertó, o hasta más allá de los 12 meses del período del estudio. En primer lugar, la campaña incrementó el desempeño de la clínica hasta una nueva meseta, misma que puede mantenerse a través de la comunicación interpersonal o del “efecto multiplicador”. En segundo lugar, 10 por ciento de las llamadas telefónicas recibidas hasta 12 meses después de la aparición del último anuncio se refería todavía a la inserción de un anuncio en una revista, lo que indica que esos ejemplares todavía circulaban (por ejemplo en salas de espera, o si la revista pasaba de un conocido a otro), o bien que el anuncio se había recortado para futura referencia. Sin importar la razón, ese hecho sugiere que las revistas pueden ser, en última instancia, más eficaces que otros medios (como la televisión, que posee un mayor impacto inmediato, pero no

prolongado). En tercer lugar, la campaña aparentemente promovió con éxito la vasectomía entre una población que antes no había caído en cuenta de que esa opción existía. Aunque a los “nuevos reclutas” les puede tomar más tiempo adoptar la decisión de hacerse la vasectomía en comparación con los clientes referidos por la comunicación interpersonal (ver Mumford, 1983, para un modelo de toma de decisión sobre la aceptación de la vasectomía), a fin de cuentas su contribución será más importante para el éxito continuo del programa.

Notas

Este estudio fue financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional mediante el contrato DPE-3030-C-00-4074-00 otorgado al Population Council (Subcontrato Núm. CI 85-13A entre Pro-Pater y el proyecto INOPAL del Population Council).

Los autores agradecen a James R. Foreit, Director Asociado de INOPAL, sus valiosos comentarios y su revisión crítica.

1. La semana normal de trabajo es de cinco días. Como hubo días feriados, algunas semanas fueron más cortas.

Referencias

- Arruda, José María, Naomi Rutenberg, Leo Morris y Elisabeth Anhel Ferras. 1987. *Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno Infantil e Planejamento Familiar; PNSMIPF-Brasil, 1986*. Río de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil.
- Bertrand, Jane T., Roberto Santiso G., Rosa Judith Cisneros, Felix Mascarín y Leo Morris. 1982. “Family planning communications and contraceptive use in Guatemala, El Salvador and Panama”. *Studies in Family Planning* 13, 6/7: 190–199.
- Bertrand Jane T., Roberto Santiso G., Stephen H. Linder y María Antonieta Piñeda. 1987. “Evaluation of a communications program to increase adoption of vasectomy in Guatemala”. *Studies in Family Planning* 18,6: 361–370.
- Cummings, K., Michael, Russel Sciandra, y Samuel Markello. 1987. “Impact of a newspaper-mediated quit-smoking program”. *American Journal of Public Health* 77, 11:1452–1453.
- De Castro, Marcos Paulo P., Diogo A. Mastrorocco, Bernadete M. de Castro y Stephen D. Mumford. 1984. “An innovative vasectomy program in São Paulo, Brazil”. *International Family Planning Perspectives* 10,4: 125–130.
- Flay, Brian R. 1987. “Mass media and smoking cessation: A critical review”. *American Journal of Public Health* 77, 2: 153–160.
- Mumford, Stephen D. 1983. “The vasectomy decision-making process”. *Studies in Family Planning* 14,3: 83–88.
- Sweeney, William O. 1977. “Media communications in population/family planning programs: A review”. *Population Reports*, No. 16: J289–J320.

COMENTARIOS INTRODUCTORIOS

El efecto de la consejería en la aceptación de la esterilización por mujeres de alta paridad en Nigeria

Alexander E. Omu, Sharon S. Weir, Barbara Janowitz,
Deborah L. Covington, Peter R. Lamptey y Nadine N. Burton

Cuestión programática: *El programa deseaba incrementar los bajos niveles de esterilización post-parto y el uso de otros anticonceptivos entre mujeres multíparas que daban a luz en los hospitales nigerianos.*

Procesos/componentes programáticos: *Se suministraba poca o nula información sobre planificación familiar y sobre esterilización a las mujeres que parían en los hospitales de Nigeria. El estudio sometió a prueba una intervención diseñada para brindar a las mujeres consejería en planificación familiar y en esterilización en cuatro ocasiones: dos durante las visitas prenatales (al momento de ser admitidas y en una siguiente oportunidad), durante la hospitalización para el alumbramiento y a las seis semanas del post-parto.*

Diseño de la investigación: *Se condujo un verdadero experimento. Más de 1.000 mujeres fueron asignadas al azar a los grupos de intervención y de control. El grupo de intervención recibió consejería y materiales; el grupo de control recibió únicamente los materiales de planificación familiar que el hospital les entregaba en forma rutinaria a las pacientes. Las variables dependientes incluyeron la prevalencia en el uso de anticonceptivos y el conocimiento de la paciente sobre planificación familiar.*

Hallazgos: *Las mujeres que recibieron asesoría tuvieron mayor conocimiento de la planificación familiar; pero también presentaron niveles de esterilización más altos (13 por ciento vs. 3 por ciento), así como prevalencia de un método moderno de planificación familiar en general (70 por ciento vs. 51 por ciento), en comparación con las mujeres que sólo recibieron materiales sobre planificación familiar.*

Respuestas del programa a los hallazgos: *Cuando el proyecto culminó, personal clave fue transferido desde el hospital del estudio a otro establecimiento en una localidad distinta en Nigeria. Los participantes consideran que esta interrupción en la continuidad del personal obstaculizó la implantación total de los resultados del estudio.*

Discusión: *El estudio demuestra la importancia de la comunicación interpersonal en la adopción de la planificación familiar. Sin embargo, no examina una cuestión importante desde el punto de vista operativo: si son necesarios cuatro contactos para informar adecuadamente a las mujeres.*

Es relativamente sencillo conducir experimentos en contextos hospitalarios. Tal como sucedió en este estudio, la asignación verdaderamente aleatoria puede lograrse a menudo; o bien, se pueden usar otros procesos de asignación similares para protegerse de la introducción de un sesgo sistemático. En un estudio comparativo de técnicas de incisión para vasectomía sin bisturí y estándar, que se efectuó durante el festival de la vasectomía por el cumpleaños del Rey de Tailandia, Nirapathpongporn y colaboradores (1988 y 1989) asignaron a los hombres a las camillas quirúrgicas sobre la base de que el primero en llegar era el primero en ser atendido; la mitad de las camillas era atendida por médicos que utilizaban la nueva técnica. En un estudio de promoción del DIU en el post-parto realizado en Perú, K. Foreit y colaboradores (1993) asignaron mujeres a las salas de parto experimental y de control sobre la base de camas disponibles. En el caso de Tailandia, una verdadera asignación aleatoria hubiera significado una disminución en el ritmo de realización de las vasectomías, incrementando así los costos del proveedor y los inconvenientes para el usuario; en el estudio peruano, la verdadera asignación aleatoria era imposible porque hubiera requerido que mujeres en trabajo de parto esperaran hasta que estuviera libre una cama en la sala a la que se las había asignado al azar.

Referencias

- Foreit, Karen y cols. 1993. "Acceptability and cost-effectiveness of postpartum contraception in Lima, Perú". *International Family Planning Perspectives* 19, 1: 19-24.
- Nirapathpongporn, Apichart y cols. 1988. "No scalpel vasectomy at the King's Birthday vasectomy festival". *The Lancet* 335: 894-895.

El efecto de la consejería en la aceptación de la esterilización por mujeres de alta paridad en Nigeria

Alexander E. Omu, Sharon S. Weir, Barbara Janowitz,
Deborah L. Covington, Peter R. Lamptey y Nadine N. Burton

Antecedentes

Durante el embarazo, las mujeres de más de 35 años y las que han tenido cuatro o más hijos presentan un riesgo más elevado de hemorragia y presión arterial alta, dos de las causas de muerte materna más comunes en los países en desarrollo.¹ Como las mujeres en el mundo en desarrollo a menudo comienzan a tener hijos al término de su adolescencia o durante los primeros años de su segunda década de vida y no practican la planificación familiar para espaciar sus embarazos, suele ocurrir que alcancen una paridad elevada a una edad comparativamente temprana y que, en consecuencia, estén expuestas durante muchos años a los peligros de los embarazos de alto riesgo. A consecuencia de lo anterior, la mayoría de las mujeres de aquellas regiones en donde el índice de fecundidad total es alto encara un elevado riesgo de morbilidad y mortalidad materna en los últimos años de su vida reproductiva. Por lo tanto, es importante que las mujeres de alta paridad tengan acceso a métodos anticonceptivos confiables, que no les representen problemas y les permitan protegerse contra embarazos potencialmente peligrosos.

La esterilización femenina voluntaria es uno de los métodos anticonceptivos más ampliamente utilizados en todas las regiones del mundo, particularmente entre mujeres de más de 35 años, con la excepción de África al sur del Sahara. Entre las mujeres actualmente casadas de 35 a 44 años que practican la anticoncepción, 43 por ciento en Asia, 42 por ciento en América Latina y 25 por ciento en Medio Oriente han dependido de la esterilización. En contraste, únicamente 8 por ciento de las mujeres comparables en África al sur del Sahara se ha hecho la esterilización.²

Nigeria tiene uno de los índices de esterilización femenina más bajos que existen en la región: menos de 1 por ciento de las mujeres mayores que practican

Reimpreso con autorización de The Alan Guttmacher Institute de *International Family Planning Perspectives* 1989. 15, 2: 66-71.

la anticoncepción está esterilizada.³ Lo anterior se debe, en parte, a que los programas de planificación familiar en Nigeria son nuevos. Hasta hace poco, existía muy escasa demanda por estos programas debido al difundido deseo tradicional de tener familias numerosas. Una mayoría de las mujeres nigerianas desea tener otro hijo inmediatamente después del nacimiento de su último bebé o dentro del año que sigue a ese alumbramiento.⁴ La Encuesta Mundial de Fecundidad para Nigeria de 1981-82 encontró que las mujeres urbanas de entre 35 y 44 años que ya tenían cuatro o más hijos deseaban tener todavía dos hijos más en promedio; la tasa global de fecundidad de Nigeria era de 6.3.⁵

La abstinencia postparto y el amamantamiento, dos prácticas extendidas en este país, han permitido tradicionalmente el espaciamiento de los nacimientos y han protegido a las mujeres nigerianas de algunos embarazos de alto riesgo; sin embargo, estas prácticas están siendo erosionadas por la rápida urbanización y otros cambios de tipo social. Con todo, el conocimiento público y la utilización de métodos de planificación familiar, especialmente la esterilización, son todavía muy limitados. Únicamente 32 por ciento de las mujeres nigerianas de entre 15 y 44 años sabe de algún método anticonceptivo moderno o tradicional. Además, sólo 7 por ciento ha escuchado acerca de la anticoncepción quirúrgica voluntaria.⁶

En contraste, en Kenia, Senegal y Zimbabwe —países africanos con una exposición a los programas de planificación familiar comparativamente mayor— por lo menos 45 por ciento de las mujeres de entre 15 y 44 años sabe acerca de la esterilización femenina.⁷ En esos países, la utilización de la planificación familiar está creciendo a un ritmo más rápido, reflejando la mayor disponibilidad de servicios y de programas de educación e información.

De acuerdo con una encuesta realizada en 1980 entre mujeres que tuvieron partos en tres hospitales en Benin, Nigeria, las principales razones para no utilizar la anticoncepción fueron la oposición por parte del cónyuge, valores religiosos y el temor a efectos colaterales.⁸ Otro estudio realizado en el Hospital de Enseñanza de la Universidad de Benin encontró que las mujeres que habían tenido más de cuatro partos representaban 20 por ciento de las pacientes de maternidad, pero que también constituían el 55 por ciento de las muertes maternas ocurridas en ese hospital.⁹ Con base en estos estudios y en su propia experiencia clínica y de investigación en las áreas de obstetricia y ginecología, el autor principal de este artículo decidió lanzar un proyecto en colaboración con Family Health International, que permitiera implantar y evaluar un programa de educación e información sobre planificación familiar para mujeres de alta paridad. El programa intentaría informar a estas mujeres acerca de los peligros asociados con los embarazos múltiples y sobre la disponibilidad, seguridad y efectividad de todos los métodos anticonceptivos. También subrayaría la idoneidad de la anticoncepción quirúrgica voluntaria para las mujeres de alta paridad.

El proyecto se ubicó en el Hospital de Enseñanza de la Universidad de Benin, un hospital de referencia con 450 camas que sirve como área de captación para cerca de 4 millones de habitantes. En este hospital ocurren cerca de 4.000 partos al año; un estudio de vigilancia obstétrica realizado en 1981 encontró que una tercera parte de los partos se relacionaba con un alumbramiento del cuarto orden o posterior.¹⁰

La meta del proyecto era demostrar que si se invertía tiempo para educar e informar a las mujeres en riesgo de complicaciones de embarazo derivadas de una alta paridad se incrementaría la aceptación de la planificación familiar en el postparto en una población que, de otro modo, se mostraría poco dispuesta a aceptar cualquier método anticonceptivo, en particular los métodos quirúrgicos. Los lineamientos para el programa se basaron en la premisa de que la consejería debe propiciar una elección libre e informada. La responsabilidad de los consejeros era triple; debían evaluar la disposición de la mujer para poner fin a su fecundidad, ofrecer a la paciente información completa acerca de los riesgos asociados con la anticoncepción quirúrgica, e informarle de la posibilidad de métodos reversibles. Las mujeres incluidas en el estudio no recibieron ningún tipo de inducción para participar. Aquéllas que seleccionaron la esterilización pasaron por un cuidadoso procedimiento de consentimiento informado que incluyó información acerca de la permanencia del método, un tiempo amplio para reflexionar sobre su decisión sin presiones externas y una firma ante testigos.

Los objetivos del componente de evaluación fueron: determinar si el programa influía sobre la demanda de anticoncepción quirúrgica voluntaria entre las mujeres de alta paridad que daban a luz en el Hospital de Enseñanza de la Universidad de Benin; si la consejería mejoraba el nivel de comprensión y las actitudes hacia la esterilización entre estas mujeres; y si la información y la educación aumentaban la demanda postparto de todos los métodos de planificación familiar por parte de las mujeres de alto riesgo.

Métodos

Para efectos de este estudio, una mujer de alta paridad se definió como aquella que había tenido cuatro o más partos anteriores y que al momento del estudio se encontraba en la 28ª semana de gestación o más allá. Todas las mujeres de alta paridad que estaban programadas para dar a luz en ese hospital y que habían asistido a su clínica prenatal durante un período de 19 meses se incluyeron en el estudio, a excepción de las mujeres a las que, por razones de tipo médico, un doctor les había recomendado la esterilización. El estudio se realizó de septiembre de 1984 a marzo de 1986.

A través de un proceso de asignación aleatoria, al momento de la visita inicial a la clínica prenatal se asignó a las mujeres de alta paridad a uno de los

dos grupos: uno se convirtió en el grupo de tratamiento y se le expuso a un programa de información y educación que incluyó consejería individualizada sobre planificación familiar y los riesgos para la salud asociados con la alta paridad. El segundo grupo se convirtió en el grupo de control.

Las mujeres del grupo de tratamiento recibirían información en cuatro oportunidades: al momento de ser admitidas al estudio (durante las semanas 29 a 35 de su gestación), durante una visita prenatal después de la 36ª semana de embarazo, durante su hospitalización para fines del alumbramiento y a las seis semanas postparto. Un grupo de enfermeras estuvo a cargo de la primera y la tercera sesiones de consejería; un grupo de médicos realizó la segunda y la cuarta. Estos profesionales fueron capacitados para la consejería por miembros del personal de Family Health International, de acuerdo con un protocolo desarrollado junto con la Asociación para la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria y utilizando materiales suministrados por esa organización.

El protocolo requería que el grupo de tratamiento recibiera información durante la primera, tercera y cuarta sesiones, acerca de los efectos para la salud de la alta paridad y de los beneficios de la planificación familiar. La educación acerca de todos los métodos anticonceptivos se programó para la segunda y la tercera sesiones. La anticoncepción quirúrgica voluntaria se presentó con cierto detalle, y las ventajas y las limitaciones del método se comentaron en el contexto de los embarazos de alto riesgo. Aquellas mujeres que expresaron su interés en la esterilización recibieron consejería más detallada durante la segunda, tercera y cuarta sesiones para asegurar que comprendían perfectamente la permanencia del método y las complicaciones potenciales asociadas con el procedimiento quirúrgico.

El grupo de control recibió únicamente la información sobre planificación familiar estándar que la clínica ofrece normalmente. Aun cuando se comentaban todos los métodos anticonceptivos disponibles en el hospital, la información no subrayaba los riesgos mayores asociados con la alta paridad. El personal que ofrecía esta consejería no había recibido capacitación especial en lo que se refiere a procedimientos de información y educación y tampoco seguía un protocolo estándar. La información que ofrecían acerca de la anticoncepción quirúrgica era incompleta y no abordaba el principal temor de las mujeres en la región de Benin: que la esterilización en esta vida las volvería estériles en reencarnaciones subsecuentes.

Al momento de ser admitidas al estudio, tanto las mujeres del grupo de tratamiento como las del grupo de control fueron entrevistadas para obtener información de sus características sociales y demográficas, su conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y su deseo de tener más hijos. Las esterilizaciones se realizaron al momento del parto o inmediatamente después de ocurrido éste. También se entrevistó a las mujeres de ambos grupos a las seis semanas postparto para obtener información acerca de los resultados del

alumbramiento, sus planes en torno a la anticoncepción y sus actitudes hacia la esterilización. Se verificaron los registros hospitalarios para identificar a las mujeres esterilizadas que no habían regresado para su visita de postparto. Se dedujo que las mujeres a quienes no se había entrevistado a las seis semanas y que no tenían un registro de esterilización no habían sido esterilizadas.

Más de 99 por ciento de las mujeres que tomaron parte en el estudio fue entrevistada al momento de su admisión. Casi 90 por ciento de las mujeres en el grupo de tratamiento recibió consejería las cuatro veces; únicamente dos no asistieron a ninguna sesión. Adicionalmente, más de 90 por ciento de las mujeres fue entrevistada a las seis semanas postparto. Que una paciente dejara de acudir tanto a las visitas prenatales como a las seis semanas postparto fue la principal razón por la que las clientes se perdieron sesiones de consejería o no hubiera una entrevista de seguimiento.

Características de las pacientes

Durante el período del estudio, más de 1.000 mujeres de alta paridad fueron admitidas para su atención prenatal. En el cuadro 1 se presentan las características sociales, demográficas y de salud reproductiva que formaron la línea base. No se presentaron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento y de control en relación con alguna de las características que se encuestaron. Tampoco se encontraron diferencias entre las mujeres que regresaron a las seis semanas postparto y aquéllas que no regresaron. Como la asignación aleatoria resultó exitosa en lo que se refiere a la creación de grupos de control y tratamiento similares, y como las mujeres que no completaron el seguimiento eran similares a aquéllas que sí lo hicieron, nos sentimos con la confianza de atribuir cualquier diferencia en los índices de esterilización al programa de información y educación.

Las mujeres del estudio tenían una edad promedio de 31 años, y 90 por ciento tenía una edad de entre 25 y 39 años. Sin embargo, 5 por ciento de las mujeres embarazadas con un embarazo de quinto orden o posterior tenía una edad de 20-24 años, y 5 por ciento tenía 40 años o más. Más de la mitad provenía de un grupo étnico, el Edo; 15 por ciento era Ibo, 10 por ciento Ishan y el restante 22 por ciento provenía de alguno de otros diez grupos étnicos más pequeños. Las mujeres de alta paridad que tienen su parto en el Hospital de Enseñanza de Benin son ciudadanas y tienen un nivel educativo mayor que el de la mayoría de las mujeres nigerianas. Casi 85 por ciento de las mujeres había cursado por lo menos la primaria y 14 por ciento había recibido alguna educación posterior a la secundaria. De las mujeres de alta paridad, 43 por ciento era protestante, 27 por ciento católica y 25 por ciento seguía una religión tradicional.

En lo que respecta a las características de salud reproductiva, 43 por ciento de las mujeres tenía seis o más embarazos anteriores, y 21 por ciento tenía siete o más. Sin embargo, únicamente 7 por ciento había tenido alguna vez

Cuadro 1. Distribución porcentual de mujeres de alta paridad en el Hospital de Enseñanza de la Universidad de Benin, por grupo de estudio y según diversas características, Nigeria, 1984-1986

Características	Todas las mujeres (N=1.012)	Grupo de tratamiento (N=509)	Grupo de control (N=503)
Edad			
20-24	4,5	5,7	3,4
25-29	30,3	28,3	32,4
30-34	37,8	39,9	35,8
35-39	21,3	21,6	21,1
>40	5,0	4,1	6,0
Desconocida	0,9	0,4	1,4
Etnia			
Edo	53,3	51,9	54,7
Ibo	14,6	14,3	14,9
Ishan	10,4	11,2	9,5
Otra	21,5	22,2	20,9
Desconocida	0,2	0,4	0,0
Educación			
Ninguna	16,4	17,3	15,5
Primaria	52,4	49,9	54,9
Secundaria	17,0	17,5	16,5
Postsecundaria	14,1	15,1	13,1
Desconocida	0,1	0,2	0,0
Religión			
Protestante	42,5	45,0	40,0
Católica	27,2	26,9	27,4
Tradicional	24,5	22,4	26,6
Otra	5,2	5,1	5,4
Desconocida	0,6	0,6	0,6
Partos anteriores			
4	26,3	26,9	25,6
5	30,3	28,9	31,8
6	21,9	24,8	19,1
≥ 7	21,3	19,3	23,5
Desconocida	0,1	0,2	0,0
Hijos vivos			
0-3	9,6	9,2	9,9
4	32,9	34,0	31,8
5	30,3	29,3	31,4
6	16,1	17,9	14,3
≥ 7	11,0	9,4	12,5
Desconocida	0,1	0,2	0,0
Muertes infantiles			
0	70,3	70,5	70,0
1	22,5	23,2	21,9
≥ 2	7,1	6,1	8,2
Se desconoce	0,1	0,2	0,0
Cesáreas			
Ninguna	92,6	92,1	93,0
1	6,1	6,3	6,0
≥ 2	1,1	1,2	1,0
Se desconoce	0,1	2,0	0,0
Método planeado			
Esterilización	8,2	9,4	7,0
Píldoras/inyectables	45,8	45,2	46,3
DIU	16,4	17,1	15,7
Otro*	16,8	18,3	15,5
Ninguno	11,9	9,0	14,7
Se desconoce	0,9	1,0	0,8
Total	100,0	100,0	100,0

* Incluye condones, espumas y jaleas, abstinencia, amamantamiento, ritmo y retiro.

una cesárea. A pesar de la alta paridad, al momento del estudio 10 por ciento de las mujeres tenía menos de cuatro hijos vivos, y únicamente la mitad de las que habían dado a luz a siete hijos o más tenía ese mismo número de hijos. En conjunto, 30 por ciento de las mujeres había experimentado la pérdida de por lo menos un hijo durante su primer año de vida y 7 por ciento había visto morir a dos hijos o más siendo infantes.

Las mujeres del estudio estaban más informadas acerca de la planificación familiar que la mayoría de las mujeres nigerianas: 45 por ciento sabía acerca de la esterilización femenina, y más de 85 por ciento conocía los métodos inyectables, el DIU y los anticonceptivos orales (no se muestra). Adicionalmente, 32 por ciento había utilizado métodos anticonceptivos orales en algún momento, 11 por ciento había utilizado el DIU y 7 por ciento había empleado métodos inyectables. En el cuadro 1 se muestra que 87 por ciento planeaba utilizar un método anticonceptivo después del parto, incluyendo 8 por ciento que durante su primera visita prenatal afirmó que planeaba someterse a esterilización.

El cuadro 2 contiene información acerca de las actitudes de las mujeres en lo que se refiere a su embarazo en proceso y si deseaban tener más hijos; 55 por ciento de las mujeres afirmó que deseaba ese embarazo, al igual que más hijos; 30 por ciento dijo que deseaba el embarazo de ese momento pero no tener más hijos, y 11 por ciento afirmó que no deseaba ni ese embarazo ni tener más hijos. Esta última proporción aumentó con el número de hijos vivos, de modo que un poco más de la tercera parte de las mujeres con siete hijos o más afirmó que no deseaba el embarazo actual. Únicamente entre las mujeres que esperaban por lo menos su séptimo hijo, más de la mitad reportó que no deseaba tener más hijos.

A menos que las mujeres cambiaran de opinión, estos datos indican que únicamente 40 por ciento sería candidata para la esterilización, y que menos de 25 por ciento de las mujeres con cuatro hijos vivos podría estar interesada. Entre aquéllas que no deseaban tener más hijos, casi la mitad (48 por ciento) afirmó que no podía mantener a más hijos, y 14 por ciento adujo razones de salud.

Los datos recolectados a las seis semanas postparto indican que la mayoría de las mujeres del estudio tuvo su bebé por la vía vaginal; únicamente 3 por ciento lo tuvo por cesárea. En 97 por ciento de los casos, el bebé se encontraba todavía vivo al momento de la entrevista; en 2 por ciento de ellos el niño ya había muerto. El resto de las mujeres experimentó un aborto espontáneo o un parto malogrado. Una mujer murió y 84 no regresaron a las seis semanas.

Resultados de la consejería

En el grupo de tratamiento había más probabilidades de que las mujeres optaran por la esterilización, en comparación con las mujeres que no recibieron información especial —13 por ciento en comparación con 3 por ciento. La

Cuadro 2. Distribución porcentual de mujeres de alta paridad, por grupo de estudio y número de hijos vivos, de acuerdo con su deseo de limitar el tamaño de su familia

Grupo y número de hijos vivos	N	Deseaba el embarazo actual y más hijos	Deseaba el embarazo actual pero no más hijos	No deseaba ni el embarazo actual ni más hijos	No está segura	Total
Total						
Todas	1.011*	54,7	30,0	11,3	4,0	100,0
0-3	97	82,5	15,5	0,0	2,0	100,0
4	333	70,3	21,9	2,7	5,1	100,0
5	307	55,7	32,6	8,8	2,9	100,0
6	163	33,1	39,9	22,7	4,3	100,0
≥ 7	111	13,5	45,9	36,9	3,7	100,0
Tratamiento						
Todas	508*	57,0	30,3	9,6	3,1	100,0
0-3	47	91,5	6,4	0,0	2,1	100,0
4	173	69,9	24,9	1,7	3,5	100,0
5	149	60,4	30,9	5,4	3,3	100,0
6	91	30,8	41,8	24,2	3,2	100,0
≥ 7	48	16,7	50,0	33,3	0,0	100,0
Control						
Todas	503	52,5	29,8	12,9	4,8	100,0
0-3	50	74,0	24,0	0,0	2,0	100,0
4	160	70,6	18,8	3,8	6,8	100,0
5	158	51,3	34,2	12,0	2,5	100,0
6	72	36,1	37,5	20,8	5,6	100,0
≥ 7	63	11,1	42,9	39,7	6,3	100,0

* Excluye a una mujer que se rehusó a ser entrevistada.

diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$). En el cuadro 3 se presenta la proporción de mujeres esterilizadas, de acuerdo con diversas características sociales, demográficas y reproductivas. En cada una de las categorías se observa una mayor tendencia a optar por la esterilización por parte de las mujeres, en comparación con las mujeres del grupo de control. Lo anterior fue particularmente cierto entre las mujeres que recibieron consejería y se encontraban en el grupo de 30-34 años de edad y aquellas con siete hijos vivos o más; ambas presentaron una tendencia diez veces mayor a optar por la esterilización en comparación con las integrantes del grupo de control.

Dentro del grupo de tratamiento, entre más avanzada en edad era una mujer y más hijos tenía, mayor era la tendencia a optar por la esterilización. Esta asociación probablemente refleja el efecto de la consejería en relación con los mayores riesgos de salud entre las mujeres de alta paridad y las de edad más avanzada. Entre las mujeres del grupo de control, únicamente las de 35 años de edad o más mostraron una tendencia significativamente mayor a optar por la esterilización; la paridad no tuvo ningún efecto. Independientemente del grupo de estudio, las proporciones que optaron por la esterilización fueron pequeñas entre las mujeres que tenían cuatro hijos o menos, sin contar el embarazo actual.

Cuadro 3. Porcentaje de mujeres que fueron esterilizadas, según características varias, de acuerdo al grupo de estudio

Característica	Tratamiento		Control	
	%	N	%	N
Total	13,0	509	3,4	503
Edad				
<30	3,5	173	1,7	180
30-34	11,8	203	1,1	180
35	27,5	131	8,8	136
Se desconoce	0,0	2	0,0	7
Origen étnico				
Edo	12,9	264	3,3	275
Ibo	12,3	73	4,0	75
Ishan	10,5	57	4,2	48
Otro	14,8	115	2,9	105
Educación				
Ninguna	15,9	88	2,6	78
Primaria	11,8	254	2,5	276
Secundaria	14,6	89	6,0	83
Post-secundaria	11,7	77	4,5	66
Se desconoce	0,0	1	0,0	0
Religión				
Católica	13,1	137	3,6	138
Protestante	14,8	229	2,5	201
Tradicional	11,4	114	4,5	134
Otra/Se desconoce	3,4	29	3,3	30
Hijos vivos				
0-3	4,3	47	4,0	50
4	5,8	173	0,0	160
5	8,7	149	5,7	158
6	20,9	91	4,2	72
≥ 7	45,8	48	4,8	63
Se desconoce	0,0	1	0,0	0
Tipo de parto				
Vaginal	12,2	460	2,8	436
Cesárea	50,0	12	26,7	15
Aborto	0,0	2	0,0	0
Se desconoce	11,4	35	1,9	52
Planes anticonceptivos al momento de su admisión				
Esterilización	79,2	48	42,9	35
Píldoras, métodos inyectables, DIU	4,1	317	0,3	312
Otros/Se desconoce	14,3	98	0,0	82
Ninguno	2,2	46	1,4	74
Deseo de limitar el tamaño de su familia				
No deseaba el embarazo/no quería más	38,8	49	10,8	65
Deseaba el embarazo/no quería más	23,4	154	6,0	150
Deseaba el embarazo/quería más	3,1	290	0,4	264
Se desconoce	12,5	16	0,0	24

En ambos grupos se presentó poca variación por origen étnico, educación y religión en la proporción de mujeres que optaron por la esterilización. Sin embargo, las mujeres que habían parido por cesárea mostraron una mayor tendencia a optar por la esterilización que las que habían parido por vía vaginal: la mitad de las mujeres en el grupo de tratamiento, y una cuarta parte de las del

grupo de control que parieron por cesárea, optaron por la esterilización, en comparación con 12 por ciento y 3 por ciento, respectivamente, de aquellas mujeres que tuvieron sus partos por vía vaginal. Dos de las seis mujeres en el grupo de tratamiento que tuvieron cesárea y que habían optado por la esterilización habían tenido tres cesáreas anteriores, y su médico obstetra les había aconsejado insistentemente seleccionar un método de anticoncepción permanente. De acuerdo con el protocolo, no deberían haber sido incluidas en este estudio. Si se les excluye del análisis, el índice de esterilización en su conjunto desciende ligeramente (a 12.6 por ciento), pero la diferencia entre los grupos sigue siendo significativa.

Casi 80 por ciento de las mujeres del grupo de tratamiento que afirmó que planeaba someterse a esterilización procedió a la operación. Lo anterior ocurrió únicamente en 43 por ciento del grupo de control. A menos que tengan una sólida comprensión acerca de la esterilización, es posible que las mujeres que expresan su interés en el procedimiento no se sientan verdaderamente convencidas como para llevar a cabo su deseo. La proporción de mujeres del grupo de tratamiento que se esterilizó fue más baja entre las que habían planeado utilizar un método clínico que entre quienes habían planeado emplear otros métodos. Es probable que las mujeres que cuentan con más información acerca de otros métodos anticonceptivos efectivos presenten una menor tendencia a optar por la esterilización.

Las mujeres que no deseaban ni el embarazo actual ni tener más hijos fueron las que mostraron una mayor tendencia a optar por la esterilización en ambos grupos: 39 por ciento en el grupo de tratamiento y 11 por ciento en el grupo de control. De las mujeres que deseaban el embarazo de ese momento, pero que no querían tener más hijos, 23 por ciento del grupo de tratamiento optó por la esterilización, comparado con 6 por ciento de las mujeres en el grupo de control. Unas cuantas mujeres (nueve en el grupo de tratamiento y una en el grupo de control) que al momento de su admisión al programa afirmaron que querían tener más hijos, optaron también por la esterilización; tres de ellas habían indicado que planeaban someterse a esterilización al momento de ser admitidas en el estudio. Otras tres mujeres dieron a luz por cesárea y fueron esterilizadas por indicación de su médico; es probable que las cuatro restantes hayan cambiado de opinión en lo que respecta a tener más hijos.

En el grupo de tratamiento, 66 mujeres se sometieron a esterilización después del parto. Aun cuando al final de su primera sesión de consejería 63 reportaron que querían ser esterilizadas, únicamente 45 llevaron a cabo su decisión. Otras 24 mujeres seleccionaron la esterilización en sesiones de consejería posteriores, y 21 de ellas fueron finalmente intervenidas. Aunque 68 por ciento de las mujeres que optaron por la esterilización tomó esa decisión durante su primera

sesión de consejería, es probable que las sesiones posteriores hayan representado un beneficio mayor que el implícito en estos datos. Si únicamente hubiera habido una sesión de consejería durante las primeras etapas del período prenatal, es probable que más mujeres hubieran cambiado de opinión. En las sesiones posteriores es probable que se haya suministrado información adicional a las mujeres para reforzar la decisión original, y que a algunas mujeres que estaban inseguras eso les haya ayudado a tomar una decisión.

A las seis semanas postparto, se preguntó la razón de su decisión a las mujeres del grupo de tratamiento que habían decidido en contra de la esterilización; 33 por ciento afirmó que quería tener más hijos y 28 por ciento dijo que lo había hecho por temor a la operación o a sus complicaciones. Otro 16 por ciento señaló que no deseaba la esterilización porque creía que la misma podía persistir a través de la reencarnación; 6 por ciento afirmó que sus esposos se habían opuesto a la esterilización, y 3 por ciento señaló que prefería un método reversible. El resto de las mujeres argumentó diversas razones de otro tipo.

Comprensión de la esterilización

La consejería mejoró la comprensión de la esterilización femenina. Al momento de ser admitidas, únicamente 45 por ciento de las mujeres del estudio había escuchado acerca de la operación. La mayoría de las que habían oído de ella no comprendía el procedimiento y lo describía como una operación en la que el útero se ligaba o giraba. Únicamente 7 por ciento sabía que la esterilización consistía en la ligadura de las trompas de Falopio.

Sin embargo, a las seis semanas postparto todas las pacientes del grupo de tratamiento afirmaron que habían escuchado acerca de la esterilización, y estas mujeres, en particular aquéllas que habían optado por la intervención, eran las que estaban mejor informadas acerca del procedimiento. A las seis semanas postparto, 61 de las 62 mujeres en el grupo de tratamiento que fueron sometidas a esterilización y regresaron a revisión pudieron describir la operación correctamente; casi 90 por ciento de las mujeres que recibieron consejería y que no fueron esterilizadas describieron el procedimiento de forma correcta. En comparación, 90 por ciento de las mujeres del grupo de control afirmó que había escuchado acerca de la esterilización durante su entrevista de admisión o al momento de hablar con las mujeres que recibieron consejería en el hospital. Sin embargo, su comprensión acerca de la cirugía era todavía limitada; casi 90 por ciento la describió como una atadura o un giro del útero.

A las mujeres que afirmaron haber escuchado acerca de la esterilización se les preguntó sobre sus actitudes hacia ella; los resultados se muestran en el cuadro 4. Al momento de ser admitidas, entre la mitad y las tres cuartas partes de las mujeres no tenían ninguna opinión, o tenían una opinión desfavorable

Cuadro 4. Distribución porcentual de mujeres que habían escuchado acerca de la esterilización, por actitud hacia la operación, según el momento en el que se les preguntó y por grupo de tratamiento

Actitud	Al momento de su admisión		A las seis semanas postparto	
	Todas las pacientes	Grupo de tratamiento		Grupo de control
		Esterilizadas	No esterilizadas	
N	456	66	414	383
La operación es segura				
Está de acuerdo	30,9	100,0	61,1	20,4
No está de acuerdo	17,8	0,0	31,4	30,0
No tiene una opinión	51,3	0,0	7,0	49,6
Se desconoce	0,0	0,0	0,5	0,0
Las mujeres son tan fuertes como antes				
Está de acuerdo	22,4	98,4	62,1	19,8
No está de acuerdo	20,8	0,0	13,3	14,4
No tiene una opinión	56,8	1,6	24,2	65,8
Se desconoce	0,0	0,0	0,5	0,0
No hay cambio en el impulso sexual				
Está de acuerdo	30,5	91,9	64,0	18,3
No está de acuerdo	6,4	3,2	4,1	8,8
No tiene una opinión	63,1	4,8	31,4	74,9
Se desconoce	0,0	0,0	0,5	0,0
El estatus de la mujer no cambia				
Está de acuerdo	38,8	96,8	66,9	23,8
No está de acuerdo	8,1	1,6	18,8	6,8
No tiene una opinión	51,1	1,6	13,8	69,5
Se desconoce	2,0	0,0	,5	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Nota: Se excluye a las mujeres que no completaron la entrevista de línea base o que no regresaron a las seis semanas postparto. También se excluye a las 17 mujeres del grupo de control que fueron esterilizadas.

sobre la seguridad de la intervención, si debilitaba a la mujer, si influía sobre el impulso sexual de la mujer o si alteraba su condición. A las seis semanas postparto, las actitudes en relación con la operación habían mejorado entre todas aquellas mujeres que habían recibido consejería. Esta mejora fue particularmente significativa entre las mujeres que fueron esterilizadas; pero las mujeres del grupo de tratamiento que no se sometieron a la operación también tenían actitudes mucho más positivas en comparación con aquéllas que no habían recibido consejería. Por ejemplo, un poco más de 60 por ciento de las mujeres del grupo de tratamiento que no fueron esterilizadas afirmó que creía que la operación era segura, en comparación con 20 por ciento de las mujeres del grupo de control. Sin embargo, no estaban tan convencidas como las mujeres que se sometieron al procedimiento, en el sentido de que no tendría efectos perjudiciales. A las seis semanas postparto, las mujeres del grupo de control se

Cuadro 5. Distribución porcentual de mujeres que se encontraban utilizando un método anticonceptivo a las seis semanas postparto, por método, según el grupo de estudio

Método	Grupo de tratamiento (N=480)	Grupo de control (N=453)
Clínico	70,5	50,8
Esterilización	13,8	3,8
Píldora/inyectable	35,2	27,8
DIU	19,6	17,0
Barrera	1,9	2,2
Tradicional	14,5	18,6
Ninguno	14,1	28,9
Se desconoce	0,9	1,7
Total	100,0	100,0

Nota: Este cuadro excluye a las mujeres que no fueron esterilizadas y que no regresaron a la entrevista de la sexta semana, toda vez que se desconoce su uso anticonceptivo.

encontraban casi tan inseguras en relación con la operación como lo estaban al momento de su admisión al estudio.

El programa tuvo también un importante efecto sobre el uso de anticonceptivos después del parto. Al momento de su admisión, la mitad de las mujeres no había utilizado jamás un método anticonceptivo, pero casi 90 por ciento afirmó que planeaba utilizar un método después del parto. A las seis semanas postparto, las mujeres que recibieron consejería mostraron una tendencia significativamente mayor a llevar a cabo sus intenciones en comparación con las del grupo de control ($p < 0,001$), tal como se muestra en el cuadro 5. De las mujeres que recibieron consejería, 71 por ciento estaba utilizando un método anticonceptivo médico o de barrera. En contraste, 51 por ciento de las mujeres del grupo de control se encontraba utilizando uno de estos métodos.

Conclusiones

El programa de información y educación tuvo un impacto significativo sobre la decisión de las mujeres en cuanto a utilizar un método anticonceptivo postparto. Adicionalmente, las mujeres de todos los grupos religiosos y étnicos que recibieron consejería mostraron una mayor tendencia a solicitar la esterilización. El estudio sugiere que los bajos índices de esterilización femenina voluntaria al momento del estudio podrían deberse, en parte, a una falta de conocimiento y comprensión acerca de la esterilización, dado que la mitad de las mujeres que ingresaron al programa jamás había escuchado acerca de la intervención, y la mayoría de quienes sí lo habían hecho no comprendía lo que implicaba.

Un índice de esterilización de 13 por ciento entre aquellas mujeres de alta paridad que recibieron consejería cuatro veces sobre el impacto de los nacimientos múltiples para la salud y sobre los beneficios de la planificación familiar puede no parecer impresionante si se le compara con la prevalencia de la esterilización femenina voluntaria en el mundo. Pero es notable entre las mujeres nigerianas por

varias razones. En primer lugar, el índice casi se duplica si se le compara con el de 7 por ciento de esterilización entre mujeres de alta paridad en el mismo hospital para 1981.¹¹ En segundo lugar, en Nigeria existe una gran preferencia por las familias numerosas; ahí, la procreación reviste una gran importancia social. En consecuencia, es probable que las mujeres se muestren renuentes a optar por un método permanente a pesar del riesgo que implica para su salud tener más hijos. Por último, una cuarta parte de las mujeres en este estudio había sufrido la muerte de un hijo durante su infancia, y 10 por ciento de ellas había experimentado una muerte infantil después de su embarazo anterior más inmediato.

En este contexto, se debe prestar consideración al costo-efectividad de la consejería ofrecida a mujeres con menos de un número mínimo de hijos. De las mujeres del grupo de tratamiento que optaron por la esterilización, 62 por ciento tenía seis o más hijos sin incluir el embarazo actual, y 82 por ciento tenía cinco o más hijos vivos. Si las mujeres con menos de cinco hijos hubieran recibido consejería tan sólo una vez, el número de sesiones de consejería habría disminuido en una tercera parte y el número de esterilizaciones habría disminuido en no más de 10 por ciento, suponiendo índices similares a los del grupo de control.

Es probable que incluso aquellas mujeres con cinco o más hijos no requirieran de las cuatro sesiones de consejería; también es probable que las mujeres que decidieron ser esterilizadas durante su primera visita únicamente requirieran de una sesión adicional para recibir información más detallada. Las sesiones deberían realizarse tan pronto como sea posible después de la vigésima semana de gestación para permitir a la pareja sopesar con cuidado esta importante decisión.

Otra manera de disminuir los costos del programa podría ser la de ver sólo una vez a aquellas mujeres que al momento de su admisión afirman que desean tener más hijos, ya que ésta fue la razón más común para no someterse a la operación. Si estas mujeres hubieran tenido una sesión únicamente, el número de esterilizaciones en el grupo de tratamiento habría disminuido en un máximo de 14 por ciento, y el número de sesiones de consejería habría disminuido en 44 por ciento.

Aunque cualquiera de las dos estrategias para limitar el número de sesiones disminuiría los costos del programa, también podría disminuir el número de mujeres que optaran por algún otro método anticonceptivo. Sin duda alguna, todas las mujeres requieren alguna consejería postparto sobre anticoncepción.

Una cuarta parte de las mujeres afirmó que decidió no someterse a la esterilización por miedo a la cirugía o porque no les agradaba. Por lo tanto, es evidente que el programa debería hacer énfasis en la seguridad de la operación con el fin de contrarrestar estos temores. De manera general, el programa tuvo un impresionante impacto sobre el nivel de conocimiento y las actitudes de las mujeres hacia la esterilización femenina. El mejoramiento en estas áreas podría traducirse en una mayor demanda por servicios de esterilización a futuro, ya sea

entre mujeres expuestas al programa o entre aquéllas con quienes las primeras comparten información.

Sin embargo, es necesario diseñar un buen programa de consejería para ayudar a que las mujeres comprendan todos los métodos de planificación familiar. Esto les permitirá tomar decisiones bien informadas y bien pensadas en relación con su fecundidad. El proceso no deberá intentar persuadir a una pareja para que seleccione un método en particular, como podría ser la esterilización. Si el proceso ha sido respetuoso de las preferencias individuales, las posibilidades de que la pareja lamente la decisión de la esterilización se verán reducidas al mínimo. Las clientes satisfechas pueden convertirse en defensoras de la planificación familiar, y su apoyo incrementará la demanda de servicios y ayudará a reducir la mortalidad materna.

Referencias

1. W. Rinehart, A. Kols y S. Moore, "Healthier Mothers and Children Through Family Planning", *Population Reports*, Serie J, No. 27, Mayo-Junio 1984.
2. K. London y cols., "Fertility and Family Planning Surveys: An Update", *Population Reports*, Serie M, No. 8, Septiembre-Octubre 1985.
3. National Population Bureau, *Nigeria Fertility Survey, 1981-1982: Principal Report*, Vols. I y II, Lagos. 1984.
4. K. London y cols., 1985 *op. cit.* (ver referencia 2), cuadro 7.
5. National Population Bureau, 1984, *op. cit.* (ver referencia 3).
6. *Ibid.*, cuadro 4.2.1.-1.
7. K. London y cols., 1985, *op. cit.* (ver referencia 2), cuadro 3.
8. E. Omu y J. A. Unuigbo, "Acceptance of Contraception Practice by Grandmultipara in Benin City, Nigeria", *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 24:145, 1986.
9. S. Okojie, "Maternal Mortality at the University of Benin Teaching Hospital", en D. A. Ojo y cols., eds., *Obstetrics and Gynaecology in Developing Countries*, 1977, p. 280-286.
10. Family Health International, "A Report on Obstetric Deliveries at the University of Benin Teaching Hospital in Benin City, Nigeria", Research Triangle Park, Carolina del Norte, E.U., julio de 1987.
11. *Ibid.*

COMENTARIOS INTRODUCTORIOS

Una comparación del desempeño de hombres y mujeres distribuidores de DBC en Perú

James R. Foreit, María Rosa Gárate, Alfredo Brazzoduro, Alfredo Guillén, Ma. del Carmen Herrera y Flor Cardoso Suárez

Cuestión programática: *Los programas deseaban determinar si el empleo de varones aumentaría la distribución y el uso de condones por parte de los hombres en los servicios de DBC.*

Procesos/componentes programáticos: *Alcanzar el objetivo de incrementar el involucramiento masculino significó hacer un cambio en las tácticas de reclutamiento de DBC e introdujo problemas en las relaciones entre supervisor y supervisado.*

Diseño de la investigación: *El diseño fue cuasiexperimental con comparaciones post-test de la intervención y comparación de los resultados de grupo. Las variables dependientes incluyeron el número de clientes reclutados, el género del cliente y los métodos distribuidos. Las opiniones de los supervisores y de otros miembros del equipo del programa respecto del empleo de hombres como distribuidores de DBC se obtuvieron a través de entrevistas a profundidad, una técnica cualitativa.*

Hallazgos: *El estudio encontró que los hombres reclutaban a más clientes hombres y distribuían más condones, mientras que las distribuidoras mujeres reclutaban a más clientes mujeres y distribuían más pastillas anticonceptivas. Los hombres también reclutaban tantos o más clientes nuevos que las mujeres, y distribuían tantos años protección pareja (APP) como sus colegas femeninos. Las entrevistas a profundidad con las supervisoras del programa revelaron una resistencia a permitir que los hombres se convirtieran en distribuidores.*

Respuestas del programa a los hallazgos: *En uno de los programas, ni el equipo de supervisión femenino ni el director de DBC aceptaron nunca la idea de integrar hombres como distribuidores de DBC, y el número de distribuidores hombres disminuyó rápidamente debido al desgaste. En el otro programa, la idea de emplear a los hombres como distribuidores de DBC fue mejor aceptada, y los hombres continuaron siendo reclutados por un período de dos a tres años. A mediados de los noventa, el apoyo de donantes internacionales a las agencias se suspendió y ambos programas dejaron de existir.*

Discusión: *El estudio muestra cómo los programas pueden sobreponerse a barreras psicológicas producidas por diferencias en el género, tanto del cliente como del proveedor, y pueden incrementar la distribución del condón y el involucramiento del hombre utilizando varones como distribuidores de DBC. El estudio sugiere también que en América Latina una buena parte del prejuicio por parte del equipo femenino de los programas necesita ser superado si se desea que los hombres se recluten exitosamente y permanezcan como distribuidores. Este estudio demuestra nuevamente cómo la situación del programa determina las opciones metodológicas. La variable independiente, el género del distribuidor, es una variable orgánica que no puede asignarse aleatoriamente.*

Una comparación del desempeño de hombres y mujeres distribuidores de DBC en Perú

James R. Foreit, María Rosa Gárate,
Alfredo Brazzoduro, Félix Guillén,
María del Carmen Herrera y Flor Cardoso Suárez

La Conferencia Internacional sobre Planificación Familiar en la Década de los Ochenta, que se celebró en 1981 en Jakarta, Indonesia, afirmó que los hombres tenían los mismos derechos reproductivos que las mujeres, señaló que los servicios que existían no reflejaban esos derechos, y recomendó que las prioridades para la década siguiente incluyeran el establecimiento de más programas para varones. Ampliar los derechos y servicios reproductivos para los hombres tiene implicaciones importantes para las mujeres y también para la eficiencia demográfica de los programas de planificación familiar. El uso incrementado de anticonceptivos masculinos fortalece los derechos de las mujeres al permitir que las parejas compartan el peso de la responsabilidad de planificar la familia. Si los métodos masculinos están disponibles, se puede incrementar la prevalencia anticonceptiva, pues cada método adicional atrae a nuevos usuarios de la planificación familiar (Jain, 1989).

El condón es el único método masculino disponible que puede emplearse para espaciar los nacimientos. También es el único que ofrece protección contra enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el SIDA. A pesar de ello, pocas agencias consideran a los hombres entre sus objetivos, y el condón es uno de los métodos anticonceptivos menos populares. En Perú, por ejemplo, menos de 0,7 por ciento de las parejas en edad reproductiva (de entre 15 y 49 años) utilizó ese método durante 1986 (Instituto Nacional de Estadística, 1987).

La distribución de base comunitaria (DBC) de anticonceptivos constituye una importante fuente de métodos temporales de planificación familiar en América Latina; sin embargo, la mayor parte de los programas de DBC distribuyen muchos menos condones que anticonceptivos orales. Posiblemente la provisión de servicios para hombres se enfrenta a una limitante: quienes llevan a cabo la DBC son, casi siempre, mujeres. La evidencia sugiere que los

distribuidores más exitosos son aquéllos que comparten las características de sus poblaciones objetivo, y que los menos exitosos son los que difieren considerablemente del grupo objetivo (Rogers, 1973; Repetto, 1977; Azcona y cols., 1980). De este modo, las diferencias de género entre distribuidores y usuarios potenciales pueden limitar la venta de condones. Para superar esta barrera, algunos programas han intentado reclutar a trabajadores de DBC del sexo masculino; pero es poco lo que se sabe sobre su eficacia como distribuidores (Gallen, 1986).

Específicamente, las agencias de planificación familiar necesitan saber si es factible reclutar y supervisar lo mismo a hombres que a mujeres, si ambos distribuyen combinaciones de métodos iguales o distintas, si distribuirán el mismo volumen de anticonceptivos, y si sirven o no a los mismos grupos de usuarios. En este informe se ofrecen los resultados de un experimento de investigación operativa para determinar la eficiencia de los distribuidores masculinos de DBC en dos regiones de Perú.

Dos agencias privadas de planificación familiar sin fines de lucro, Promoción de Labores Educativas y Asistenciales a Favor de la Salud (PROFAMILIA) y el Centro Norperuano de Capacitación y Promoción Familiar (CENPROF), participaron en el estudio. Aunque sus programas de DBC eran similares desde el punto de vista administrativo, tenían diferencias importantes en cuanto a tamaño, población objetivo, combinación de métodos y características del distribuidor.

PROFAMILIA se ubica en Lima, la ciudad más grande del país y capital de Perú. El programa de DBC opera en áreas urbanas de bajos ingresos al sur de Lima, en donde habitan cerca de 850.000 personas. Según el personal del programa, muchos clientes son de extracción rural tradicional y forman parte de grupos indígenas que no hablan español. Las distribuidoras son, casi todas, amas de casa que operan desde sus propios hogares. Los puestos de DBC atraen a los clientes prospectivos mediante anuncios que se colocan en las casas de las distribuidoras y también a través de charlas sobre planificación familiar que se ofrecen a la comunidad.

Antes del estudio, el equipo de distribuidores del programa de DBC de PROFAMILIA estaba integrado por 185 mujeres y 15 hombres. Casi 67 por ciento de esos hombres y 82 por ciento de las mujeres no habían terminado la secundaria. En los 12 meses previos al estudio, los anticonceptivos orales eran responsables de 75 por ciento de los años protección pareja (APP) distribuidos; a los condones se atribuía 22 por ciento y a la espuma espermicida y las pastillas 3 por ciento.

El CENPROF se ubica en Trujillo, una ciudad costera a 420 kilómetros al norte de Lima, con una población cercana a los 565.000 habitantes. Su programa

de DBC opera también en zonas de bajos ingresos habitadas por inmigrantes que provienen de áreas rurales. A diferencia de PROFAMILIA, la población objetivo del CENPROF es, en su mayoría, hispanoparlante. Los distribuidores de DBC incluyen a líderes comunitarios y estudiantes. Antes del estudio, el programa tenía 40 mujeres y 8 hombres distribuidores que, en términos generales, poseían mejor educación que sus contrapartes de PROFAMILIA: 67 por ciento de los hombres y 44 por ciento de las mujeres tenían un nivel superior al de la educación secundaria. En los 12 meses previos al estudio, era atribuible a los condones casi 63 por ciento de todos los APP distribuidos, mientras que a los anticonceptivos orales se atribuía 22 por ciento y a la espuma y las tabletas 15 por ciento.

Metodología

Hipótesis

El estudio sometió a prueba tres hipótesis: (1) los distribuidores hombres venderían más condones y las distribuidoras mujeres venderían más anticonceptivos orales; (2) los distribuidores varones servirían más a clientes varones y las distribuidoras mujeres lo harían con clientes mujeres; y (3) los distribuidores hombres venderían menos protección anticonceptiva que las distribuidoras mujeres. (Los administradores y supervisores agregaron esta última hipótesis, pues creyeron que los hombres serían menos eficaces que las mujeres como distribuidores de DBC).

Diseño

Se utilizó un diseño experimental con una variable independiente: el género del distribuidor. Las variables dependientes eran la cantidad vendida de condones, píldoras y espermicidas, el total de APP para todos los métodos combinados, el número de nuevos clientes y el género del cliente.

Entre noviembre de 1987 y enero de 1988, las dos agencias reclutaron a un número adicional de hombres y mujeres como distribuidores de DBC. El estudio abarcó únicamente a estos nuevos distribuidores. Hombres y mujeres fueron capacitados juntos, recibieron los mismos materiales informativos para los clientes y los anticonceptivos para distribuir, y se les asignaron a los mismos supervisores. Los distribuidores recibieron 80 por ciento de comisión sobre todas las ventas de anticonceptivos orales, condones, espuma y tabletas vaginales. La observación de campo duró diez meses, de abril de 1988 a enero de 1989. Los datos de las variables dependientes se obtuvieron de los formatos de estadísticas del servicio de los distribuidores. Tanto el CENPROF como PROFAMILIA utilizaron la misma definición de nuevos aceptantes y de APP.¹

La información sobre las características sociodemográficas de los distribuidores se obtuvo de los registros de personal de las agencias. La

información adicional se obtuvo a partir de entrevistas estructuradas con supervisores y de formatos diseñados para registrar información sobre actividades de reclutamiento.

Resultados

Reclutamiento de distribuidores hombres

En un principio, las agencias intentaron reclutar distribuidores mediante pláticas en fábricas, sindicatos y *clubs*; como esta estrategia no tuvo éxito, se optó por el reclutamiento individual. Los supervisores reclutaron individualmente a todos los distribuidores de PROFAMILIA y a 87 por ciento de los distribuidores de CENPROF. En Lima especialmente, fue más difícil reclutar a los hombres que a las mujeres. PROFAMILIA incorporó a 38 hombres y a 171 mujeres, y CENPROF hizo lo mismo con 52 hombres y 94 mujeres. Ambas agencias consideraron necesario impartir la capacitación en fines de semana para ajustarse al horario de los varones reclutados.

Actitudes de los supervisores

Con una sola excepción, las supervisoras de ambas agencias eran mujeres. Además, casi todas ellas estaban renuentes a que los hombres se desempeñaran como distribuidores de planificación familiar; argumentaban que se trataba de un “trabajo de mujeres”. Las actitudes de las 19 supervisoras de PROFAMILIA y de las seis de CENPROF se resumen en los siguientes comentarios:

“Los hombres únicamente quieren vender anticonceptivos. No quieren mantener los registros ni dar pláticas”.

“Es difícil hacer contacto con los hombres. No trabajan en la comunidad”.

“Los hombres no quieren hacer esta clase de trabajo. Muchos están muy desconcertados”.

“Los hombres no creen que el trabajo sea importante”.

“Usted ni siquiera puede hablar del tema [la planificación familiar] con hombres mayores”.

“Es más fácil para las mujeres hablar con mujeres”.

“Los hombres tienen menos tiempo libre para hacer el trabajo”.

“A los hombres se les dificulta hablar con las mujeres acerca de la planificación familiar”.

“Las mujeres tienen más usuarias”.

“Los hombres son menos productivos”.

Cumplimiento por parte de los distribuidores

A los supervisores de ambas agencias les inquietaba la posibilidad de que los hombres mantuvieran menos registros y entregaran menos informes mensuales

que las mujeres. (La falta de informes casi siempre acusa fallas en la distribución de anticonceptivos y falta de atención a otras actividades del programa; a menudo es signo de la deserción del distribuidor). No encontramos diferencias estadísticamente confiables en la preparación de informes en términos de género. Las diferencias entre programas en cuanto a la preparación de informes fueron mayores que las diferencias entre géneros dentro de un mismo programa. En el CENPROF, tanto hombres como mujeres entregaron 60 por ciento de sus informes mensuales. En PROFAMILIA, los hombres entregaron 80 por ciento de los reportes requeridos y las mujeres entregaron 90 por ciento.²

Ventas de anticonceptivos

Las distribuciones de ventas de anticonceptivos se desvirtuaron bastante: unos pocos distribuidores vendieron grandes cantidades, mientras el resto se apiñó en niveles de venta mucho menores. Los promedios fueron siempre mayores que las medianas (ver el Apéndice A). En PROFAMILIA, las desviaciones estándar para la mayoría de los indicadores fue aproximadamente igual a 1,6 veces el valor de las medias, en tanto que en el CENPROF las desviaciones estándar para la mayoría de los indicadores fue casi 1,5–3,3 veces mayor que los promedios. De ahí que hubiéramos elegido la mediana como la medida de tendencia central más apropiada.

Las diferencias entre distribuidores varones y distribuidoras mujeres se evaluaron mediante una estadística no paramétrica, prueba mediana por chi-cuadrada. Como es el caso con todas las pruebas no paramétricas, esta medida es altamente conservadora.³

En el cuadro 1 se comparan la mediana mensual de ventas de anticonceptivos y el total de APP que vendieron los hombres y mujeres distribuidores afiliados al CENPROF y a PROFAMILIA. Todos los distribuidores contribuyeron con diez meses de observación. Los meses en los que no se reportaron ventas se codificaron como cero.

Tanto en PROFAMILIA como en el CENPROF, los hombres vendieron dos veces más condones que las mujeres. En ambos programas, las mujeres vendieron más pastillas que los hombres, pero la diferencia fue estadísticamente confiable sólo en el caso de PROFAMILIA. Los resultados de los distribuidores de PROFAMILIA confirman la hipótesis de que los hombres venden más condones y las mujeres venden más pastillas; en el caso del CENPROF, esta hipótesis se confirmó sólo parcialmente. Es interesante observar que en la venta de métodos femeninos de barrera no hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres, tal vez porque los niveles de venta eran muy bajos. En PROFAMILIA, los hombres y las mujeres distribuyeron cantidades iguales de APP, mientras que en el caso del CENPROF los hombres distribuyeron más APP en total que las mujeres.

Cuadro 1. Mediana de ventas mensuales de anticonceptivos por distribuidor, según el género del distribuidor y su filiación al programa (PROFAMILIA o CENPROF), Perú

Programa y método	Distribuidor(a)	
	Hombre	Mujer
PROFAMILIA	(n = 38)	(n = 171)
Pastillas (ciclo)	3,0	6,5**
Condomes (unidades)	48,9	23,9**
Tabletas vaginales (unidades)	2,0	3,0
Espuma (lata)	0,3	0,2
Total APP (todos los métodos)	1,1	1,0
CENPROF	(n = 52)	(n = 94)
Pastillas (ciclo)	1,8	2,9
Condomes (unidades)	162,1	87,7**
Tabletas vaginales (unidades)	27,7	25,5
Espuma (lata)	0,2	0,7
Total APP (todos los métodos)	2,8	1,8 *

* p <0,05. ** p <0,01.

Nota: Una unidad de condones = 1 condón; una unidad de tabletas = 1 tableta.

Nuevos clientes

En PROFAMILIA, los distribuidores varones dieron servicio a una mediana de 3,2 nuevos clientes por mes, y las mujeres a 2,8. La diferencia no era estadísticamente confiable. En el CENPROF, los hombres reclutaron a un número significativamente mayor de nuevos clientes cada mes en comparación con las mujeres, una mediana de 6,2 comparada con 4,2, respectivamente.⁴ Estos resultados, junto con los hallazgos del total de APP, no logran respaldar la hipótesis de que los hombres distribuidores venderían menos protección anticonceptiva de lo que lograrían hacer las mujeres distribuidoras.

Características de los usuarios

La segunda hipótesis predijo que los hombres distribuidores darían servicio a más clientes hombres, y que las mujeres distribuidoras lo harían con más clientes mujeres. En CENPROF se confirmó lo anterior: a los clientes varones se atribuía 74 por ciento de las ventas de los distribuidores hombres, mientras que 71 por ciento de las ventas hechas por las distribuidoras se hizo a mujeres. En PROFAMILIA fue mayor la clientela femenina a la que sirvieron tanto los hombres como las mujeres distribuidores. Sin embargo, a los hombres se atribuye 39 por ciento de las ventas de los distribuidores varones, pero sólo 13 por ciento de las ventas de las distribuidoras mujeres. Ambas diferencias son estadísticamente confiables.⁵

Género del distribuidor vs. diferencias sociodemográficas

Los distribuidores (hombres y mujeres) también eran diferentes considerando diversos factores sociodemográficos además del género. Los distribuidores

hombres eran más jóvenes, tenían mejor educación y menos probabilidades de estar casados; también tenían menos hijos vivos en comparación con las mujeres distribuidoras. Por lo tanto, es posible que cualquiera de estas diferencias, y no tanto el género *per se*, haya sido responsable de la diversidad observada en el desempeño. Comprendimos que si a un factor ajeno al género se atribuían las diferencias observadas entre hombres y mujeres, ese factor debería tener la misma influencia sistemática sobre las diferencias de desempeño que se manifestaban entre distribuidores del mismo género.

Ninguna de las variables que se examinaron (edad, educación, estado civil o hijos vivos) produjo diferencias estadísticamente confiables en el desempeño del distribuidor varón. De igual manera, ninguna de las variables influyó sobre el desempeño de la distribuidora mujer de PROFAMILIA. Entre las distribuidoras mujeres de CENPROF, solamente un factor —la educación— tuvo un impacto significativo sobre uno de los indicadores de desempeño: el total de APP.

Discusión

Los resultados tienen implicaciones importantes para los programas que buscan incrementar la participación masculina en torno a la planificación familiar. En dos diferentes escenarios en Perú, hubo mayores probabilidades de que los distribuidores hombres brindaran servicio a clientes varones, y de que las mujeres distribuidoras lo hicieran con clientes mujeres. No hubo diferencias de género en el acatamiento de las normas del programa, observándose que el género ejercía un impacto sobre la combinación de métodos, independiente de otros factores. Contrario a lo que se esperaba, los hombres vendieron tantos o más APP totales que las mujeres, y reclutaron tantos o más clientes nuevos.

Según estos hallazgos, los hombres pueden ser distribuidores eficaces de DBC. El estudio sugiere que si se recluta a más hombres como distribuidores, los programas de DBC pueden influir sobre el método y las mezclas que los clientes elijan. Por último, los resultados demuestran también que los programas para hombres que operan con éxito pueden incorporarse a las estructuras de DBC que ya existen, sin que se requiera de una capacitación o de materiales especiales para los clientes.

Pero también encontramos que el reclutamiento de hombres para desempeñarse como distribuidores de DBC es más difícil que el de las mujeres, y que las supervisoras mujeres se sentían menos cómodas trabajando con hombres distribuidores que con mujeres distribuidoras. Quizás la mayor dificultad de reclutar a hombres que a mujeres se deba a que los hombres tienen más posibilidades de emplearse y menos tiempo para el trabajo voluntario, o porque a los varones no les atraen las reducidas comisiones que se ofrecen por la venta de anticonceptivos. También es posible que el personal femenino y la orientación de los programas de DBC hacia la salud de las mujeres hayan desalentado la

participación de los hombres. Si los supervisores son hombres puede resultar más fácil reclutar a otros hombres como distribuidores, con lo cual se puede facilitar la relación supervisor-distribuidor. A futuro, la investigación operativa debería enfocarse a descubrir estrategias exitosas para reclutar hombres como distribuidores de DBC, y para supervisarlos una vez reclutados.

Apéndice

Apéndice A. Distribuidores hombres y mujeres: promedios mensuales y desviaciones estándar por distribuidor

Distribuidor y método	Hombres		Mujeres	
	Promedio	D.E.	Promedio	D.E.
PROFAMILIA				
Pastillas	4,2	4,8	8,2	7,2
Condomes	66,7	59,6	36,9	52,5
Tabletas vaginales	8,9	14,2	5,5	7,1
Espuma	0,6	0,8	0,7	1,1
Total APP	3,3	0,8	2,0	0,9
CENPROF				
Pastillas	2,2	4,0	4,4	14,4
Condomes	237,0	511,4	111,1	262,5
Tabletas vaginales	70,7	143,9	38,5	59,7
Espuma	1,0	1,7	1,2	1,3
Total APP	3,3	5,8	2,0	3,1

Referencias

- Azcona, Sergio Correu y cols., 1980. "Agent characteristics and productivity in the Mexican rural health program". *Studies in Family Planning* 11, 7/8:247-254.
- Gallen, Moira E. y cols., 1986. "Men—new focus for family planning programs", *Population Reports*, J 33.
- Instituto Nacional de Estadística. 1987. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*.
- Jain, Anrudh, K, 1989. "Fertility reduction and the quality of family planning services". *Studies in Family Planning* 20, 1:1-6.
- Peatmen, John G. 1963. *Introduction to Applied Statistics*. New York: Harper & Row.
- Repetto, Robert. 1977. "Correlatives of field-worker performance in the Indonesian family planning program: A test of the homophily heterophily hypothesis". *Studies in Family Planning* 8, 1:19-21.
- Rogers, Everett. 1973. *Communications Strategies for Family Planning*. New York: Free Press.

Notas

1. Un nuevo aceptante es la persona que toma un método del programa por primera vez. Treinta ciclos de anticonceptivos orales = 1 APP; 100 condones ó 100 tabletas vaginales = 1 APP; 5 latas de espuma = 1 APP.
2. Para determinar si la probabilidad de que los hombres reportaran era menor en comparación con las mujeres, dividimos el número de informes de cada promotor por el número de meses que él/ella eran elegibles de reportar.

3. La prueba mediana por chi-cuadrada es un método de distribución libre de significado estadístico. Determina si la variable es la misma en muestras independientes diferentes por una variable grupal. Las mediciones se ordenan en dos intervalos, sobre o por debajo de la mediana de las muestras combinadas. La significación de la diferencia se prueba por chi-cuadrada (ver Peatmen, 1963).
4. $\chi^2 = 4,1$; $df = 1$; $p < .05$.
5. PROFAMILIA: $\chi^2 = 16,5$; $df = 1$; $p < .01$
CENPROF: $\chi^2 = 39,4$; $df = 1$; $p < .01$.

Agradecimientos

Los autores agradecen la participación de María del Pilar Fortunic, quien realizó las entrevistas a los supervisores del CENPROF y PROFAMILIA, y la de Demetrio Elgueta, quien programó las bases de datos para el proyecto y ayudó a que ambas instituciones computarizaran sus sistemas de estadísticas de servicios. El proyecto se llevó a cabo con el apoyo financiero de la Oficina de Población de la Agencia para el Desarrollo Internacional de E.U. (USAID) dentro del proyecto INOPAL, Investigación Operativa en América Latina y el Caribe.

RECURSOS

Introducción

James R. Foreit

Para brindar servicios de planificación familiar y de salud reproductiva se requieren recursos considerables. Algunos de estos recursos son el dinero para pagar salarios, comprar materiales y anticonceptivos, y para construir y dar mantenimiento a las instalaciones. Otros recursos, como es el tiempo de los voluntarios, no se contabilizan en dinero. El valor de todos los recursos necesarios para la prestación de un determinado servicio para un usuario se conoce como el costo de producción de ese servicio. Típicamente, los programas proporcionan planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva por debajo del costo de producción. Los programas de planificación familiar han sido subsidiados de manera importante por los gobiernos de los países en vías de desarrollo y por donantes bilaterales e internacionales, debido a los efectos positivos que se atribuyen a estos programas para la salud y para el desarrollo socioeconómico.

A mediados de la década de los noventa, los programas de planificación familiar subsidiados se enfrentaron a tres retos. El primero de ellos fue una creciente demanda por servicios. Se había proyectado que entre 1992 y el año 2000, el número de mujeres casadas en edad fértil, de 15 a 49 años de edad, se incrementaría en aproximadamente 20 a 40 por ciento, dependiendo del país del que se tratara. Al mismo tiempo, se había observado que la proporción de mujeres que utilizaba la anticoncepción iba en aumento. La combinación de un tamaño creciente de la población y de una mayor prevalencia anticonceptiva llevó a muchas de las autoridades de los ámbitos de la salud y el desarrollo a pronosticar que el número de usuarios de anticoncepción en sus países se duplicaría, e incluso se triplicaría, en la misma década, lo que a su vez implicaría que los costos de programa se elevarían y se requeriría de fondos adicionales (Haaga y Tsui, 1995).

Un segundo reto resultó de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas, que se llevó al cabo en El Cairo en 1994, en la que se hizo un llamado para que se expandieran los programas que únicamente se habían concentrado en la planificación familiar, a fin de incluir una variedad más amplia de servicios de salud reproductiva. El costo de implantar el programa de acción recomendado por esta conferencia en los países en desarrollo se calculó en más de \$17 mil millones de dólares para el año 2000.

La implantación del componente de planificación familiar de la CIPD se calcula en \$10 mil millones de dólares para el año 2000, un monto que duplica el que se erogó en 1990 (Alcalá, 1994).

El tercer reto que enfrentan los programas a la vuelta del milenio es la sustentabilidad financiera. A mediados de la década de los noventa, los fondos para planificación familiar que aportaban algunos de los principales donantes internacionales, especialmente la USAID, llegaron a un límite o empezaron a descender. Los programas sustentables son aquéllos capaces de cubrir sus costos operativos cuando dejan de recibir el apoyo financiero internacional y pueden continuar manteniendo sus niveles de rendimiento. La sustentabilidad se ha convertido en un problema especialmente severo para los programas privados no lucrativos de planificación familiar en muchas partes del mundo en desarrollo.

Los incrementos en la cantidad, el tipo y el costo de los servicios, así como la urgencia de una mayor sustentabilidad, subrayan la necesidad de que la investigación operativa se concentre en los problemas de *asignación de recursos* (que se refieren al uso eficaz de los recursos disponibles) y en los de *obtención de recursos* (que es la obtención de recursos adicionales).

En el área de *asignación de recursos*, la investigación operativa se ha utilizado para reducir el desperdicio y descubrir nuevas formas, menos costosas, de operar los programas. Existen muchas fuentes potenciales de desperdicio: pérdida de suministros adquiridos, empleo de procedimientos más caros cuando existen alternativas más económicas que funcionarían igualmente bien, exigencia de pruebas y visitas innecesarias y el mantenimiento de personal e instalaciones subutilizados. Como parte de los proyectos de investigación operativa, se han desarrollado alternativas más efectivas y menos costosas para las prácticas existentes. La IO ha demostrado que los programas de DBC que como parte de su rutina convocan a los distribuidores para que participen en costosos cursos de actualización, podrían producir mejoras en los conocimientos de los prestadores a un menor costo si brindaran capacitación periódica en el sitio de trabajo. La IO ha promovido también la substitución de normas obsoletas, así como la eliminación de procedimientos médicos innecesarios y la de requerimientos de una carga administrativa excesiva.

Ya se ha comentado que exigir que las pacientes se sometan a pruebas de laboratorio innecesarias y poco confiables previas a la prescripción de anticonceptivos orales (Stanback y cols., 1994, en este mismo volumen) constituye una barrera médica al uso de la planificación familiar. Sin embargo, cuando dichas pruebas también se subsidian, se convierten en un problema de asignación de recursos y de desperdicio de dinero que podría destinarse a otras actividades que tienen un efecto positivo sobre la salud y la fecundidad. Por

último, edificar una capacidad desproporcionada en relación con las necesidades da como resultado la subutilización del personal, de la infraestructura y de los materiales, y hace que se incurra en costos innecesarios. El dinero que se invierte en una capacidad excesiva no tiene efectos sobre la salud y se podría destinar a otros fines.

En esta sección se presentan tres artículos sobre asignación de recursos. El primero aborda el problema de eliminar las visitas innecesarias a las clínicas de planificación familiar que operan a toda su capacidad; los otros dos examinan el problema de la subutilización del personal y de la infraestructura. En el programa de Bangladesh, un estudio de diagnóstico encontró que el personal estaba siendo subutilizado porque no se presentaba a trabajar. En el segundo caso, los gerentes sabían que el personal estaba siendo subutilizado debido a la demanda tan limitada en las áreas que rodeaban los lugares donde se prestaban los servicios, y condujeron un experimento para aumentar su utilización al controlar la frecuencia con la que se proporcionaban los servicios.

Para obtener los fondos necesarios que permiten suministrar más servicios a más usuarios, los programas deben hacer algo más que eliminar el desperdicio y encontrar nuevas maneras de proveer los servicios. Deben también obtener recursos adicionales. La IO puede contribuir a que los programas capten recursos de dos maneras; en primer lugar, demostrando el impacto y la eficiencia de los programas a administradores de alto nivel y a dirigentes políticos, como se hizo en el caso de los estudios de Taichung y Mali que se comentaron en secciones anteriores; en segundo lugar, ayudando a gerentes de programa de niveles inferiores a establecer precios y a ofrecer nuevos servicios con fines lucrativos.

Como forma de obtener más recursos para planificación familiar, los gobiernos empiezan a alentar la participación con fines lucrativos en los programas de salud reproductiva y planificación familiar. Se supone que una mayor participación del sector comercial, de esquemas de seguros de gastos médicos y de médicos privados hará que los usuarios se trasladen de los servicios subsidiados a los no subsidiados. A la fecha, sin embargo, se han hecho muy pocos estudios de IO para ayudar a los programas que tienen fines de lucro a incrementar su efectividad, eficiencia, calidad e ingresos. A futuro, el sector privado puede llegar a ser un nuevo cliente muy importante de la IO en planificación familiar.

La evidencia sugiere que los usuarios que tienen mayores ingresos son los que más se benefician de los servicios subsidiados, y que los usuarios de la mayoría de los métodos están dispuestos a pagar precios mayores de los que se les cobran hoy en día por la anticoncepción (Haaga y Tsui, 1995; de Vargas y cols., 1998). Sin embargo, el artículo de León y Cuesta (1993) que se incluye en la

sección anterior nos recuerda que la demanda es sensible a los precios, y que por lo menos una parte de la pérdida de usuarios se vincula con los incrementos de precios. Probar mecanismos que buscan reducir la pérdida de usuarios, tales como escalas deslizables de cuotas, entre otros, deberían tener a futuro una prioridad elevada para la investigación operativa en relación con la obtención de recursos.

Además de eso, o como alternativa para incrementar las cuotas que pagan los usuarios, los programas también pueden empezar a vender nuevos servicios muy demandados con el fin de obtener ganancias; los ingresos que se generen pueden subsidiar otros servicios menos demandados. Aunque añadir la prestación de servicios con fines de lucro ocurre con menos frecuencia en otras regiones, en América Latina organizaciones no lucrativas de planificación familiar comercializan de forma rentable múltiples servicios nuevos, tales como las pruebas de ultrasonido y de laboratorio (Bratt y cols., 1998). En esta sección se incluye un artículo de León y colaboradores acerca de la generación de ingresos por la adición de servicios; en él se describe el intento de un programa de planificación familiar en Perú para incrementar los ingresos a través de la promoción de servicios de salud reproductiva subutilizados.

Referencias

- Alcalá, María José. 1994. *Action for the 21st Century, Reproductive Health and Rights for All*. New York: Family Care International.
- Bratt, John H., James Foreit, y Teresa de Vargas. 1998. "Three strategies to promote sustainability of CEMOPLAF clinics in Ecuador". *Studies in Family Planning* 29, 1: 58-68.
- Haaga, John y Amy O. Tsui (eds). 1995. *Resource Allocation for Family Planning in Developing Countries: Report of a Meeting*. Washington, DC: National Academy Press.
- de Vargas, Teresa y cols. 1998. "Estimating consumer response to price changes in family planning and reproductive health services." Trabajo presentado en la reunión anual de la Population Association of America, Chicago, 2-4 de abril.

COMENTARIOS INTRODUCTORIOS

Control de costos, acceso y calidad de la atención: el impacto de las normas sobre visitas subsecuentes relacionadas con el DIU en Ecuador

James R. Foreit, John Bratt, Karen Foreit
y Teresa de Vargas

Cuestión programática: *Cómo dar servicio a más usuarios en clínicas utilizadas al límite de su capacidad sin incrementar los costos ni reducir la calidad del servicio.*

Procesos/componentes programáticos: *Se estudiaron las normas existentes para visitas subsecuentes del DIU, que en clínicas utilizadas a toda su capacidad representaban el mayor número de visitas subsecuentes. El programa deseaba conocer cuál era el impacto de modificar sus normas de visitas subsecuentes sobre los costos del programa y para las usuarias, sobre la asistencia a la clínica y sobre la probabilidad de detectar problemas médicos relacionados con el DIU.*

Diseño de la investigación: *El estudio simuló cambios en la norma de cuatro visitas subsecuentes del DIU, a una que requería de una sola visita subsecuente, o una que hacía que todas las visitas subsecuentes fueran opcionales (se pediría a la usuaria regresar solamente en el caso de que tuviera algún problema o duda). Esta simulación se basó en el cálculo de probabilidades de visitas subsecuentes bajo distintas normas, y en el cálculo de la cantidad de problemas médicos que quedarían sin detectar si las usuarias asintomáticos no hicieran visitas de rutina. De las entrevistas a los usuarios y de los exámenes médicos se obtuvo información sobre la posibilidad de que se hiciera una visita subsecuente bajo normas distintas, además de datos sobre tasas de problemas médicos.*

Se calcularon los materiales, el personal, el equipo, la infraestructura y los costos de administración necesarios para el programa. Para el caso de los usuarios, se calcularon los costos de viaje y del tiempo que se dedicaba a las visitas. La simulación fue validada parcialmente mediante un examen de las estadísticas de servicio efectuado un año después de que la agencia modificara las normas de visitas subsecuentes por el DIU.

Hallazgos: *Si se reducen de cuatro a una las visitas subsecuentes, se eliminarían anualmente alrededor de 8.000 visitas, el programa ahorraría*

\$10 mil dólares y las usuarias \$23 mil. Si se cambiara la norma de cuatro visitas subsecuentes necesarias por la norma de que todas las visitas subsecuentes fueran opcionales, se eliminarían aproximadamente 15.000 visitas, el programa ahorraría \$18 mil dólares y las usuarias \$41 mil. Sin embargo, cambiar de una norma de cuatro visitas subsecuentes a una de una sola reduciría el número de problemas detectados de 582 a 527; y reemplazar la norma de cuatro visitas subsecuentes por la norma de visitas subsecuentes opcionales reduciría el número de problemas detectados de 582 a 423.

Respuesta del programa a los hallazgos: *El CEMOPLAF reemplazó la norma de cuatro visitas subsecuentes con la de una sola visita subsecuente, lo cual dio como resultado una disminución de 29 por ciento en las visitas subsecuentes por el DIU. Las visitas subsecuentes del DIU subsidiadas se reemplazaron en gran parte con visitas ginecológicas no subsidiadas.*

Discusión: *Al igual que en el estudio de Bangladesh, este estudio utilizó técnicas de diagnóstico relativamente discretas para calcular los cambios producidos en el rendimiento y en los costos que hubieran sido resultado de acciones específicas. Los modelos de simulación tienen mucho que aportar desde el punto de vista del costo y de la rápida disponibilidad de resultados. Sin embargo, como los modelos tienen múltiples requerimientos de datos, la técnica no siempre puede emplearse. Debe enfatizarse que se sabe poco acerca de su exactitud, porque las simulaciones rara vez pueden someterse a pruebas empíricas. De esta manera, se recomienda a los gerentes de programa que intenten validar la precisión de las predicciones de una simulación para verificar que los resultados esperados realmente se obtengan.*

Control de costos, acceso y calidad de la atención: el impacto de las normas sobre visitas subsecuentes relacionadas con el DIU en Ecuador

James R. Foreit, John Bratt, Karen G Foreit
y Teresa de Vargas

Introducción

La calidad de la atención, los costos y el acceso son cuestiones esenciales para los programas de planificación familiar en América Latina. Aunque el tema de calidad de la atención es bastante nuevo en el ámbito de la planificación familiar (ver Bruce, 1990), su aplicación en el campo de la medicina se remonta a 80 años atrás (ver Brook, 1988). Históricamente, la mayoría de las estrategias para evaluar la calidad se centraba en el proceso de ofrecer atención (ver Donobedian, 1969). La estrategia relacionada con ese proceso todavía caracteriza al campo de la planificación familiar.¹ Sin embargo, en el área de la medicina, la evaluación de los resultados se ha vuelto igualmente importante, y cada vez es más común que los analistas de la atención a la salud insistan en que la calidad de la atención debe vincularse con resultados medibles. Vista de esta manera, *la calidad de la atención consta de elementos o intervenciones de programa que aumentan la probabilidad de resultados positivos para los clientes.*

Los recursos subsidiados están creciendo más lentamente que la demanda de bienes y servicios de planificación familiar (Janowitz, 1990). Como resultado de ello, los programas de planificación familiar se han visto obligados a prestar una mayor atención a los costos. Al mismo tiempo, se encuentran bajo la presión de mejorar la calidad de la atención, lo cual puede involucrar la inversión de recursos en nuevas intervenciones o para corregir deficiencias en los programas. Una de las principales preocupaciones de los gerentes es que el mejoramiento de la calidad aumentará los costos de los servicios, al mismo tiempo que los programas intentan alcanzar una mayor eficiencia en términos de costos.

El acceso a la planificación familiar también se ve afectado por los costos. Los costos cada vez mayores para los clientes, como sería el caso de los precios

que se cobran, el tiempo y el transporte, pueden llevar a que la planificación familiar quede fuera del alcance de muchos usuarios potenciales. Además, si los recursos de los programas son limitados y los costos por los servicios aumentan como resultado del mejoramiento de la calidad, los programas podrán servir a menos clientes y el acceso se verá afectado.

En resumen, la calidad de la atención, los costos y el acceso se encuentran relacionados entre sí de manera integral. Cualquier cambio en uno de ellos necesariamente afectará a los otros dos (ver Chelminsky, 1993). Sin embargo, no es inevitable que esta interacción sea negativa. El reto para los gerentes de programa consiste en identificar aquellos parámetros operacionales que pueden ser manipulados para mantener o mejorar la calidad y el acceso, al mismo tiempo que se eliminan costos innecesarios.

Este documento se refiere a los resultados de un estudio de investigación operativa para balancear los costos, la calidad de la atención y el acceso al Centro Médico de Planificación Familiar (CEMOPLAF) de Quito, Ecuador. El seguimiento a los clientes se considera un elemento esencial de la calidad de la atención (Bruce, 1990). El CEMOPLAF programa visitas subsecuentes de rutina para las nuevas aceptantes del DIU (un proceso del programa) con el fin de detectar y resolver problemas médicos derivados de su uso (un resultado del programa). Estas visitas subsecuentes representan costos reales y de oportunidad para los prestadores y para las clientes, y las visitas subsecuentes por parte de las usuarias que no tienen problemas se suman a la saturación en la clínica y reducen el acceso para las nuevas aceptantes. La administración sintió que el número de visitas subsecuentes requeridas excedía el nivel óptimo necesario para ofrecer un servicio de calidad. La administración deseaba reducir el número de visitas subsecuentes pero, al mismo tiempo, quería evitar un número inaceptable de problemas no tratados y no detectados relacionados con el uso del método.

Ubicación del programa. El CEMOPLAF ofrece servicios de planificación familiar, salud reproductiva y salud infantil. En Ecuador, esta agencia opera un total de 20 clínicas. Las metas del CEMOPLAF son alcanzar un nivel de autosuficiencia de 87 por ciento en 1997, aumentar en 10 por ciento por año el número de nuevos clientes de planificación familiar, y expandir los servicios prenatales. Para lograr estas metas, la organización tendrá que aumentar su productividad y su eficiencia. Once de sus clínicas están operando a toda su capacidad o a un nivel superior, y seis más alcanzarán su capacidad total en los dos años siguientes.

Las visitas subsecuentes relacionadas con el DIU representan el problema más apremiante de utilización de las clínicas. En 1991, esas visitas subsecuentes representaron 74 por ciento de todas las visitas y absorbieron 68 por ciento de todos los costos. A pesar de las recomendaciones de grupos internacionales, las

normas que requieren frecuentes visitas subsecuentes relacionadas con el DIU siguen siendo comunes en América Latina. La norma del CEMOPLAF especificaba un total de cuatro visitas subsecuentes dentro del primer año de uso. La primera a los ocho días de la inserción, la segunda 35 días más tarde, la tercera tres meses después de la segunda, y una visita final nueve meses después de la inserción. En cada visita se tomaba el peso de la cliente y su presión arterial, se le practicaba un examen pélvico y se averiguaba si tenía preguntas o problemas en relación con el método.

El estudio comparó la norma existente de cuatro visitas subsecuentes requeridas contra dos simulaciones: (1) una norma de una visita subsecuente requerida con otras visitas opcionales para aquellas clientes que tenían preguntas o presentaban problemas, tal como lo recomiendan organizaciones internacionales como la OMS e IPPF (Adrian y cols., 1992); y (2) una norma en la que todas las visitas subsecuentes eran opcionales y que incrementa al máximo el control de costos. Para determinar la norma más efectiva en términos de costos, y más aceptable desde el punto de vista clínico, el estudio modeló la detección de problemas médicos, los ahorros en costos y la mayor capacidad para incorporar a clientes nuevas.

Metodología

Marco teórico. Las visitas subsecuentes de rutina serían innecesarias si todas las clientes de planificación familiar supieran cuándo es que tienen problemas y regresaran a consulta. Sin embargo, existen algunos problemas que las usuarias no notan, o no se consideran lo suficientemente importantes como para implicar una visita a la clínica. La norma ideal sobre visitas subsecuentes captaría a todas aquellas usuarias con problemas y evitaría, al mismo tiempo, visitas subsecuentes por parte de clientes que no tuvieran problemas o preguntas. La teoría de la detección de señales (Coombs y cols., 1970) demuestra que ese ideal es imposible de alcanzar.

La detección de señales predice la probabilidad de identificar un estímulo (señal) débil en medio del ruido. En el experimento típico, se le presentan a un observador segmentos de ruido solos o de ruido más una señal, y éste responde cada vez que cree que se presentan las señales. Si el observador espera para responder hasta estar absolutamente seguro de que escucha la señal, no podrá detectar las señales más débiles. Si el observador reacciona cada vez que piensa que podría haber escuchado la señal, detectará todas las señales, pero también dará muchas falsas alarmas. Es inevitable que el observador cometa errores, independientemente de la estrategia que adopte. La estrategia del observador se basará en su propio juicio sobre lo que es peor: perderse una señal o dar una falsa alarma (Coombs y cols., 1970; Marx y Hillix, 1979).

Gráfica 1. Matriz de recompensas para problemas y visitas subsecuentes.

		Visita subsecuente	
		SÍ (S)	NO (N)
Problema	sí (s)	Acierto (S s)	Error (N s)
	no (n)	Falsa alarma (S n)	Rechazo correcto (N n)

En el contexto de los servicios relacionados con el DIU, la presencia de un problema médico relacionado con el método es análoga a una señal, y una visita subsecuente es análoga a la respuesta. La consejería al momento de la inserción debe instruir a la cliente para que ésta pueda reconocer problemas. La probabilidad de efectuar una visita subsecuente está condicionada por las “recompensas” (los costos y los beneficios percibidos tanto para la cliente como para la institución) de los cuatro resultados lógicamente posibles: (1) la cliente tiene un problema y hace una visita subsecuente a la clínica; (2) la cliente tiene un problema y no realiza una visita subsecuente; (3) la cliente no tiene ningún problema y realiza una visita subsecuente; (4) la cliente no tiene ningún problema y no realiza ninguna visita subsecuente. En la terminología de detección de señales, el primer resultado es un “acierto”, el segundo un “error”, el tercero una “falsa alarma” y el cuarto un “rechazo correcto”, tal y como se muestra en la gráfica 1.

Las clientes y los servicios se benefician cuando las clientes regresan a una visita subsecuente si tienen problemas (S | s) y cuando no acuden a la clínica si no tienen problemas (N | n). Las clientes y los servicios incurren en costos innecesarios cuando las clientes regresan a una visita subsecuente si no tienen ningún problema (S | n). Finalmente, las clientes sufren cuando tienen problemas

y no regresan a visitas subsecuentes ($N|s$). La probabilidad de que surja un problema es independiente de la norma relacionada con las visitas subsecuentes; sin embargo, los programas pueden aumentar o disminuir la probabilidad de visitas subsecuentes estableciendo diferentes normas. Aumentar las visitas subsecuentes de rutina incrementará tanto la detección de problemas como las falsas alarmas. Si se eliminan las visitas de rutina se eliminarán las falsas alarmas y se incrementarán los problemas no detectados. La calendarización óptima de las visitas subsecuentes dependerá de las probabilidades y de los costos y beneficios de los cuatro resultados.²

Para completar la matriz de recompensas se requiere de estimaciones independientes de la probabilidad de efectuar una visita subsecuente y de la incidencia de problemas médicos. Nosotros observamos de forma directa la frecuencia de las visitas subsecuentes, pero no pudimos observar de manera directa la probabilidad de un problema porque no tuvimos acceso a clientes que no regresaron a la clínica. Por lo tanto, medimos los índices de problemas entre aquellas clientes que sí regresaron, y les preguntamos si habrían regresado a la clínica en caso de que no se les hubiera programado una cita de manera rutinaria. Utilizamos esta información para inferir los índices de problemas subyacentes relacionados con el método y para modelar el impacto que diferentes normas tendrían sobre la probabilidad de hacer visitas subsecuentes y sobre los índices de aciertos, errores y falsas alarmas.

Diseño. Para este estudio se seleccionaron de manera aleatoria 10 clínicas, incluyendo cuatro en Quito y seis en otras localidades. Una búsqueda en los registros de aceptantes del DIU que hubieran cumplido un año después de su inserción suministró información acerca de los índices de visitas subsecuentes en el primer año. Esa búsqueda abarcó los historiales médicos de las 3.356 clientes que habían recibido un DIU en las clínicas del estudio dentro del período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de mayo de 1991. Se registró el número de visitas subsecuentes realizadas por cada cliente durante los 12 meses posteriores a la inserción.

Las entrevistas con las clientes y los exámenes médicos suministraron información acerca de los índices de problemas entre las usuarias del DIU que regresaron a visita dentro del primer año. La probabilidad de regresar sin que existiera una cita de rutina se obtuvo por medio de la entrevista a clientes. Se entrevistó a todas las clientes que hacían una visita subsecuente relacionada con el DIU en las clínicas del estudio dentro del período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de mayo de 1992, y que habían recibido su DIU dentro del período de 12 meses que siguió a la fecha de la visita subsecuente. En total se realizaron 4.985 entrevistas. A las clientes se les preguntaba si tenían preguntas o dudas que comentar con el prestador de servicios, si habían experimentado efectos

colaterales o problemas, la razón de su visita subsecuente y, en el caso de las citas de rutina, si habrían regresado a visita si no se les hubiera dicho que lo hicieran. Los médicos de guardia y las enfermeras-parteras registraron la presencia de problemas relacionados con el DIU en formularios para pruebas clínicas.

Estimación de costos. El estudio también examinó los costos de las visitas subsecuentes para las clientes y para la agencia. Los costos de las clientes incluyeron los pagos por transporte (que incluía el de las personas que acompañaban a las clientes), las cuotas cobradas por la clínica, el costo de oportunidad del tiempo invertido en desplazarse y el tiempo que pasaron en la instalación misma. A las clientes se les preguntó cuánto habían gastado en transporte y cuánto tiempo habían invertido para desplazarse hasta la clínica. Un análisis de flujo de pacientes (AFP) permitió medir el tiempo que pasaban en la clínica. Los costos de oportunidad fueron calculados para la cliente únicamente.

Los costos para la agencia incluyeron el tiempo del personal, materiales, mobiliario y equipo, infraestructura y gastos generales. El costo neto fue el costo promedio de una visita subsecuente relacionada con el DIU, menos el precio pagado por la cliente. Los costos fueron estimados en seis de las clínicas del estudio. El AFP permitió estimar también el tiempo del personal. El uso de los materiales y el equipo se observó de manera directa. Los gastos generales se asignaron sobre la base de un prorrateo.

Resultados

Patrones actuales de visitas subsecuentes y problemas detectados

Visitas subsecuentes. De acuerdo con la búsqueda de registros bajo la norma de cuatro visitas subsecuentes, las aceptantes del DIU realizaron un promedio de 2,31 visitas subsecuentes durante el período de 12 meses posterior a la inserción. Aproximadamente 19 por ciento no regresó a visita; 16 por ciento cumplió exactamente con las cuatro visitas subsecuentes, y 14 por ciento excedió la norma y realizó cinco o más visitas subsecuentes. De acuerdo con las entrevistas a clientes, 66 por ciento de todas las visitas subsecuentes se realizó como resultado de una cita previamente programada; la tercera parte restante se realizó porque la cliente tenía un problema o deseaba hablar con un prestador de servicios.

La asignación de fechas para las visitas subsecuentes se obtuvo a partir de las entrevistas con las clientes. Las visitas subsecuentes se clasificaron según si se encontraban o no dentro un intervalo de tiempo aceptable especificado por la norma: la visita #1 a los ocho días (1-15 días después de la inserción); la visita #2 a los 43 días (30-59); la visita #3 a los 133 días (120-150) y la visita #4 a los 270 días (240-364 días). Las clientes que afirmaron que habían regresado por algún problema fueron definidas como clientes recurrentes si la visita subsecuente era

Cuadro 1. Norma de cuatro visitas subsecuentes, porcentaje de clientes que realizaron visitas subsecuentes y porcentaje de visitas subsecuentes realizadas en el momento especificado por la norma

Visita subsecuente	Búsqueda de registros	Entrevistas a clientes	
	Porcentaje de aceptantes que realizaron visitas subsecuentes	Porcentaje de visitas subsecuentes realizadas en el momento especificado	Porcentaje que regresaría sin cita
1	81,3	69,6	31,3
2	61,6	33,4	63,9
3	44,5	23,7	63,7
4	29,6	16,8	61,1
No. de casos	3356		

Cuadro 2. Proporción de visitas subsecuentes con problemas médicos por número y momento de visita subsecuente

Visita subsecuente	Momento	
	Conforme a la norma	Fuera de la norma
1	0,022	0,045
2	0,054	0,061
3	0,072	0,061
4	0,037	0,068

opcional. A aquellas clientes que estaban acudiendo a una cita de rutina y que afirmaron que habrían regresado aun si no se les hubiera dicho, se les definió también como clientes recurrentes si la visita subsecuente era opcional. A aquellas clientes que asistieron a visitas subsecuentes de rutina y que contestaron que no habrían regresado, o expresaron motivaciones débiles para regresar, se les definió como clientes que no regresarían para una visita subsecuente opcional.³

En el cuadro 1 se combinan los resultados de la búsqueda de registros y de las entrevistas a las clientes. Se muestra el porcentaje de aceptantes que regresaron a visita, las visitas subsecuentes realizadas en el momento especificado por la norma, y el porcentaje de clientes que afirmaron que habrían regresado a visita sin una cita de rutina.

La observancia de la norma fue limitada. La mayoría de las clientes realizó una primera visita subsecuente aproximadamente en la fecha indicada; pero las visitas subsecuentes descendieron rápidamente después de la primera cita, y lo mismo sucedió con la probabilidad de regresar en la fecha indicada por la norma. La mayor proporción de las visitas subsecuentes fuera de los períodos prescritos se debe, al parecer, a la falta de conocimiento por parte del prestador, al igual que a la falta de cumplimiento por parte de las pacientes. Aproximadamente 66 por ciento de todas las visitas subsecuentes se realizó en respuesta a una cita de rutina, y cerca de 81 por ciento de éstas se cumplieron en la fecha

Cuadro 3. Probabilidad de que una cliente con un problema médico hubiera regresado sin una cita, por intervalo a partir de la inserción

Problema	Probabilidad de visita subsecuente		
	0-3 meses	4-12 meses	Primeros 12 meses
Expulsión	0,500	0,786	0,646
Sospecha de embarazo	0,786	0,727	0,750
Sospecha de EPI	0,882	0,893	0,889

Cuadro 4. Patrones de visitas subsecuentes para tres normas diferentes

Frecuencia de visitas subsecuentes	Norma		
	Observada	Proyectada	
	Cuatro visitas subsecuentes requeridas	Una visita subsecuente requerida	Todas las visitas subsecuentes opcionales
1	19,7% (Ob)	42,0% (Ob)	23,8% (Op)
2	17,1% (Ob)	21,2% (Op)	12,0% (Op)
3	14,9% (Ob)	10,8% (Op)	7,1% (Op)
4	15,6% (Ob)	5,0% (Op)	2,2% (Op)
5+	14,0% (Op)	2,3% (Op)	1,0% (Op)
Promedio de visitas subsecuentes	2,31	1,48	0,83

Ob = Obligatoria. Op = Opcional.

programada. Las pláticas con los prestadores revelaron que muchas pacientes no sabían la fecha correcta de las visitas subsecuentes y que se programaron citas de rutina en fechas no prescritas por la norma.

Preguntas de las clientes. La entrevista encontró que en aproximadamente 35 por ciento de las visitas subsecuentes las clientes tenían dudas o preguntas que deseaban comentar con los prestadores. El personal médico del CEMOPLAF revisó las preguntas y concluyó que aproximadamente 70 por ciento podría haberse evitado con una mejor instrucción a las clientes al momento de la inserción (por ejemplo, “¿el DIU provoca cáncer?” o, “¿puedo embarazarme si el DIU se encuentra en su lugar?”).

Problemas médicos. Fueron tres los problemas médicos estudiados en relación con el DIU: expulsión, sospecha de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y sospecha de embarazo. Las expulsiones se encontraron en 4,3 por ciento de las visitas subsecuentes, las sospechas de embarazo en 2,5 por ciento y la sospechas de EPI en 3,1 por ciento.

En el cuadro 2 se muestra la proporción de visitas subsecuentes con problemas médicos diagnosticados en cada una de las primeras cuatro visitas subsecuentes, tanto dentro como fuera del intervalo prescrito. Las primeras visitas subsecuentes hechas menos de 15 días después de la inserción

diagnosticaron el menor número de problemas. Es probable que lo anterior se deba a que el período a partir de la inserción no fue lo suficientemente largo como para que se desarrollara la mayoría de los problemas. Las primeras visitas hechas después de ese período de 15 días tuvieron índices de diagnóstico de más del doble de aquéllas realizadas anteriormente, sugiriendo que un cambio en la fecha de la primera visita subsecuente mejoraría la efectividad de la norma.⁴

Las tres cuartas partes de las clientes que regresaron a visita con problemas médicos diagnosticados reportaron que habrían regresado sin necesidad de una cita de rutina. La probabilidad de retorno variaba por tipo de problema; la EPI mostraba las más alta probabilidad y la expulsión la más baja. En el cuadro 3 se muestra la probabilidad de que las mujeres con problemas diagnosticados hubieran regresado sin necesidad de una cita.

Modelando las visitas subsecuentes y los problemas detectados bajo normas alternativas

Una visita subsecuente requerida. En aquellos casos en los que se requerían cuatro visitas subsecuentes, 81 por ciento de las nuevas clientes del DIU regresó por lo menos una vez. Si únicamente se requiriera una visita subsecuente, esperaríamos obtener lo mismo. Sin embargo, la segunda visita y las subsecuentes ya no se programarían de forma rutinaria, y en su conjunto la frecuencia de las visitas subsecuentes debería reducirse. Calculamos las probabilidades transicionales derivadas de efectuar visitas subsecuentes opcionales con un orden más alto a partir de las probabilidades transicionales observadas bajo la norma de cuatro visitas subsecuentes, y los reportes de las clientes en el sentido de si habrían regresado o no sin necesidad de una cita. Lo anterior nos permitió proyectar la distribución de la frecuencia del total de visitas subsecuentes y el promedio esperado.

Todas las visitas subsecuentes opcionales. El modelado de esta norma sigue la misma lógica que la norma de una visita subsecuente requerida. Sin embargo, como todas las visitas subsecuentes son ahora opcionales, debemos calcular la probabilidad de realizar una primera visita subsecuente. Una vez que se realiza la primera visita subsecuente, podemos utilizar las mismas probabilidades transicionales de un orden más alto a partir de la norma de una visita subsecuente. De esta manera, la probabilidad de realizar la primera visita subsecuente se calculó como la suma de las probabilidades de realizar exactamente una (o dos, o tres, etc.) visitas subsecuentes bajo la norma anterior, multiplicada por la probabilidad de que por lo menos una de estas visitas subsecuentes se hubiera realizado sin necesidad de una cita de rutina.

En el cuadro 4 se presentan las frecuencias proyectadas de las visitas subsecuentes para las tres normas. Requerir una visita subsecuente con las otras

opcionales produciría un promedio de 1,48 visitas subsecuentes durante el primer año (una disminución de 36 por ciento en relación con los niveles existentes al momento del estudio), mientras que hacer que todas las visitas subsecuentes sean opcionales daría como resultado 0,83 visitas subsecuentes (una disminución de 64 por ciento).

Detección de problemas. Para estimar el índice de detección de problemas relacionados con el método (aciertos) bajo las normas alternativas, necesitamos saber el índice de problemas entre todas las nuevas aceptantes, ya sea que hayan regresado o no para una visita subsecuente. La entrevista a las clientes y el examen médico suministraron información en el caso de aquéllas que regresaron a una visita subsecuente. Nosotros asumimos que el índice de problemas entre las clientes que no regresaron era de más de cero, pero menor que aquél observado en las clínicas.⁵ Como estimado utilizamos el índice de problemas entre aquellas clientes que realizaron una primera visita subsecuente dentro de los primeros tres meses posteriores a la inserción, y que afirmaron que no habrían regresado si no se les hubiera dado una cita de rutina.

Las probabilidades de realizar por lo menos una visita subsecuente (S) y de no realizar ninguna visita subsecuente (N) se tomaron de la búsqueda en los registros. Las probabilidades de aciertos ($S|s$) y de falsas alarmas ($S|n$) corresponden a la proporción de visitas subsecuentes con y sin problemas diagnosticados, multiplicada por la probabilidad de realizar por lo menos una visita subsecuente. Las probabilidades de errores ($N|s$) y de rechazos correctos ($N|n$) se estimaron a partir de los índices de diagnóstico entre aquellas clientes que no habrían regresado para una visita subsecuente, multiplicados por la probabilidad de no realizar ninguna visita subsecuente. El índice estimado de los problemas subyacentes es la suma de los errores y los aciertos. El índice subyacente para todos los problemas fue ligeramente menor a 8 por ciento durante el año posterior a la inserción. La expulsión anual estimada fue de 3,7 por ciento, y la sospecha de embarazos y de EPI de 2,1 por ciento cada una. Existe poca variación en los índices por tiempo posterior a la inserción.⁶

La efectividad de la detección de problemas se calculó dividiendo la probabilidad de un acierto por el índice de problemas subyacentes. Nosotros estimamos que la norma actual detecta aproximadamente 71 por ciento de las expulsiones, 67 por ciento de las sospechas de embarazos y 83 por ciento de las sospechas de EPI.⁷ Los índices de acierto proyectados bajo las normas alternativas son menores, y reflejan las menores probabilidades de realizar una visita subsecuente 0-3 meses después de la inserción (todas las visitas opcionales) y 4-12 meses después de la inserción (una visita subsecuente requerida; todas las demás opcionales). En el cuadro 5 se muestran los índices de problemas subyacentes y los niveles de detección para todas las normas.

Cuadro 5. Índice anual estimado de problemas y detección bajo tres normas diferentes

Indicador	Problema			Total
	Expulsión	Sospecha de embarazo	Sospecha de EPI	
Tasa anual de problemas	0,0372	0,0213	0,0213	0,0798
Detección de problemas				
Norma				
4 visitas subsecuentes	71%	67%	83%	73%
1 visita subsecuente	65%	57%	78%	66%
Todas opcionales	43%	50%	74%	53%

Cuadro 6. Costo para la cliente por una visita subsecuente relacionada con el DIU

Tipo de costo	Cantidad
Costos monetarios	
Cuota pagada al CEMOPLAF	\$0,76
Tarifas por transporte	\$0,34
Total de costos en dinero	\$1,10
Costos de oportunidad	
Tiempo de tránsito	\$1,26
Tiempo de espera en la clínica	\$0,42
Total de costos de oportunidad	
Total de costos para la cliente	\$2,78

A menor frecuencia de visitas subsecuentes, mayor la disminución en el porcentaje de problemas médicos detectados. Por lo tanto, la norma de cuatro visitas subsecuentes detecta la mayoría de los problemas, y la norma de visitas subsecuentes opcionales la menor cantidad de ellos. Sin embargo, la mayor parte de las clientes con estos problemas reportó que habría regresado sin necesidad de una cita de rutina. Por lo tanto, reducir el número de visitas subsecuentes requeridas de cuatro a una captaría únicamente 7 por ciento menos problemas, ó 55/10.000 inserciones (apenas la carga de casos anual del CEMOPLAF); mientras que hacer que todas las visitas subsecuentes fueran opcionales captaría 20 por ciento menos problemas, ó 159/10.000 inserciones. Como las clientes parecen ser más capaces de detectar algunos problemas mejor que otros y/o tienden más a buscar tratamiento, cambiar las normas tendría diferentes impactos sobre la detección de diferentes problemas. La detección de expulsiones y de sospechas de embarazo se vería más afectada y la de sospechas de EPI menos afectada.

Costos para las clientes y el programa. Los costos para las clientes incluyeron pagos en efectivo por concepto de transporte y cuotas pagadas a la clínica, y los costos de oportunidad incluyeron el tiempo de desplazamiento y el tiempo pasado en la clínica misma. Los costos de oportunidad se tradujeron a dólares multiplicando el tiempo por el salario mínimo oficial (el equivalente de

\$0,56 dólares por hora). El tiempo de viaje promedió dos horas y 15 minutos, y el tiempo de espera 45 minutos. Casi la mitad de las clientes iba acompañada, lo cual contribuyó a los costos de transporte y al hacinamiento en las clínicas. Los costos de transporte promediaron \$0,34 dólares para las clientes y sus acompañantes, y las cuotas pagadas al CEMOPLAF promediaron \$0,76 dólares. En el cuadro 6 se presenta el detalle de los costos para las clientes.

Los costos de oportunidad comprenden aproximadamente 60 por ciento de los costos, y los pagos en efectivo el 40 por ciento restante. El costo estimado total para aquellas clientes que realizan una visita subsecuente por el DIU es de \$2,78 dólares, que equivale a cinco horas de salario mínimo. Al multiplicar esto por 2,31 visitas al año se llega a un total de \$6,39 dólares en costos para las clientes bajo la norma vigente, o casi 13 horas de trabajo. La norma de una visita subsecuente tendría un costo anual estimado por cliente de \$4,11 dólares (o cerca de siete horas de trabajo), y la norma de todas las visitas subsecuentes opcionales reduciría los costos anuales por cliente a \$2,30 dólares (o casi cuatro horas de trabajo).

El costo neto para CEMOPLAF de una visita subsecuente por el DIU osciló entre \$1,11 dólares y \$2,25 dólares en las seis clínicas estudiadas. Al restar el pago promedio de \$0,76 dólares por cliente, el costo neto para el CEMOPLAF fluctúa entre \$0,35 dólares y \$1,49 dólares, con un costo neto promedio de \$1,21 dólares en todas las clínicas.

También calculamos los costos totales anuales para el programa y las clientes de acuerdo con cada norma. En el cuadro 7 se muestran problemas estimados que fueron detectados durante el primer año, las visitas subsecuentes y los costos por cada 10.000 inserciones.⁸ Además de producir ahorros financieros tanto para los programas como para las usuarias, las normas alternativas también mejorarían el acceso. Si con los mismos niveles de atención existentes al momento del estudio se requiriera únicamente una visita subsecuente, se podrían ahorrar anualmente 8.300 visitas subsecuentes de primer año (36 por ciento). Esta reducción en el número de visitas subsecuentes crearía espacio para el equivalente a 3.000 nuevas clientes del DIU sin necesidad de expandir la infraestructura clínica. Si todas las visitas subsecuentes fueran opcionales, se podrían ahorrar 14.800 visitas subsecuentes de primer año (64 por ciento) y se abriría espacio para otras 8.000 nuevas clientes.⁹

El impacto de modificar la norma sobre el *total* de las visitas subsecuentes relacionadas con el DIU debe ser menor al que se muestra en el cuadro 7, por dos razones: la primera, que algunas mujeres realizan visitas subsecuentes durante su segundo, tercero y subsecuentes años de uso del DIU. Estas mujeres no se verían afectadas por el cambio en las normas del primer año. En segundo lugar, podría esperarse que algunas mujeres que informaron que no hubieran

Cuadro 7. Comparación de tres normas: visitas subsecuentes, problemas detectados y costos por 10.000 inserciones del DIU

Norma	Resultados				
	Visitas subsecuentes	Problemas detectados	Costos anuales		
			Agencia	Cliente	Total
Cuatro visitas subsecuentes requeridas	23.100	582	\$28.000	\$64.000	\$92.000
Una visita subsecuente requerida	14.800	527	\$18.000	\$41.000	\$59.000
Todas las visitas subsecuentes opcionales	8.300	423	\$10.000	\$23.000	\$33.000

hecho la visita subsecuente de no haber sido por la norma habrían hecho una visita subsecuente de todos modos (lo contrario es menos probable, que las mujeres que no hicieron visita subsecuente a pesar de la norma hubieran comenzado a hacer visitas adicionales si la norma se modificara). No recabamos información acerca del volumen de las visitas subsecuentes relacionadas con el DIU hechas por mujeres que habían empleado el método por más de un año, y no tenemos manera de evaluar la propensión a la visita subsecuente más allá de las intenciones declaradas por la cliente en la entrevista.

Impacto del programa. El CEMOPLAF adoptó una nueva norma: la de una visita subsecuente de DIU requerida que debería realizarse no antes de los 15 días posteriores a la inserción. La nueva norma se puso en práctica en todas las clínicas del CEMOPLAF durante el primer trimestre de 1993. Nosotros evaluamos el impacto sobre el volumen total de visitas subsecuentes comparando las estadísticas de servicio para los cuatro trimestres de 1992 con los cuatro trimestres de 1993. Las consultas del DIU fueron clasificadas como inserciones o como visitas subsecuentes.

El impacto sobre el volumen de visitas subsecuentes fue casi inmediato. Las inserciones promedio por trimestre permanecieron igual entre 1992 y 1993 ($F < 1.0$). El promedio trimestral de visitas subsecuentes del DIU se redujo en 29 por ciento, de 778 por clínica a 553 por clínica después de cambiar la norma ($F = 13,41$, $df 1,18$, $p < 0,01$). No se recabaron datos sobre la motivación de las clientes para visitas subsecuentes posteriores a la intervención (esto es, problemas vs. chequeos de rutina). Como las visitas subsecuentes incluyeron a mujeres en su segundo año de uso del DIU o algún otro posterior, la reducción en el porcentaje de visitas subsecuentes de DIU fue menor a la pronosticada en el caso de aquellas mujeres que estaban en su primer año de uso exclusivo.

Discusión

Tal y como lo ilustra el presente estudio, la calidad, el costo y el acceso se encuentran interrelacionados. Hemos definido la calidad con base en los resultados para las clientes (esto es, la detección de problemas médicos relacionados con el DIU), los costos en términos de costos tanto para los prestadores como para las clientes (o sea, las visitas innecesarias), y el acceso como la capacidad del prestador para dar servicio y la de los clientes para pagar en tiempo y dinero. Las decisiones del programa necesariamente involucran negociaciones, de modo que cuando los administradores buscan mejorar un aspecto, también deben considerar los impactos potenciales en los otros dos. Este estudio fue motivado por inquietudes en términos de costos y de acceso. Encontramos que si se cambiaba la norma habría una pequeña disminución en la calidad (problemas detectados); pero habría, al mismo tiempo, importantes ahorros en términos de costos y un mejoramiento en el acceso.

Cualquier norma que especifique una visita subsecuente de rutina para todas las nuevas aceptantes necesariamente requerirá que clientes que no tienen problemas médicos tengan que regresar. Independientemente de su escasa ocurrencia, la expulsión, la enfermedad pélvica inflamatoria y el embarazo requieren de una atención médica inmediata. Como la mayoría de las clientes que experimentan estos problemas regresarían sin necesidad de una cita de rutina, reducir el número de visitas subsecuentes requeridas de cuatro a uno detectaría únicamente 7 por ciento menos problemas, pero reduciría el número de visitas subsecuentes de primer año en 36 por ciento.

La calidad de la atención depende no sólo de la validez de la norma, sino también del cumplimiento por parte de la cliente, lo cual está condicionado tanto por los beneficios anticipados de la detección y la solución de problemas, como por los costos en que se incurre como resultado de visitas subsecuentes innecesarias. De esta forma, la norma original de cuatro visitas subsecuentes fue bastante exitosa en cuanto a garantizar el cumplimiento en el sentido de realizar la primera visita subsecuente, pero resultó menos exitosa en el sentido de motivar las otras tres visitas subsecuentes. Por lo tanto, reducir las visitas subsecuentes de rutina a un mínimo, y mejorar su calendarización, no sólo incrementa la eficiencia del programa; también puede mejorar el cumplimiento por parte de las clientes.

Este estudio sugiere algunos refinamientos metodológicos para la investigación sobre calidad, costos y acceso en programas de planificación familiar. Aunque el CEMOPLAF se centró en las normas de visitas subsecuentes relacionadas con el DIU, es probable que existan otros factores igualmente importantes para fines de contención de costos, acceso y calidad. Los programas deben examinar todos los procedimientos operativos, comenzando por preguntarse, en primer lugar, cuál fue la razón de que se adoptaran. Es probable que algunos se basen en tecnologías

pasadas de moda o en razones que no sean precisamente las de garantizar la calidad. Por ejemplo, la norma de cuatro visitas subsecuentes que se ha examinado en este estudio se diseñó originalmente para recolectar datos para pruebas clínicas, más que para optimizar la atención a las clientes.

Tanto los gerentes como los prestadores de servicios deben participar en la identificación de procedimientos disfuncionales y en la propuesta de soluciones. Deberá darse preferencia a aquellas técnicas de recolección de datos que disminuyan al mínimo la interrupción de los programas. Las variables de investigación deberán incluir el costo, el acceso y la calidad, y no deberán limitarse únicamente a uno de los tres factores, como ocurre generalmente en el caso de la investigación actual de programas de planificación familiar. Por último, dentro del estudio de calidad deberán vincularse los procesos del programa con los resultados para las clientes, como sería el caso de la detección de problemas médicos, la continuidad y aceptación de anticonceptivos, la prevalencia anticonceptiva y el impacto en la fecundidad.

Este estudio contó con el modelado, la revisión de registros y la recolección de una pequeña cantidad de datos de entrevistas. Satisface los criterios de compromiso del personal y de un diseño discreto. Produjo ahorros para el programa y para las usuarias con un impacto mínimo sobre la detección de problemas, y generó espacio para nuevas usuarias. Y lo más importante, el CEMOPLAF demostró que el control de costos es compatible con la calidad, y que los incrementos en la eficiencia pueden mejorar, más que sacrificar, el acceso.

Referencias

- Adrian, L. K. y cols. 1992. "Catalogue of Family Planning Service Delivery Guidelines. An Inventory of Policies and Procedures." Family Health International, Research Triangle Park, N.C. Manuscrito no publicado.
- Brook, R. H. 1988. "Quality Assessment and Technology Assessment: Critical Linkages, en Lohr, K. N. y Rettig, R. A. *Quality of Care and Technology Assessment, Report of a Forum of the Council on Health Care Technology*. National Academy Press, Washington, D.C. pp. 29-38.
- Bruce, J. 1990. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning*. 21(2):pp.61-69.
- Chelminsky, E. 1993. "The Political Debate About Health Care: Are We Losing Sight of Quality?" *Science*, Vol. 262 (22 de octubre) pp. 525-528.
- Coombs, C.H. y cols. 1970. *Mathematical Psychology: An Elementary Introduction*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, Nueva Jersey.
- Donobedian, A. 1969. *A Guide to Medical Care Administration, Volume II: Medical Care Appraisal-Quality & Utilization*. American Public Health Assoc., Washington, D.C.
- Janowitz, B. y cols. 1990. "Investing in the Future. A Report on the Cost of Family Planning in the Year 2000." Family Health International, Research Triangle Park, N.C.
- Marx, M. H. y Hillix, W.A. 1979. *Systems and Theories in Psychology*, McGraw Hill, N. Y.

Tremaine, K. y Liskin, L. 1988. "El DIU - Una Nueva Apariencia." *Population Reports*, Serie B, No. 5.

World Health Organization. 1987. "Mechanism of Action, Safety and Efficacy of Interuterine Devices." Serie de Reportes Técnicos 756. Suiza.

Notas

1. Dos ejemplos típicos recientes de la investigación acerca de la calidad de la atención en planificación familiar son Miller y cols., 1991, y Simmons, R. y Elias, C., 1993.
2. Las probabilidades de celda se obtienen haciendo una multiplicación cruzada de la probabilidad de un problema por la probabilidad de una visita subsecuente. Las probabilidades de celda se multiplican por sus costos o beneficios relativos para obtener la recompensa general.
3. Las clientes que afirmaron que habían regresado para una "revisión" se clasificaron como clientes débilmente motivadas.
4. Algunas pruebas clínicas han encontrado índices de problemas diferenciales por tiempo a partir de la inserción (OMS, 1987). El índice constante que se encontró en este estudio puede reflejar la autoselección de la cliente; entre las mujeres que experimentaban problemas había una mayor tendencia a regresar que entre aquellas mujeres que no experimentaban problemas.
5. También es posible que aquellas mujeres que no realizaron visitas subsecuentes a la clínica tuvieran más problemas que las que sí lo hicieron, y que sus no visitas estuvieran motivadas por la discontinuación del método. Sin embargo, el método que se estudió fue el DIU, que requiere el retiro del dispositivo para fines de discontinuación. Si las mujeres que no regresaron a una visita subsecuente tenían índices de discontinuación más altos que aquéllas que regresaron a la clínica, eso significaría que tendrían que haber visitado una clínica diferente para el retiro, lo cual parece menos plausible que la suposición hecha en la simulación.
6. Los índices de problemas fueron estimados para dos períodos, 0-3 y 4-12 meses después de la inserción, para controlar la posibilidad de que los problemas, al igual que las visitas subsecuentes, variaran con el transcurso del tiempo. La probabilidad de regresar dentro de los tres meses posteriores a la inserción fue de 0,732, y la probabilidad de regresar por lo menos una vez dentro del período de 4-12 meses posteriores a la inserción fue de 0,478. La detección de problemas médicos se tabuló de manera cruzada por período, y según si la mujer habría regresado o no sin una cita de rutina.

Nosotros supusimos que las tasas de problemas entre las clientes que no regresaban era igual a los índices de problemas entre las clientes que sí regresaban, pero que dijeron que no habrían regresado si no hubieran tenido una cita. La multiplicación cruzada de las probabilidades de tener o no un problema proporciona las estimaciones de celda en la matriz. El índice de expulsión total estimado es la suma de los índices en la primera fila del cuadro 1N.

Cuadro 1N. Índices observados de visitas subsecuentes e índices estimados de expulsión, tres meses post-inserción

Problema	Visita subsecuente		Total
	Sí	No	
Sí	$(0,732 * 0,023) = 0,0168$	$(0,268 * 0,017) = 0,0046$	0,0214
No	$(0,732 * 0,977) = 0,7064$	$(0,268 * 0,983) = 0,2634$	0,9786
Total	0,732	0,268	1,000

El TCU 380A fue utilizado por cerca de 90 por ciento de las mujeres entrevistadas. Los índices de problemas estimados se encuentran dentro del intervalo de los reportes publicados en relación con 12 meses de DIUs de cobre (ver Tremaine y Liskin, 1988, cuadro 1, pp. 4-5). En el cuadro 2N se presentan los índices de detección de problemas y los índices de problemas subyacentes estimados por período.

Cuadro 2N. Probabilidad de un problema dentro del primer año posterior a la inserción

Problema	Detectado			Estimado		
	0-3 meses	4-12 meses	Total	0-3 meses	4-12 meses	Total
Expulsión	0,0168	0,0096	0,0264	0,0214	0,0158	0,0372
Sospecha de embarazo	0,0066	0,0076	0,0142	0,0074	0,0139	0,0213
Sospecha de enfermedad pélvica inflamatoria	0,0081	0,0096	0,0177	0,0086	0,0127	0,0213
Total de problemas	0,0315	0,0268	0,0583	0,0374	0,0424	0,0798

7. El índice de aciertos cuando todas las visitas subsecuentes son opcionales es la probabilidad de detectar un problema dado bajo la norma de cuatro visitas subsecuentes (cuadro 2N) x la probabilidad de que las mujeres con el problema regresaran a una visita subsecuente sin una cita de rutina (cuadro 3). El índice de aciertos bajo la norma de una visita subsecuente requerida es estimado como la suma del índice de aciertos a los 0-3 meses bajo la norma vigente al momento del estudio, más el índice de aciertos estimado a los 4-12 meses cuando todas las visitas subsecuentes son opcionales.

Reconocimientos

Los autores desean expresar su agradecimiento a Barbara Janowitz, de Family Health International (FHI) por haber sugerido el tema de la investigación. La Oficina de Población de la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos financió el estudio como parte de los contratos AID/DPE-3030-Z-00-9019-00, Investigación Operativa y Asistencia Técnica para América Latina (Population Council), y DPE-3041-A-00-00-0043-00 (FHI).

COMENTARIOS INTRODUCTORIOS

¿Puede el Programa de Planificación Familiar de Bangladesh satisfacer necesidades cada vez mayores sin necesidad de elevar sus costos?

Barbara Janowitz, Matthew Holtman, David Hubacher
y Kanta Jamil

Cuestión programática: *Cómo proveer más servicios sin incrementar los gastos del programa. Las proyecciones indican que el número de parejas en edad reproductiva se incrementará en alrededor de 40 por ciento (de 22 a 31 millones) entre 1994 y 2004.*

Procesos/componentes programáticos: *Promoción comunitaria. Las visitas domiciliarias que efectúan más de 23.000 trabajadores de campo son un componente básico del Programa Nacional de Planificación Familiar de Bangladesh. Los gerentes sospechaban que la productividad del trabajador de campo (en este caso, las horas trabajadas como una proporción de las horas pagadas) era baja, lo que representaba una importante ineficacia en el sistema de prestación de servicios. La reducción de la ineficacia permitiría atender a más clientes sin contratar más trabajadores de campo ni incrementar el costo del personal.*

Diseño de la investigación: *El proyecto fue un estudio diagnóstico que buscaba determinar cómo empleaban su tiempo los trabajadores de campo y asignar costos a las actividades que ellos realizaban. Los datos sobre el empleo del tiempo de los trabajadores de campo fueron recolectados a través de observaciones y de la revisión de registros. El costo salarial fue distribuido por actividad (por ejemplo, visitas domiciliarias, ausencias y reuniones).*

Hallazgos: *Sólo 59 por ciento del tiempo pagado al trabajador de campo se empleaba en actividades relacionadas con el trabajo. La mayor parte del tiempo utilizado en actividades no relacionadas con el trabajo era atribuible a las ausencias no autorizadas. Según los estimados, la eliminación de las ausencias injustificadas incrementaría el número de visitas domiciliarias de 219 a 293 por mes, y el costo por año protección pareja entre los clientes del trabajador de campo se reduciría de \$5,80 a \$5,26. Para el año 2004, el crecimiento de la población requerirá un aumento en el número de trabajadores de campo, de 23.000 a casi 33.000, y con ello se incrementarán los costos del personal, de cerca de \$24 millones*

a casi \$33 millones anuales. En cambio, si se eliminaran las ausencias injustificadas, sólo 24.000 trabajadores serían necesarios en el 2004, y los costos del personal se incrementarían en menos de \$1 millón.

Respuestas del programa a los hallazgos: *El estudio no produjo reformas para incrementar la productividad de los trabajadores de campo. Un solo estudio rara vez es suficiente para reunir el apoyo político y burocrático necesario para realizar cambios radicales en un programa gubernamental que emplea a miles de trabajadores. La investigación continúa en relación con los cambios en el programa del trabajador de campo del sector público, incluyendo la ampliación del paquete de servicios promovido por el trabajador.*

Discusión: *Los autores aumentaron la utilidad de su análisis al presentar tres escenarios para incrementar la productividad para el año 2004. Los escenarios incluyen la eliminación de las ausencias injustificadas, de los retardos y de las salidas temprano, y demás tiempo perdido hasta sumar una hora adicional al día de trabajo efectivo, y un enfoque combinado que eliminaría tanto la ausencia injustificada como los retardos.*

Los escenarios le proporcionan al gerente información acerca de los resultados de diferentes rutas de acción. El siguiente paso lógico es determinar cuál escenario es posible implantar efectuando una investigación operativa para determinar cuál sería la mejor manera de reducir el ausentismo y los retardos.

¿Puede el Programa de Planificación Familiar de Bangladesh satisfacer necesidades cada vez mayores sin necesidad de elevar sus costos?

Barbara Janowitz, Matthew Holtman,
David Hubacher y Kanta Jamil

Bangladesh es una historia de éxito emergente en el campo de la planificación familiar. En 1975, cuando se realizó la primera encuesta nacional, 8 por ciento de las mujeres casadas en edad reproductiva se encontraba practicando la anticoncepción.¹ Para 1983, la proporción había aumentado a 19 por ciento,² y en los diez años subsecuentes esa proporción experimentó un crecimiento de más del doble: alcanzó 45 por ciento en 1993–1994.³

El uso de métodos modernos ha crecido de manera sostenida, de 14 por ciento en 1983 a 36 por ciento en 1993–1994. A los métodos de resuministro (condones, anticonceptivos inyectables y anticonceptivos orales), se atribuye la mayor parte de este crecimiento. Entre 1983 y 1993–1994, por ejemplo, la proporción de mujeres que utilizaba la píldora aumentó de 3 por ciento a 17 por ciento, y la proporción que recurría al uso de métodos inyectables creció de menos de 1 por ciento a 5 por ciento. En contraste, durante el mismo período, la prevalencia de uso del DIU aumentó solamente de 1 por ciento a 2 por ciento, y la prevalencia de la esterilización femenina se incrementó de 6 por ciento a 8 por ciento.

Los métodos anticonceptivos se encuentran disponibles a través de una variedad de fuentes. Los programas de prestación de servicios domiciliarios gubernamentales y no gubernamentales distribuyen métodos de resuministro. Pequeñas instalaciones fijas de salud, conocidas como centros de bienestar familiar, proporcionan métodos de resuministro y DIUs; también existen clínicas satélite (móviles) que se programan una vez al mes en diferentes comunidades para funcionar en instalaciones que ya existen y que también ofrecen estos métodos. Las clínicas de planificación familiar ubicadas en los complejos de salud de los diferentes *thanas* (distritos) ofrecen tanto métodos temporales como esterilización. Dos categorías de trabajadoras ofrecen servicios: las

Reimpreso con autorización de The Alan Guttmacher Institute de *International Family Planning Perspectives* 1997. 23, 5: 116–121, 145.

asistentes de bienestar familiar (trabajadoras de campo) en el programa de prestación de servicios domiciliarios, y las visitadoras de bienestar familiar (trabajadoras clínicas) en los centros de bienestar familiar y los complejos de salud de los *thanas*. Ambos tipos de trabajadoras participan en la prestación de servicios a través de las clínicas satélite.

A medida que la mezcla de métodos ha cambiado, algo similar ha sucedido con la fuente de suministro. Los programas de prestación de servicios domiciliarios distribuyeron 42 por ciento de los métodos de resuministro en 1989, pero ya para 1993–1994 esta proporción había alcanzado 70 por ciento. Durante 1993–1994 se atribuyó a las clínicas una proporción ligeramente menor que la de 1991, mientras que la proporción de las clínicas satélite aumentó ligeramente.⁴

A pesar del gran éxito del programa de planificación familiar, existen inquietudes en el sentido de que su expansión para satisfacer las necesidades de una población creciente y para aumentar la prevalencia anticonceptiva podría implicar costos inaceptablemente altos. Los aumentos en términos de costos podrían resultar más dramáticos en el caso del programa gubernamental de prestación de servicios a domicilio. Este programa emplea a cerca de 4.500 supervisores y a 23.500 trabajadoras de campo, a quienes se les asigna un área geográfica y un número específico de parejas a las que se espera que visiten cada dos meses, independientemente de la elección de método anticonceptivo por parte de la pareja y de su fuente de abasto. Los salarios y las prestaciones anuales para el personal que participa en este programa ascienden a un total de \$23 millones de dólares. (Entre 1987 y 1991, el gobierno contrató a 10.000 nuevas trabajadoras de campo a fin de reducir el número de parejas elegibles de las que cada trabajadora era responsable. No hay duda de que este aumento contribuyó a los cambios tanto en las mezclas de métodos como en las mezclas de fuentes⁵).

En el programa de base clínica, que cubre a cerca de 3.000 centros de bienestar familiar y a 350 clínicas en complejos de salud de *los thanas*, los salarios y las prestaciones para el personal que presta los servicios y para el de apoyo ascienden a un total de más de \$7 millones de dólares anuales. Es importante asegurarse de que todas las instalaciones y el personal se utilicen de la manera más productiva posible para evitar la construcción innecesaria de nuevas instalaciones o la contratación de personal adicional en sitios ya existentes, lo cual podría incrementar los costos. (Como las clínicas satélite operan a través de instalaciones que ya existen, como hogares y escuelas locales, y dado que entre su personal se cuentan trabajadoras de campo y trabajadoras clínicas que reciben un salario regular, estas clínicas no representan costos adicionales para el programa.)

En el presente artículo sintetizamos los hallazgos relativos a costos y productividad tanto de los programas de prestación de servicios domiciliarios

como de los programas clínicos, con el propósito de sugerir maneras en las que los recursos puedan ser utilizados de manera más eficaz. No es posible analizar por separado los dos sistemas de prestación de servicios, ya que se supone que las mujeres reciben visitas domiciliarias por parte de una trabajadora de campo, independientemente de su elección de fuente y de método anticonceptivo. Además, una de las funciones más importantes de la asistente de bienestar familiar es la de motivar a las clientes para que utilicen métodos clínicos y ofrecerles consejería acerca de sus efectos colaterales; por lo tanto, los costos de suministrar métodos clínicos incluyen los costos asociados con el programa de prestación de servicios domiciliarios.

Diversos estudios previos han suministrado información valiosa acerca de los costos del programa de planificación familiar de Bangladesh.⁶ Estos estudios han utilizado un enfoque “de arriba hacia abajo”, empleando básicamente datos de nivel macro para obtener una imagen más amplia de los costos del programa. Esta estrategia tiene la desventaja de suministrar muy poca información acerca de las operaciones en el nivel de la prestación de servicios que permita identificar oportunidades para mejorar la eficacia del sistema. Existen otros estudios que han recolectado datos observacionales en el nivel micro (una perspectiva “de abajo hacia arriba”) y que abordan la cuestión de la productividad de los prestadores de servicios.⁷ Tales estudios han sido útiles para documentar las actividades de trabajo, pero no ofrecen información en cuanto a costos o acerca de los ahorros potenciales que podrían obtenerse a través de cambios en las estrategias de trabajo.

Nuestros análisis abordan la relación entre los costos y la productividad a nivel del prestador, y el efecto que ejerce sobre los costos disponer de sistemas superpuestos de prestación de servicios. El impacto de incrementar la productividad del prestador se examina tanto a nivel de la unidad de servicio básica (los costos por año-protección-pareja si el personal clínico y el de prestación de servicios domiciliarios aumentaran su esfuerzo de trabajo), como a nivel agregado (los costos de modificar el programa clínico y el programa de prestación de servicios domiciliarios para satisfacer la mayor demanda). La superposición de los sistemas se examina estimando la porción del costo de los métodos clínicos por año-protección-pareja atribuible al programa de visitas domiciliarias.

Métodos

Entre octubre de 1993 y febrero de 1994, se obtuvieron datos acerca del personal de servicio en diferentes tipos de clínicas gubernamentales en áreas rurales. Las instalaciones y los empleados se seleccionaron aleatoriamente en la forma que se describe a continuación.⁸ En cada una de las cuatro “antiguas” divisiones del país (Dhaka, Chittagong, Khulna y Rajshahi), desarrollamos un marco de

muestreo que constaba de *thanas* con un complejo de salud y por lo menos cuatro centros de bienestar familiar. Los *thanas* fueron enumerados según su proximidad entre sí, y se seleccionaron dos en cada división utilizando un procedimiento de muestreo sistemático (selección aleatoria de un *thana* inicial y aplicación de un intervalo de muestreo apropiado). Una vez que se seleccionaba un *thana*, su complejo de salud se incluía en el estudio. Los centros de bienestar familiar en los *thanas* seleccionados se numeraron y luego se seleccionó una muestra aleatoria de cuatro centros en cada *thana*. La inclusión de las clínicas satélite dependía de la selección de los centros de bienestar y los complejos de salud de los *thanas*, y de los horarios de trabajo de las visitadoras de planificación familiar. Para cada uno de los ocho *thanas* seleccionados para la porción clínica del estudio dos *thanas* vecinos se eligieron para la prestación de servicios domiciliarios. Utilizando los ocho *thanas* originales como “anclas”, concentramos el trabajo en una ubicación geográfica dentro de cada división, reduciendo con ello los costos de campo. La selección de los supervisores y las visitadoras de bienestar familiar en cada *thana* se realizó utilizando un procedimiento de muestreo aleatorio simple.

Se realizó un estudio de observación para determinar cómo utilizaba su tiempo el personal clínico y las trabajadoras de campo, y esta información constituyó la base para el cálculo del costo de los servicios por visita. Aunque esta medición es fácil de calcular y comprender, no es una manera muy útil de comparar los costos de diferentes métodos o sistemas de entrega de servicios. Fue por esa razón que examinamos los costos por año-protección-pareja. Esta medición se basa en información acerca de los costos de diferentes tipos de visitas de planificación familiar que tuvieron lugar en el hogar de una mujer o bien en una clínica, los números de las visitas realizadas por las trabajadoras de campo y las tasas de continuación de métodos.

Cálculo de los costos de la visita de planificación familiar

El costo total de una visita incluye los costos de anticonceptivos, suministros, capital y mano de obra. Los costos de los anticonceptivos se obtuvieron a través de la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos y el FNUAP. Los costos de capital y suministros, lo mismo que los costos de construcción, se obtuvieron de las órdenes de compra del gobierno.

Para determinar cómo distribuían su tiempo las trabajadoras, comenzamos por extraer información de sus bitácoras a fin de desarrollar un patrón de trabajo mensual. Se utilizaron las bitácoras de 64 trabajadoras de campo y 48 trabajadoras clínicas para calcular el número de días dedicados a diferentes actividades (visitas domiciliarias, trabajo en clínicas satélite, reuniones y capacitación, permisos anuales para ausentarse, y servicios relacionados con

aspectos de la atención a la salud diferentes a los de la planificación familiar, como sería el caso de campamentos de inmunización).

En segundo lugar, se vigiló a 32 asistentes de bienestar familiar y a 16 supervisores con el propósito de determinar el número de días de ausencia no autorizada en un mes típico.^a Las trabajadoras y los supervisores vigilados trabajaban en diferentes áreas entre sí y en áreas distintas a las de aquellos miembros del personal cuyas bitácoras se habían revisado. (Lo anterior fue para asegurar que ningún trabajador contribuyera con información para más de un instrumento de recolección de datos.) Los observadores registraron si las trabajadoras salían o no de sus hogares; y tanto a las que salían de su casa como a quienes no lo hacían se les preguntaba qué tipo de trabajo habían realizado o por qué no habían trabajado.

También vigilamos a 36 visitadoras de bienestar familiar (32 en los centros de bienestar familiar y cuatro en complejos de salud de los *thana*). Los observadores asignados a las clínicas registraban si las trabajadoras llegaban a la clínica y cuánto tiempo permanecían en ella; si no se presentaban un día en el que supuestamente debían encontrarse en la clínica, los observadores hablaban con otro personal clínico para ver si conocían el motivo de la ausencia.

En tercer lugar, con el conocimiento de los trabajadores se llevó a cabo un estudio de observación para determinar qué tipos de actividades se realizaban a lo largo del día de trabajo. De nuevo, las asistentes de bienestar familiar y los supervisores seleccionados trabajaban en áreas diferentes entre sí, al igual que en áreas diferentes a las de aquellos trabajadores incluidos en el estudio de vigilancia. Un grupo de observadoras capacitadas acompañó a 64 asistentes de bienestar familiar al campo, un promedio de tres días por cada una, y registró su tiempo de recorrido, al igual que el transcurrido entre los diferentes hogares visitados, el número de mujeres con las que habían entrado en contacto, la duración de esos contactos con las clientes, y si habían suministrado algún método anticonceptivo o información sobre planificación familiar o salud materno-infantil. Las observadoras también acompañaron a 16 supervisores al campo, cada una durante dos días, y registraron cuánto tiempo invertían en las visitas de campo y en actividades de tipo administrativo, y cuánto tiempo estaban desocupadas.

Las observadoras pasaron seis días registrando las actividades realizadas por 32 trabajadoras clínicas (16 en centros de bienestar familiar y 16 en complejos de salud de *thana*), incluyendo los diversos tipos de servicios de planificación familiar, salud materno-infantil y demás servicios de salud. También obtuvieron información acerca de actividades no relacionadas de manera específica con las visitas de las clientes, tales como tareas administrativas, el tiempo dedicado a recesos para ir al baño y tomar té, y el tiempo que pasaron

sin realizar actividad alguna (tiempo de ocio, tiempo con amigos o con la familia, y ausencias durante períodos breves por motivos personales). Ni el estudio de observación ni el componente de vigilancia incluyeron a los supervisores de las trabajadoras clínicas, dado que éstos no trabajan en las clínicas y su papel es de menos interés para los diseñadores de políticas.

Por último, se obtuvo información acerca de los salarios y las prestaciones de las trabajadoras de campo y las trabajadoras clínicas a través de las instalaciones gubernamentales seleccionadas.

Cálculo de los costos del uso de métodos

Para calcular el costo de un año-protección-pareja, sumamos los costos tanto de las visitas domiciliarias como de las visitas clínicas asociadas con la aceptación y el uso de un método. Por ejemplo, una mujer puede recibir una visita domiciliaria durante la cual la asistente de bienestar familiar la motive a utilizar anticonceptivos orales, otra visita en la cual acepte usar la píldora, y visitas posteriores para recibir nuevos suministros o para obtener información de seguimiento. O bien puede suceder que una mujer haya sido motivada por una trabajadora de campo, pero que acuda a una clínica para recibir sus píldoras y luego obtenga nuevos suministros a través de la trabajadora de campo. Todos estos costos están incluidos.

Posteriormente, y con el fin de estandarizar los costos del uso del método en función de unidades de un año, determinamos la mediana de meses durante los cuales una mujer que utilizaba cada uno de los métodos se encontraba protegida contra el riesgo de embarazo. En el caso de los métodos temporales, calculamos el número mediano de meses aplicando técnicas de tabla de vida a tasas de continuación de 12 meses; en el caso de la esterilización femenina, utilizamos la diferencia entre la edad de 45 años y la edad promedio para aceptación suministrada por la Encuesta Demográfica y de Salud (DHS por sus siglas en inglés) de 1993-1994.⁹

Resultados

Costos de las visitas domiciliarias

Durante los días en los que se realizó la vigilancia, una cuarta parte de las asistentes de bienestar familiar, y más de la mitad de los supervisores, no trabajaron, aunque no contaban con una autorización para ausentarse; entre las 24 asistentes de bienestar familiar que salieron de sus casas para ir a trabajar, el tiempo promedio dedicado a laborar, o el que pasaron fuera de su hogar, fue de 3,25 horas. Los hallazgos que obtuvimos mediante el componente de observación del estudio muestran que en los días en que las trabajadoras de campo acudían a él dedicaron un promedio de 3,75 horas a trabajar. De esta forma, parecería que las

trabajadoras de campo laboraban durante más horas si sabían que se les estaba observando. (Aunque los días de trabajo de las asistentes de bienestar familiar se encuentran estipulados, el número de sus horas de trabajo diarias no lo está; sin embargo, cinco o seis horas por día es un máximo razonable para mujeres que trabajan en áreas rurales¹⁰). Las trabajadoras dedicaban casi dos terceras partes de su tiempo a desplazarse, y aproximadamente un tercio de su tiempo lo pasaban con las clientes. En estudios más pequeños se han reportado resultados similares.¹¹

En conjunto, la proporción de los costos relacionados con la planificación familiar equivale a \$52 dólares (78 por ciento) del salario mensual de cada trabajadora de campo (cuadro 1). De este total, 48 por ciento corresponde al tiempo dedicado a hacer visitas domiciliarias, 11 por ciento al tiempo dedicado a reuniones o a la elaboración de reportes, y el 41 por ciento restante se encuentra distribuido en partes iguales entre los permisos para faltar y las ausencias no autorizadas. En el caso de los supervisores, cuyo trabajo está dedicado por completo a apoyar los servicios de planificación familiar, los costos mensuales equivalen a un total de \$68 dólares. Los supervisores dedicaban únicamente una tercera parte de sus días a trabajar; aproximadamente 44 por ciento de su salario corresponde a ausencias no autorizadas.

En el caso de las asistentes de bienestar familiar, el costo por tiempo unitario correspondiente a visitas domiciliarias se calculó dividiendo cada una de las categorías de costos enumeradas en el cuadro 1 por el número de minutos al mes que las trabajadoras de campo dedicaron a hacer visitas domiciliarias. El promedio de las visitas estaba cercano a cuatro minutos de duración;^b al añadir el tiempo de recorrido, el componente de mano de obra aumentó a 12 minutos por visita. Los costos de las visitas (que no se muestran) oscilan entre \$0,25 y \$0,40 dólares, aproximadamente.

Cuadro 1. Costos de mano de obra mensuales y distribución porcentual de costos asociados con la prestación de servicios de planificación familiar, por actividad y de acuerdo con el tipo de trabajador, programa de prestación de servicios domiciliarios, Bangladesh, 1993-1994

Actividad	Trabajadora de campo		Supervisor	
	Costo	Por ciento	Costo	Por ciento
Total	\$52,11	100,0	\$68,03	100,0
Tiempo de trabajo	30,78	59,1	24,30	35,7
Visita domiciliaria	25,15	48,3	0,00	0,0
Reuniones, elaboración de reportes	5,63	10,8	0,00	0,0
Administración	0,00	0,0	24,30	35,7
Tiempo que se ausentó	21,33	40,9	43,73	64,3
Autorizado	10,75	20,6	14,00	20,6
No autorizado	10,58	20,3	29,73	43,7

Cuadro 2. Costos mensuales de mano de obra y distribución porcentual de costos asociados con la prestación de servicios de planificación familiar por trabajadoras clínicas, por actividad

Actividad	Costo	Por ciento
Total	\$15,80	100,0
Días en la clínica	8,92	56,3
Prestación de servicios	2,87	18,2
Reuniones, capacitación	2,09	13,2
Indirectos de personal*	0,32	2,1
Tiempo desocupado†	2,02	12,8
Llega tarde, se marcha temprano‡	1,62	10,3
Días que no asistieron a las clínicas	6,88	43,6
Reuniones, capacitación	1,29	8,2
Permiso autorizado para faltar	3,62	22,9
Permiso no autorizado para faltar	1,97	12,5

* Incluye tiempo para comer, tomar té e ir al baño. † Incluye tiempo desocupado, ausencias por periodos de tiempo cortos por motivos personales y tiempo pasado con amigos o con la familia. ‡ Diferencia entre 5.5 horas y el tiempo real pasado en la clínica.

Costos de las visitas a las clínicas

Una de cada cinco visitadoras de bienestar familiar a las que se había programado observar no se presentó a trabajar. Durante los días en los que este personal trabajó estuvo cerca de 4,5 horas en la clínica; de este tiempo, 1,8 horas estuvieron con clientes, incluyendo 38 minutos con clientes de planificación familiar. Las visitadoras de planificación familiar dedicaron aproximadamente 1,5 horas a tareas de apoyo y tuvieron un promedio de 1,3 horas diarias en las que estaban desocupadas. De la misma forma en que sucede con las trabajadoras de campo, el número de horas de trabajo diario no aparece especificado en la descripción de puesto de las trabajadoras clínicas; pero 5,5 horas parece ser un mínimo razonable;¹² por lo tanto, la hora de diferencia se clasifica como si la visitadora “no estuviera en [la clínica]”.

Aproximadamente \$16 dólares (25 por ciento) de los salarios y las prestaciones de las visitadoras de bienestar familiar cubren actividades de planificación familiar. De esta cantidad, un poco más de la tercera parte corresponde al tiempo que las trabajadoras están desocupadas (13 por ciento); al tiempo que no se encuentran en la clínica porque llegaron tarde o se fueron a casa temprano (10 por ciento); o porque faltaron sin permiso (13 por ciento); únicamente 18 por ciento corresponde al tiempo dedicado a prestar servicios de planificación familiar a clientes; el resto corresponde a gastos administrativos generales, reuniones y capacitación, y permisos para ausentarse (cuadro 2).

Las visitas clínicas de planificación familiar promediaron aproximadamente siete minutos de duración. El costo de la mano de obra relacionada con estas visitas varía de cerca de \$0,37 a \$1,69 dólares. El costo total (incluyendo mano de obra, anticonceptivos, suministros y capital) oscila entre \$1,15 y \$3,42 dólares.

Cuadro 3. Costos por año-protección-pareja de anticonceptivos orales, según tipo de costo, de acuerdo con el lugar en el que se suministró el método inicialmente

Tipo de costos	Visita domiciliaria		Centro de bienestar familiar	
	Costo	Por ciento	Costo	Por ciento
Total	\$5,80	100,0	\$6,39	100,0
Visita de aceptación a la clínica	n.a.	n.a.	0,70	11,0
Visita domiciliaria	3,05	52,6	2,94	46,0
Motivación	0,40	6,9	0,40	6,3
Aceptación	0,45	7,8	n.a.	n.a.
Nuevos suministros	2,20	37,9	2,54	39,7
Anticonceptivos	2,75	47,4	2,75	43,0

Nota: n.a. = no se aplica.

Costos por año-protección-pareja

Aunque se supone que las clientes reciben seis visitas anuales por parte de las asistentes de bienestar familiar, en realidad reciben, en promedio, 3,6 visitas.^c Nuestros datos no muestran cómo es que el número de visitas varía por método. Sin embargo, utilizando la información de los patrones de visita mostrados por la DHS, estimamos que el número de visitas anual varía de dos, en el caso de las aceptantes de esterilización femenina, a siete, en el caso de mujeres aceptantes de métodos anticonceptivos orales.^d

Efecto de la superposición de los sistemas de prestación de servicios. Es probable que aquellas mujeres que utilizan métodos clínicos, o que obtienen nuevos suministros de métodos de una fuente que no es una trabajadora de campo, no requieran de seis visitas domiciliarias al año. Por lo tanto, una manera de bajar los costos es reduciendo el número de visitas domiciliarias realizadas a estas mujeres.

En el cuadro 3 se ilustra de qué manera se superponen los costos de prestación de los servicios en las clínicas y los de la prestación a domicilio. En el caso de la píldora, los costos por año-protección-pareja equivalen a un total de \$5,80 dólares si el método lo ofrece inicialmente una trabajadora de campo, y a \$6,39 dólares si lo ofrece inicialmente una clínica. La mayor parte del costo más alto es atribuible a la inclusión de la visita de aceptación a la clínica, ya que todas las usuarias de píldoras reciben el mismo número de visitas domiciliarias, independientemente del lugar en el que obtengan el método. De esta forma, la superposición aumenta los costos.

Efecto de aumentar la productividad. En el caso de las asistentes de bienestar familiar, el análisis abordó la cuestión de lo que sucedería con los costos y el número de visitas si las trabajadoras de campo aumentaran el número de sus días de trabajo eliminando las ausencias no autorizadas, o si aumentarían su tiempo de trabajo en una hora diaria en los días de visita.^e

Cuadro 4. Número de visitas mensuales realizadas por una trabajadora de campo, y costo por año-protección-pareja en el caso de los métodos anticonceptivos orales suministrados por trabajadoras de campo, suponiendo diversos cambios para aumentar la productividad

Tipo de costo	Sin cambio	Sin ausencias autorizadas	Una hora adicional diaria de trabajo de campo	Hora adicional y eliminación de ausencias no autorizadas
Visitas al mes	219	293	312	417
Costos totales	\$5,80	\$5,26	\$5,10	\$4,72
Mano de obra	3,05	2,51	2,35	1,97
Trabajadora de campo	2,41	1,97	1,86	1,55
Supervisor	0,64	0,54	0,49	0,42
Anticonceptivos	2,75	2,75	2,75	2,75

La eliminación de las faltas no autorizadas le añadiría 6,2 días de trabajo al mes a cada trabajadora de campo, distribuidos de manera uniforme a lo largo de sus actividades mensuales. Este cambio por sí solo incrementaría el número de visitas mensuales por trabajadora de campo de 219 a 293 y, en el caso de los métodos anticonceptivos orales, reduciría el costo de la mano de obra por año-protección-pareja en 17 por ciento, de \$3,05 a \$2,51 dólares (cuadro 4). De manera alternativa, una hora adicional de trabajo de campo por día aumentaría el número de visitas mensuales a 312 y haría que el costo de la mano de obra se redujera a \$2,35 dólares. La combinación de eliminar las faltas no autorizadas y añadir una hora de trabajo casi duplicaría el número de visitas mensuales (a 417) y disminuiría el costo de la mano de obra por año-protección-pareja en cerca de una tercera parte (a \$1,97 dólares).

En el caso de las clínicas, para fines ilustrativos optamos por evaluar el impacto de un aumento en la demanda de servicios respaldado por un incremento de 50 por ciento en el tiempo de trabajo en los centros de bienestar familiar. En el cuadro 5 se muestra que el costo por año-protección-pareja de las visitas clínicas relacionadas con el DIU disminuiría en una tercera parte aproximadamente, de \$1,94 a \$1,32 dólares, debido a que los costos de capital y de mano de obra producirían un volumen más alto de visitas, disminuyendo con ello los costos promedio de capital y de mano de obra por visita.

La reducción total de los costos por año-protección-pareja sería únicamente de 14 por ciento (de \$4,54 a \$3,92 dólares), en gran parte debido a que un importante componente del costo, las visitas domiciliarias, permanecería inalterado. (El costo de los anticonceptivos también seguiría siendo el mismo). Los costos de mano de obra son más altos en el caso de las visitas realizadas a los hogares de las aceptantes de DIU que en el caso de las visitas realizadas por las aceptantes a las clínicas. Las visitas de seguimiento realizadas a los hogares de las mujeres representan 39 por ciento del costo por año-protección-pareja en

Cuadro 5. Costo por año-protección-pareja en el caso del DIU, y costo proyectado si el tiempo de las trabajadoras clínicas dedicado a la prestación de servicios aumentara en 50 por ciento, por tipo de costo

Tipo de costo	Actual	Proyectado
Total	\$4,54	\$3,92
Clínica	1,94	1,32
Mano de obra	1,02	0,68
Aceptación	0,59	0,39
Seguimiento	0,16	0,11
Retiro	0,27*	0,18
Suministros	0,08	0,08
Capital	0,84	0,56
Visita domiciliaria	2,02	2,02
Motivación	0,24	0,24
Seguimiento	1,78	1,78
Anticonceptivos	0,58	0,58

* Calculado con base en el tiempo promedio para retiro observado en el centro de salud de *thana*.

el cálculo de línea base. Como algunas usuarias de DIU recibirán servicios de seguimiento de las clínicas, esto demuestra el efecto de la superposición de los sistemas.

Proyección de costos hacia el año 2004

Una importante inquietud del gobierno de Bangladesh y de los donantes es cómo poder cumplir con los costos proyectados del programa de prestación de servicios domiciliarios, y de qué modo modificar el programa a fin de que satisfaga eficazmente las necesidades del país. Para proyectar los costos hacia el año 2004 examinamos una variedad de escenarios haciendo suposiciones diversas relacionadas con mejoras en la eficiencia.

Todos los escenarios suponen que entre los años 1994 y 2004 el número de parejas en edad reproductiva crecerá en 40 por ciento aproximadamente, de 22 millones a 31 millones, y que el programa gubernamental continuará llegando a 77 por ciento de las parejas. También suponen que la mezcla de métodos y, por lo tanto, el número de visitas por pareja por año, seguirán siendo constantes.^f Los resultados de estas diferentes suposiciones se muestran en el cuadro 6.

En el primer escenario, asumimos que el programa crecerá de forma proporcional con el número de parejas elegibles. El resultado sería un personal de 32.861 asistentes de bienestar familiar y 6.295 supervisores (en comparación con 23.500 y 4.500, respectivamente, en 1994), y prestaciones y salarios anuales por un total de \$33 millones de dólares (en comparación con los \$23 millones anteriores).

El siguiente escenario examina los efectos de la eliminación de las ausencias no autorizadas. Suponiendo que la cantidad de tiempo de contacto dedicado a cada cliente siga siendo constante, este cambio conduciría a un

Cuadro 6. Características del programa de prestación de servicios domiciliarios, 1994, y proyecciones de características para el año 2004, suponiendo varios cambios para aumentar la productividad

Característica	2004				
	1994	Sin ningún cambio	Sin ausencias no autorizadas	Hora adicional de trabajo por día	Con hora adicional y sin ausencias no autorizadas
Núm. de días de visitas domiciliarias por mes por trabajadora de campo	11,4	11,4	15,4	11,4	15,4
Núm. de visitas domiciliarias por día por trabajadora de campo	19	19	19	27	27
Núm. de visitas domiciliarias por año por trabajadora de campo	2.599	2.599	3.511	3.694	4.990
Núm. de visitas domiciliarias realizadas por todas las trabajadoras de campo (en millones)	61,1	85,4	85,4	85,4	85,4
Núm. de parejas (en millones)*	16,9	23,7	23,7	23,7	23,7
Núm. de visitas por pareja por año	3,61	3,61	3,61	3,61	3,61
Núm. de parejas por trabajadora de campo	719	720	973	1.023	1.382
Núm. de trabajadoras de campo	23.500	32.861	24.326	23.124	17.118
Núm. de supervisores	4.500	6.295	4.660	4.430	3.279
Total de salarios y prestaciones (en millones de dólares)	23,5	32,9	24,3	23,1	17,1

* Los escenarios suponen que el número de parejas crecerá de 22 millones en 1994 a 31 millones en el año 2004, y que el programa del gobierno continuará llegando a 77 por ciento de las parejas.

aumento en el número anual de visitas domiciliarias realizadas por cada asistente de bienestar familiar de 2.599 a 3.511. Se supone que el número de visitas realizadas por año a cada pareja sería el mismo; en consecuencia, el número de asistentes de bienestar familiar y de supervisores aumentaría sólo ligeramente, y el cambio en términos de costos sería pequeño. Sin embargo, el número de parejas elegibles por las que cada asistente de bienestar familiar sería responsable aumentaría a 973 (en comparación con 719 en 1994).

Otro escenario supone que las asistentes de bienestar familiar aumentan el número de horas diarias de trabajo de cuatro a cinco, pero que no aumenta el número de días que trabajan. Los resultados son similares a los del escenario anterior, en el sentido de que los costos totales proyectados de los salarios y las prestaciones serían casi idénticos a los que se tuvieron en 1994.

Por último, examinamos el impacto tanto de eliminar las ausencias no autorizadas como de incrementar el número de horas trabajadas por día. Bajo este escenario, los costos de los salarios y las prestaciones para el año 2004 (\$17 millones de dólares) serían considerablemente menores en comparación con los de 1994. Sin embargo, el número de parejas elegibles por asistente de bienestar familiar casi se duplicaría para llegar a 1.382.

Otra inquietud es si valdría la pena incrementar el número de clínicas que ofrecen servicios a mujeres en áreas rurales. Para abordar este aspecto analizamos la medida en la que se podría utilizar la capacidad excedente de las clínicas para expandir los servicios sin necesidad de construir nuevas instalaciones.^g Se calculó el número mensual de visitas con los niveles actuales de productividad, y luego se proyectó la cifra bajo el supuesto de un mayor número de horas de trabajo. Nosotros asumimos que una parte del tiempo de trabajo que se observó, que actualmente se pasa sin hacer nada o bien fuera de la clínica, se utilizaría para ofrecer servicios a los clientes.

Estimamos que el número actual de visitas por mes es de 29,8 en los centros de bienestar familiar, de 18,8 en los complejos de salud de *thana* y de 43,3 en las clínicas satélite. Utilizando información proveniente de las observaciones en las clínicas acerca de la forma en la que se distribuye el tiempo de las trabajadoras entre las diferentes actividades, proyectamos que, con el supuesto incremento en términos de eficiencia, estos números aumentarían a 57,1, 23,7 y 65,8, respectivamente.

En el cuadro 7 se muestran los números proyectados y estimados de visitas agregadas por mes para todas las clínicas rurales.^h En la actualidad, las visitadoras de bienestar familiar que trabajan en clínicas rurales realizan más de 1,6 millones de visitas; el número potencial de visitas se incrementaría a 2,9 millones si se usara el tiempo desocupado para ofrecer servicios a clientes, suponiendo que el tiempo de contacto por cliente siguiera siendo constante. De esta forma, el número de visitas adicionales generadas por mes depende exclusivamente de la cantidad de tiempo no utilizado en cada tipo de clínica.

Suponiendo una tasa de prevalencia anticonceptiva inalterada, la demanda total proyectada para el año 2004 sería de 2,3 millones de visitas, o aproximadamente 80 por ciento del número de visitas proyectado, si aumentara la productividad. Sin embargo, si suponemos un incremento en la tasa de prevalencia anticonceptiva, la demanda proyectada aumenta ligeramente por

Cuadro 7. Número de visitas a clínicas realizadas en 1994 y número que se realizaría si se redujera el tiempo no ocupado; y proyección del número de visitas requeridas en el año 2004, por tendencia en tasa de prevalencia anticonceptiva; todo según el tipo de clínica

Tipo de clínica	Realizadas en 1994		Requeridas en 2004	
	Reales	Con reducción de tiempo no ocupado	Prevalencia constante	Prevalencia incrementada*
Total	1.641.740	2.912.052	2.298.436	3.146.548
Centro de bienestar familiar	1.110.364	2.125.673	1.554.509	2.128.116
Complejo de salud de <i>thana</i>	81.806	103.065	114.528	156.789
Clínica satélite	449.570	683.315	629.398	861.643

* Suponemos que la prevalencia aumentará de 46 por ciento a 63 por ciento (ver A. Barkat y cols., *Strategic Directions for the Bangladesh National Family Planning Program, 1995-2005*, Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, Dhaka 1996); que la demanda de servicios que no sean de planificación familiar aumentará en proporción a la demanda de servicios de planificación familiar, y que la mezcla de métodos permanecerá inalterada.

encima del número proyectado de visitas a 3,1 millones. No obstante, tomando en consideración que se hicieron suposiciones bastante conservadoras en lo que respecta al aumento en la productividad (ninguna reducción en el número de ausencias no autorizadas, ninguna disminución en el tiempo que se dedica a tareas administrativas y únicamente 50 por ciento del tiempo no ocupado utilizado para visitas), incluso con un aumento en la prevalencia anticonceptiva el número de clínicas existente debería poder dar cabida al aumento en la demanda.

Discusión

Antes de comentar las implicaciones de nuestros resultados, debemos señalar algunas de las limitaciones del estudio. Nuestras estimaciones de productividad dependían de observaciones secretas tanto de las prestadoras de servicios clínicos como de las trabajadoras de campo. Aunque la muestra para estas observaciones se seleccionó de manera aleatoria, su tamaño es relativamente pequeño. Algunas de las trabajadoras que fueron observadas de manera secreta se dieron cuenta de que se les estaba observando, y es posible que ello haya modificado su conducta; es probable, por ejemplo, que algunas trabajadoras de campo hayan salido de su casa y hayan ido a trabajar, aunque tal vez no lo hubieran hecho de no existir esas circunstancias.

De manera similar, es probable que al ser acompañadas al campo u observadas en las clínicas los niveles de desempeño de las trabajadoras hayan sido más altos si tenían algún interés en impresionar a la observadora. En consecuencia, es probable que nuestros resultados muestren una imagen de la productividad y los costos más optimista de lo que sería la norma. Sin embargo,

tal como ya hemos apuntado, los hallazgos en el caso de las observaciones en las que las asistentes de bienestar familiar fueron acompañadas al campo son similares a las que han resultado de otros estudios.

Otra limitación potencial es que los costos proyectados del programa de prestación de servicios domiciliarios dependen del supuesto de que la mezcla de métodos permanecería constante. Sin embargo, aun si hubiera cambios en la mezcla de métodos, los costos anticonceptivos cambiarían, pero los costos de la mano de obra continuarían siendo los mismos —siempre y cuando no se contrataran trabajadores adicionales.

El aumento en la tasa de prevalencia anticonceptiva a lo largo de los últimos años se debe en gran parte al crecimiento del programa de prestación de servicios domiciliarios. Al mismo tiempo, ese crecimiento también ha contribuido, sin duda alguna, a la disminución proporcional en el uso de métodos de acción prolongada y permanentes, y a la falta de uso de las clínicas. Ahora que el programa va madurando, es necesario considerar las diversas formas en las que podría mejorarse, incluyendo cambios tanto en el programa de prestación de servicios en las clínicas como en el de prestación de servicios a domicilio.

Aunque el aumento en el uso de métodos anticonceptivos ha conducido a una disminución en la tasa de fecundidad total, de 6,3 nacimientos por mujer a mediados de la década de 1970 a 4,2 en 1990,¹³ la población continuará creciendo de manera significativa en el transcurso de la próxima década. Si se mantiene la estructura actual del programa, para el año 2004 se requerirán 32.861 asistentes de bienestar familiar y 6.295 supervisores. Tomando en consideración que es poco probable que los recursos de los donantes se mantengan a la par de los costos, será necesario tomar decisiones orientadas a reducir éstos al mismo tiempo que se mantiene la calidad de la atención. Es por ello que el gobierno de Bangladesh necesita considerar la manera de fortalecer su administración con el fin de aumentar los niveles de desempeño de las trabajadoras de campo y los supervisores.

Nuestros cálculos muestran que si las trabajadoras de campo incrementaran el número de días y horas trabajados, los costos del programa podrían permanecer en el nivel actual (o incluso disminuirían) en el transcurso de los próximos diez años. Una pregunta importante es si estos cambios son realistas en tanto que suponen un esfuerzo de trabajo mayor por parte de las trabajadoras de campo. Una manera de responder a esta pregunta es comparar a las trabajadoras de campo gubernamentales con las trabajadoras de campo de organizaciones no gubernamentales que perciben salarios similares. Las trabajadoras de campo empleadas por organizaciones no gubernamentales tienden menos a ausentarse sin autorización y, por lo tanto, dedican más días a realizar visitas domiciliarias que las trabajadoras gubernamentales.¹⁴ Lo anterior

sugiere que no es irrazonable esperar que las trabajadoras de campo trabajen días adicionales. Además, las asistentes de bienestar familiar pueden incrementar el número de parejas elegibles de las que son responsables visitando más parejas por día.

No sólo es necesario fortalecer la administración; también existen aspectos técnicos relacionados con el trabajo apropiado de la asistente de bienestar familiar que requieren de atención. Por ejemplo, considerando que las asistentes de bienestar familiar dedican una gran proporción de sus días de trabajo a viajar, deben considerarse estrategias de prestación de servicios alternativas que permitan reducir el tiempo de desplazamiento y aumentar el tiempo de contacto con los clientes.

Una de tales estrategias sería un sistema para agrupar visitas a clientes concentrados en una localidad. Otra estrategia sería que las asistentes de planificación familiar reorganizaran sus planes de trabajo orientándolos a subgrupos de clientes específicos que tengan una mayor necesidad de sus servicios. Por ejemplo, podría hacerse contacto menos frecuente con aquellas mujeres que obtienen sus píldoras o condones a través de una fuente que no es la asistente de bienestar familiar, o con las clientes que sean usuarias establecidas de métodos de resuministro. Aquellas mujeres que utilizan métodos clínicos, especialmente quienes han sido esterilizadas, no necesitan ser visitadas tan a menudo.

Una reducción en el tiempo dedicado a visitar a aquellas mujeres que requieren de menos atención permitirá dedicar más tiempo a las no usuarias, a las nuevas usuarias y a aquellas usuarias que presenten efectos colaterales y otros problemas. El gobierno deberá considerar una revisión de los lineamientos relativos a las visitas para reducir el número de visitas requeridas en el caso de las usuarias de métodos particulares.

Durante los últimos años, el número de centros de bienestar familiar ha aumentado y el uso de métodos de acción prolongada se ha estancado. En consecuencia, existe una capacidad subutilizada en el programa de clínicas. De ahí que las instalaciones que ya existen pueden continuar dando cabida a la demanda de las clientes a medida que la población de mujeres en edad de procrear aumente, siempre y cuando las mujeres tengan un acceso razonable a estas instalaciones. Las decisiones relacionadas con la expansión de las clínicas deberán tomar en consideración que, a corto plazo, estas instalaciones estarán subutilizadas. Además, la oferta de métodos de acción prolongada puede ser expandida a bajo costo haciendo uso del tiempo no ocupado de las visitadoras de bienestar familiar. Por lo anterior, una inquietud importante del programa es cómo alentar la aceptación y el uso continuo de los métodos de acción prolongada.

La existencia de dos sistemas de prestación de servicios superpuestos tiene importantes implicaciones para los costos de la provisión de servicios de planificación familiar. Los esfuerzos por reducir los costos por año-protección-pareja deberán considerar lo anterior. Por ejemplo, las aceptantes de métodos en las clínicas también reciben visitas en su casa, y los costos de las visitas domiciliarias representan una parte importante de los costos totales por año-protección-pareja. Si se redujera el número de visitas domiciliarias en el caso de las aceptantes de métodos clínicos, disminuirían los costos por año-protección-pareja. Sin embargo, esta reducción de la superposición no llevaría a ninguna reducción en los costos generales por año-protección-pareja en el caso del programa de visitas domiciliarias, a menos que el tiempo ahorrado por las asistentes de bienestar familiar se utilizara en acciones que permitan incrementar el uso de anticonceptivos y las tasas de continuación; o bien que se redujera el número de asistentes de bienestar familiar.

La estructura actual del programa de planificación familiar ha tenido un éxito notable. El programa ha aumentado de manera significativa el nivel de información y el uso de los servicios de planificación familiar. Además, la expansión del programa de prestación de servicios domiciliarios ha llevado a mejoras significativas en el uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, aún existen retos, especialmente en lo que se refiere a ofrecer servicios a un número cada vez mayor de mujeres casadas en edad reproductiva, bajo condiciones de recursos cada vez menores. El presente artículo apunta hacia áreas que pueden ser mejoradas y a estrategias que pueden utilizarse para reducir costos. Los cambios en las estrategias y en la estructura del programa deberían permitirle a Bangladesh obtener beneficios en el uso de anticonceptivos mientras se incrementa el uso de métodos de acción prolongada sin incurrir en aumentos significativos en los costos del programa.

Notas

- a. Todas las estrategias de recolección de datos para este estudio fueron aprobadas por un comité de dirección/revisión, dirigido e integrado en su mayor parte por funcionarios del gobierno de Bangladesh, uno de los principales patrocinadores del estudio. Los nombres de las trabajadoras vigiladas no se utilizaron jamás en las formas para recolección de datos a fin de proteger su identidad.
- b. Más de tres cuartas partes de las visitas tuvieron una duración de menos de cinco minutos. Más de la mitad de las visitas a las aceptantes de métodos duró más de cuatro minutos, en comparación con menos de la tercera parte en el caso de las visitas a no usuarias o a usuarias que continuaban usando el método.
- c. En 1993-1994, existían en Bangladesh aproximadamente 22 millones de parejas en edad reproductiva. Al mismo tiempo, existían cerca de 30.000 trabajadoras dedicadas a actividades de extensión, de los cuales 77 por ciento era asistente de bienestar familiar del gobierno y 23 por ciento empleados de organizaciones no

gubernamentales. Suponiendo que las trabajadoras de campo gubernamentales cubrieran el equivalente a 77 por ciento, o 17 millones de parejas elegibles, entonces se realizaron 101 millones de visitas, o 4.409 por asistente de bienestar familiar. Las bitácoras de las trabajadoras de campo indicaban que éstas pasaban 15,4 días en el campo cada mes; de esta forma, necesitarían hacer un promedio cercano a 24 visitas al día para ver a cada cliente cada dos meses. Nuestros datos muestran que las trabajadoras de campo realizaron aproximadamente 19 visitas por día y que pasaban aproximadamente 11,4 días al mes en el campo. Por lo tanto, lo más probable es que visiten a la cliente promedio 3,6 veces al año, o una vez cada 3,5 meses.

- d. Cálculos basados en datos de la DHS sugieren que el número anual de visitas promedio es de 2,5 (variando de menos de dos entre las aceptantes de esterilización, a aproximadamente cinco en los casos de las usuarias de métodos anticonceptivos orales o inyectables). Nosotros “inflamos” las estimaciones específicas por método, de modo que promediaran 3,6, el número anual estimado con base en nuestros hallazgos, y utilizamos los promedios específicos por método ajustados para calcular el costo de las visitas de seguimiento asociadas con cada método.
- e. De manera alternativa, las trabajadoras de campo podrían pasar más tiempo con cada cliente.
- f. Hemos supuesto lo anterior a fin de simplificar el cálculo de los costos. Sin embargo, conforme la población se incrementa y aumenta la prevalencia anticonceptiva, la mezcla de métodos puede continuar cambiando a favor de métodos de reabastecimiento. Dicho cambio probablemente tendría un pequeño impacto, en caso de tener alguno, sobre el número de visitas; aun si las trabajadoras de campo aumentaran el número de visitas que realizan a usuarias de métodos de reabastecimiento, los costos se modificarían solamente si el número de trabajadoras llegara a aumentar.
- g. Nuestro análisis tiene fines ilustrativos únicamente. El ejemplo ignora las diferencias en la distribución del tiempo no productivo por clínica y por hora del día, y no aborda si las clínicas son fácilmente accesibles. Nuestros datos muestran que la usuaria promedio de una clínica rural pasa cerca de una hora en tránsito hacia y desde la clínica. Sin embargo, no contamos con información sobre si el tiempo de recorrido representaba una barrera para aquellas mujeres que no utilizaban las clínicas. (Ver: S. Kabir, “Client Costs for Family Planning Services Delivered at Fixed Clinic Facilities in Bangladesh”, en Population Council, *Key Issues in Family Planning Service Delivery in Bangladesh*, Dhaka, 1997).
- h. Aunque el número estimado de visitas por día es más alto en las clínicas satélite, el total mensual es más alto en los centros de bienestar familiar, ya que las visitadoras de bienestar familiar pasan más tiempo en estas instalaciones que en las clínicas satélite. El aumento proyectado en el total mensual de visitas es mayor para los centros de bienestar familiar, dado que el tiempo disponible para incrementar las visitas es más alto en este tipo de clínica.

Referencias

1. M.N. Islam y M.M. Islam, *Bangladesh Fertility Survey, 1989: Secondary Analysis*, National Institute of Population Research and Training, Dhaka, 1993, pp. 29-72.
2. S.N. Mitra y G.M. Kamal, *Bangladesh Contraceptive Prevalence Survey, 1983: Final Report*, Mitra and Associates, Dhaka, 1985.
3. S.N. Mitra y cols., *Bangladesh Demographic and Health Survey, 1993-1994*, National Institute of Population Research and Training (NIPORT), Mitra and Associates, y Macro International, Calverton, Md., USA, 1994.

4. Ibid.
5. S. Hussain y cols., "Recruiting Appropriate Female Field Workers: Experiences from a National Recruitment Process in Bangladesh," trabajo presentado en la conferencia científica anual del International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (ICDDR,B), Dhaka, 26-28 de oct., 1991.
6. G.B. Simmons, U. Rob y S. Bernstein, "An Economic Analysis of Family Planning in Bangladesh," Department of Population Planning and International Health, University of Michigan, Ann Arbor, Mich., USA, 1986; y G.B. Simmons, D. Balk and K.K. Faiz, "Cost-Effectiveness Analysis of Family Planning Programs in Rural Bangladesh: Evidence from Matlab," *Studies in Family Planning*, 22:83-101, 1991.
7. M.A. Koblinsky y cols., "Helping Managers to Manage: Work Schedules of Field-Workers in Rural Bangladesh," *Studies in Family Planning*, 20:225-234, 1989; S.J.G. Brechin y M.A. Koblinsky, "Quality of Care in Community-Based MCH-FP Programs: The Field Worker's Perspective," ICDDR,B Working Paper No. 56, Dhaka, 1990; Y. Hasan y M.A. Koblinsky, "Work Routine of Female Family Planning Field Workers (FWA) in Rural Bangladesh," trabajo presentado en la conferencia científica anual del ICDDR,B, Dhaka, 26-28 de oct., 1991; y M.A. Rashid y cols., "Determinants of Utilization of Satellite Clinics," NIPORT, Dhaka, 1992.
8. B. Janowitz y cols., "Productivity and Costs for Family Planning Service Delivery in Bangladesh: The GOB Program," Family Health International, Research Triangle Park, N.C., USA, 1996.
9. A. Larson, S. Islam y S.N. Mitra, *Pill Use in Bangladesh: Compliance, Continuation and Unintentional Pregnancies. Report of the 1990 Pill Use Study*, Mitra and Associates, Dhaka, 1991; M.B. Hossain, J.F. Phillips y J.G. Haaga, "The Impact of Fieldworker Visits on Contraceptive Discontinuation in Two Rural Areas of Bangladesh," trabajo presentado en la reunión anual de Population Association of America, Miami, Fla., USA, 5-7 de mayo, 1994; and S.N. Mitra y cols., 1994, op. cit. (ver referencia 3).
10. Y. Hasan y M. Koblinsky, 1991, op. cit. (ver referencia 7).
11. M.A. Koblinsky y cols., 1989, op. cit. (ver referencia 7); y S.J.G. Brechin y M.A. Koblinsky, 1990, op. cit. (ver referencia 7).
12. M.B. Rahman, director, Population, Development and Evaluation Unit, Ministry of Planning, Dhaka, comunicación personal, junio de 1994.
13. S.N. Mitra y cols., 1994, op. cit. (ver referencia 3).
14. B. Janowitz y cols., 1996, op. cit. (ver referencia 8); y —, "Productivity and Costs for Family Planning Service Delivery in Bangladesh: The NGO Program," Family Health International, Research Triangle Park, N.C., USA, 1996.

COMENTARIOS INTRODUCTORIOS

El impacto de la frecuencia de entrega de servicios sobre el rendimiento y la eficacia de un programa de planificación familiar

James R. Foreit, James E. Rosen, Miguel Ramos, Eduardo Mostajo y Rosa Monge

Cuestión programática: *Determinar la frecuencia más costo-efectiva para las visitas de clínicas de los barrios.*

Procesos/componentes programáticos: *La prestación de servicios a través de clínicas de barrios ha sido una característica de múltiples programas de planificación familiar. La frecuencia de las visitas de estas clínicas de barrios constituye un determinante importante de los costos y resultados de este componente del programa. INPPARES, la afiliada peruana de la IPPF, deseaba averiguar cuál era la frecuencia de visitas más costo-efectiva para las clínicas de barrios.*

Diseño de la investigación: *Se empleó un diseño experimental conocido como diseño aleatorio de bloque. Comunidades de igual tamaño de población y otras características fueron asignadas al azar a una de tres intervenciones: visitas a la clínica de barrio una vez a la semana, dos veces al mes y una vez por mes. Las variables dependientes abarcaron el total de visitas, las visitas de planificación familiar, las inserciones del DIU y los costos.*

Hallazgos: *Dependiendo del indicador, las visitas efectuadas quincenalmente produjeron entre 1,5 y 2,1 veces el resultado por sesión que se obtuvo en las sesiones de una vez al mes, y entre 1,3 y 1,6 veces los resultados por sesión que produjeron las sesiones semanales. La frecuencia quincenal fue también entre 7 y 38 por ciento más costo-efectiva que las visitas mensuales y entre 6 y 28 por ciento más costo-efectiva que las visitas semanales.*

Respuestas del programa a los hallazgos: *INPPARES cambió todas las visitas de las clínicas ambulantes a un calendario de dos visitas por mes. Otras ONGs de Perú también adoptaron esta frecuencia de dos veces al mes para sus clínicas de barrios.*

Discusión: *En este caso, el empleo de un diseño experimental no fue ni forzado ni demasiado costoso. Eran mínimos o nulos los motivos para*

confiar en una técnica de investigación menos poderosa. El diseño contemplaba la asignación aleatoria de unidades de estudio similares. Igualar es una técnica común utilizada para asegurar que los grupos son comparables; reduce la probabilidad de que los no residentes de la población en estudio se incluyan solamente en algunos de los grupos experimentales y en otros no. La técnica es especialmente útil cuando el tamaño de la muestra es pequeño. (En el caso del estudio de INPPARES, cada grupo contaba únicamente con 14 sitios para clínicas de barrios). La necesidad de igualar disminuye conforme aumenta el tamaño de la muestra, porque una muestra grande garantiza que los grupos son comparables.

El impacto de la frecuencia de entrega de servicios sobre el rendimiento y la eficacia de un programa de planificación familiar

James R. Foreit, James E. Rosen, Miguel Ramos,
Eduardo Mostajo y Rosa Monge

La investigación operativa puede distinguirse de otras investigaciones en ciencias sociales por su énfasis en el estudio de factores que los administradores de programa pueden manipular. La mayor limitación de la IO como herramienta de administración de la planificación familiar es que casi siempre es específica de una situación, con resultados que se limitan a un solo programa en un tiempo particular.

Aunque los programas de planificación familiar se diferencian por su tamaño, por su enfoque y por los métodos anticonceptivos que ofrecen, comparten algunas características operacionales. Un factor común que los gerentes pueden controlar, pero que a menudo ignoran, es la frecuencia con la que se realizan actividades del programa. Si, por ejemplo, el rendimiento es sensible a la frecuencia de las visitas de supervisión, el gerente puede elegir entre la frecuencia que produce el mayor rendimiento o el rendimiento que es más costo-efectivo. Si el desempeño es insensible a los cambios en la frecuencia, las visitas de supervisión pueden reducirse y los recursos asignarse a actividades más productivas.

Foreit y Foreit (1984) examinaron el efecto de frecuencias de supervisión cambiantes en un programa de distribución de base comunitaria (DBC) en Brasil. Encontraron que la reducción en la frecuencia de las visitas de supervisión de una vez al mes a una cada tres meses no tenía impacto alguno sobre el rendimiento del programa. Este hallazgo permitió a los gerentes de un programa aumentar el número de distribuidores sin incrementar el de los supervisores. En otras áreas se redujo el número de supervisores, lo cual produjo ahorros considerables en los costos.

En este informe se amplía el estudio de la frecuencia, que va desde actividades de apoyo al programa, a la entrega de los servicios. La variable operacional fue la frecuencia con la que se realizaron sesiones clínicas en puestos médicos de respaldo en un programa de DBC en Lima, Perú.

Contexto del programa

El Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES) opera clínicas de planificación familiar, puestos comunitarios y programas de DBC en todo Perú. En áreas urbanas marginales de Lima, los distribuidores de DBC venden píldoras, condones y espermicidas, guardando para sí una parte del modesto pago. El respaldo médico para los distribuidores lo proporcionan en los puestos comunitarios médicos que INPPARES traslada a la comunidad en una camioneta. Los servicios se ofrecen en espacios que facilita la comunidad. Los médicos realizan inserciones del DIU y seguimientos, y verifican con las usuarias las contraindicaciones y efectos secundarios de los anticonceptivos orales. (El programa es voluntario. Las mujeres que desean recibir la píldora por parte de los trabajadores de DBC no necesitan ver al médico del puesto). También se ofrecen servicios de salud reproductiva en general. Los médicos son asistidos por trabajadores de DBC, quienes venden también todos los anticonceptivos orales, condones y espermicidas a los pacientes. Para las visitas de reabastecimiento de rutina se acude a los distribuidores, con lo cual no es necesario que las clientes vuelvan a los puestos sólo para obtener un ciclo de píldoras o un abastecimiento de condones.

El componente del puesto comunitario se desarrolló para responder al requisito legal de supervisión médica de las actividades de planificación familiar, para que el DIU estuviera disponible de inmediato para la población objetivo del programa de DBC, y para suministrar una calidad de atención adecuada a quienes aceptaban la DBC.

Los resultados que produjo el componente de respaldo médico durante el primer año (1984) fueron modestos. En 321 sesiones, los médicos brindaron 1.221 servicios de planificación familiar, insertando sólo 125 DIUs. Las causas probables de la subutilización fueron la poca visibilidad de los puestos (que operaban de forma irregular; a menudo, su ubicación era distinta entre una sesión y otra), y la renuencia de los distribuidores a referir para el DIU.

Para vencer estas dificultades, INPPARES capacitó a los distribuidores en consejería del DIU y comenzó a pagarles una pequeña cuota (\$0,29 dólares) por referir para el dispositivo. Los distribuidores trajeron a las mujeres a los puestos para la inserción y recibían el pago de la cuota por la referencia al final de cada sesión. Las sesiones en los puestos se realizaban en horas y lugares fijos. Finalmente, se hizo un estudio de IO para determinar la frecuencia más eficaz, eficiente y costo-efectiva de las sesiones.

Metodología

El estudio cubrió 42 puestos ubicados en zonas marginales de Lima. Se compararon tres frecuencias de funcionamiento de los puestos: mensual, quincenal y semanal.

El experimento utilizó un diseño aleatorio en bloque. Los 42 puestos se agruparon en 14 bloques de tres puestos cada uno, según su desempeño previo, número de trabajadores de DBC y tamaño de la población del distrito. Se programaron charlas sobre planificación familiar en número similar para cada puesto, y se asignaron aleatoriamente médicos para las tres frecuencias. El experimento duró 12 meses, de agosto de 1985 a julio de 1986.

Se construyeron tres indicadores de rendimiento: eficacia, eficiencia y costo-efectividad. En términos operacionales se definió la *eficacia* como el número total de servicios realizados durante el año del experimento; la *eficiencia* fue definida como el número promedio de servicios realizados en cada sesión.

Los servicios incluían visitas tanto de planificación familiar como de no planificación familiar. Se definió como visita de planificación familiar aquella visita en la que se ofrecía un servicio de planificación familiar (incluyendo la inserción del DIU). Una visita de no planificación familiar era cualquier visita en la que la cliente no recibía un servicio de ese tipo, sino que se presentaba para exámenes ginecológicos y obstétricos, pruebas de Papanicolaou y/o pruebas de embarazo. También se consideraron como visitas a los puestos las de las mujeres que regresaban para recoger resultados de un examen. Las mujeres que sólo querían información sobre planificación familiar, o aquellas que acudían únicamente para comprar un método, no se contaban como visitas al puesto. El total de las visitas era la suma de ambas visitas, las de planificación familiar y las de no planificación familiar. Las inserciones del DIU se incluían también como rendimiento, dado que un objetivo importante del componente de respaldo era aumentar la disponibilidad de este método. El número de aceptantes del programa (las mujeres que hacían su primera visita a un puesto buscando un servicio de planificación familiar), también se incluía como indicador del número de las diversas personas que recibían servicios de planificación familiar. Entre las aceptantes se contaban, por ejemplo, usuarias activas de DBC que acudían para insertarse un DIU o para consultar a un médico respecto de los efectos secundarios de la píldora, así como las mujeres que acudían por primera vez tanto a INPPARES como a la planificación familiar.

El *costo-efectividad* era la razón de los costos totales netos vinculados con la operación de un puesto (los costos netos son iguales a los costos totales del programa menos el ingreso total del programa), y los rendimientos totales producidos por ese puesto. Los rendimientos incluyen sesiones, visitas de planificación familiar, total de visitas, inserciones del DIU y aceptantes del programa.

Se identificaron cuatro componentes de costos. Los *costos de inicio del puesto* son los costos fijos erogados una sola vez para establecer los puestos;

abarcaban la capacitación del trabajador de DBC y el equipamiento del puesto. Los *costos de las sesiones* incluían salarios de los médicos, supervisión y transporte. Los *costos de los pacientes* abarcaban anticonceptivos, registros de pacientes y suministros médicos consumibles. Los *costos administrativos* incluían salarios del coordinador de la DBC y de una secretaria, y los costos indirectos de salarios, servicios y equipo. Se calcularon los costos en *intis* constantes utilizando como base el mes de diciembre de 1986; se convirtieron a dólares a la tasa de cambio del mercado financiero vigente en ese mes ($1/17.4 = \$1.00$ dólar).

Resultados

Las sesiones clínicas se efectuaron tal y como se habían programado. Los puestos de una vez por mes realizaron 98 por ciento de las sesiones programadas, en tanto que los grupos quincenales y semanales llevaron a cabo, respectivamente, 97 y 96 por ciento. La duración promedio de las sesiones clínicas de los grupos de una vez por mes y dos veces por mes fue de 2,9 horas (desviación estándar = 0,84 y 0,73, respectivamente). La duración promedio para el grupo semanal fue de 2,8 horas (desviación estándar = 0,67). En cuanto a las charlas sobre planificación familiar programadas para el grupo mensual, se realizó cerca de 73 por ciento, que se compara con 66 por ciento de los grupos quincenal y semanal. Ningún médico, supervisor o personal administrativo se retiró.

En el transcurso del año que duró el experimento, los 42 puestos tuvieron 1.136 sesiones clínicas y recibieron 11.196 visitas, incluyendo 5.371 de planificación familiar. Fueron 1.705 las mujeres que aceptaron un método de planificación familiar en los puestos. Aproximadamente 77 por ciento aceptó el DIU, 15 por ciento aceptó las píldoras y 8 por ciento aceptó los métodos de barrera.

Hubo 4.768 visitas en total para el DIU con 1.387 inserciones (un incremento de 214 por ciento por sesión sobre el año anterior, debido a las mejoras administrativas mencionadas anteriormente), 63 retiros y 3.318 visitas subsecuentes de rutina relacionadas con el DIU. También hubo 414 visitas por la píldora y 189 visitas por métodos de barrera. Cerca de 89 por ciento de todas las visitas de planificación familiar se relacionaba con el DIU.

De todas las inserciones del DIU, cerca de 87 por ciento fue referido por trabajadores de DBC y 5 por ciento por supervisores. Los distribuidores refirieron, virtualmente, a todos los clientes del DIU a sus propios puestos, sin importar la frecuencia de las sesiones. Los supervisores eran cada uno responsable de varios puestos, y casi siempre enviaban a los clientes a puestos de frecuencia más alta. Solamente cinco de los 14 puestos de una vez por mes recibieron referencias de supervisores para el DIU, en tanto que todos los puestos quincenales y semanales recibieron referencias.

Cuadro 1. Programa de actividades de apoyo a la distribución de base comunitaria por total, puesto y sesión, agosto de 1985 a julio de 1986

Variable	Frecuencia			
	Una vez al mes	Dos veces al mes	Semanalmente	Todas las frecuencias
Número total de puestos	14	14	14	42
Número total de sesiones	165	317	654	1136
Horas promedio por sesión	2,9	2,9	2,9	
Visitas de clientes				
Total	2054	3501	5641	11196
De no planificación familiar	1150	1777	2898	5825
De planificación familiar	904	1724	2743	5371
Aceptantes del programa	353	577	775	1705
Inserciones del DIU	213	449	725	1387
Visitas por puesto				
Total	146,7	250,1	402,9	266,6
De no planificación familiar	82,1	126,9	207,0	138,7
De planificación familiar	64,6	123,1	195,9	127,9
Aceptantes del programa	25,2	41,2	55,4	40,6
Inserciones del DIU	15,2	32,1	51,8	33,0
Visitas por sesión				
Total	12,4	11,0	8,6	9,9
De no planificación familiar	7,0	5,6	4,4	5,1
De planificación familiar	5,5	5,4	4,2	4,7
Aceptantes del programa	2,1	1,8	1,2	1,5
Inserciones del DIU	1,3	1,4	1,1	1,2

En el cuadro 1 aparecen, por frecuencia y puesto, el total de visitas, el de visitas de no planificación familiar, el de visitas de planificación familiar, aceptantes del programa e inserciones del DIU. Hubo 2.054 visitas en total a los puestos mensuales, 3.501 a los quincenales, y 5.641 a los semanales. El rendimiento se incrementó longitudinalmente con la frecuencia de las sesiones, pero en menor proporción que el aumento en el número de sesiones celebradas. Las diferencias entre los tres grupos de frecuencia son estadísticamente significativas para todos los rendimientos.¹ Dependiendo de la variable elegida, los puestos quincenales tenían entre 1,5 y 2,1 veces el rendimiento de los puestos mensuales, mientras los puestos semanales tenían entre 1,3 y 1,6 veces el rendimiento de los puestos de dos veces por semana.

En el cuadro 1 aparece también el número promedio de visitas totales, el de las visitas de planificación y de no planificación familiar, así como el de aceptantes del programa y el de inserciones del DIU por sesión y frecuencia. No se encontraron diferencias importantes entre tratamientos por inserción del DIU, aceptantes del programa o visitas de planificación familiar por sesión. Sin embargo, las diferencias entre visitas de no planificación familiar y total de visitas por sesión fueron estadísticamente significativas.² Las diferencias en el total de visitas resultaron de diferencias en el número de visitas de no planificación fa-

Cuadro 2. Costo-efectividad observado en diciembre de 1986, en dólares

Variable	Frecuencia		
	Una vez al mes	Dos veces al mes	Semanalmente
Costos de inicio	\$1.509 (18%)	\$1.509 (12%)	\$1.509 (7%)
Costos de sesiones	3.227 (39%)	6.364 (51%)	13.039 (63%)
Costos de pacientes	759 (9%)	1.379 (11%)	2.115 (10%)
Costos administrativos	2.677 (33%)	3.347 (27%)	4.016 (19%)
Costos totales	8.172 (100%)	12.599 (100%)	20.679 (100%)
Ingreso del programa	(424) (738)	(1.125)	
Costo neto	7.748 11.861	19.554	
Costo neto por:			
Sesión	46,96	37,42	29,90
Visita	3,77	3,39	3,47
Visita de planificación familiar	8,57	6,88	7,13
Aceptante del programa	21,95	20,56	25,23
Inserción del DIU	36,68	26,42	26,97
Índice de costo neto por:*			
Sesión	125	100	80
Visita	111	100	102
Visita de planificación familiar	125	100	104
Aceptante del programa	107	100	123
Inserción del DIU	138	100	102

Nota: El porcentaje total puede no sumar 100 porque las cifras se redondearon. * Dos veces al mes = 100.

miliar por sesión. Aunque la frecuencia no fue determinante en el número de clientes de planificación familiar por sesión, sí lo fue en las visitas de no planificación familiar y, por ende, en el total de visitas.

Se derivaron dos medidas de costo-efectividad. El *costo-efectividad observado*, que se calculó con base en los resultados reales del estudio, y en el cual costos y rendimientos variaron por grupo de tratamiento. El cuadro 2 muestra los costos por componente, la distribución porcentual de costos, el ingreso del programa, el costo neto total, el costo neto por unidad de rendimiento y el índice de costo neto por unidad. Los costos de las sesiones fueron los más altos por componente, seguidos de los costos administrativos. En los puestos semanales los costos netos totales fueron los más altos, y en los puestos mensuales fueron los menores. En el caso de los indicadores de visitas y de aceptantes, los puestos que operaban dos veces al mes tenían un menor costo por unidad de rendimiento que los de los puestos mensuales o semanales. El costo por visita era de \$3,39 dólares; de \$6,88 dólares el de la visita de planificación familiar; de \$20,56 dólares el de aceptante del programa, y de \$26,42 dólares el de inserción del DIU. La frecuencia de una vez por mes era de 7 a 38 por ciento menos costo-efectiva, dependiendo de la variable elegida; y la frecuencia semanal era entre 2 y 23 por ciento menos

Cuadro 3. Costo-efectividad proyectado (con base en un total de 11.200 visitas anuales)

Variable	Frecuencia		
	Una vez al mes	Dos veces al mes	Semanalmente
Costos de inicio	\$7.315 (17%)	\$ 4.683 (12%)	\$ 3.445 (8%)
Costos de sesiones	15.576 (37%)	18.308 (48%)	24.990 (61%)
Costos de pacientes	4.127 (10%)	4.407 (12%)	4.256 (10%)
Costos administrativos	14.917 (36%)	10.518 (28%)	8.032 (20%)
Costos totales	41.935 (100%)	37.916 (100%)	40.723 (100%)
Ingreso del programa	(2.311)	(2.362)	(2.271)
Costo neto	39.624	35.554	38.452
Costo neto por:			
Sesión	44,03	35,03	29,15
Visita	3,54	3,17	3,38
Visita de planificación familiar	8,04	6,44	6,95
Aceptante del programa	20,58	19,24	24,60
Inserción del DIU	34,10	24,72	26,29
Índice de costo neto por:*			
Sesión	126	100	83
Visita	112	100	107
Visita de planificación familiar	125	100	108
Aceptante del programa	107	100	128
Inserción del DIU	138	100	106

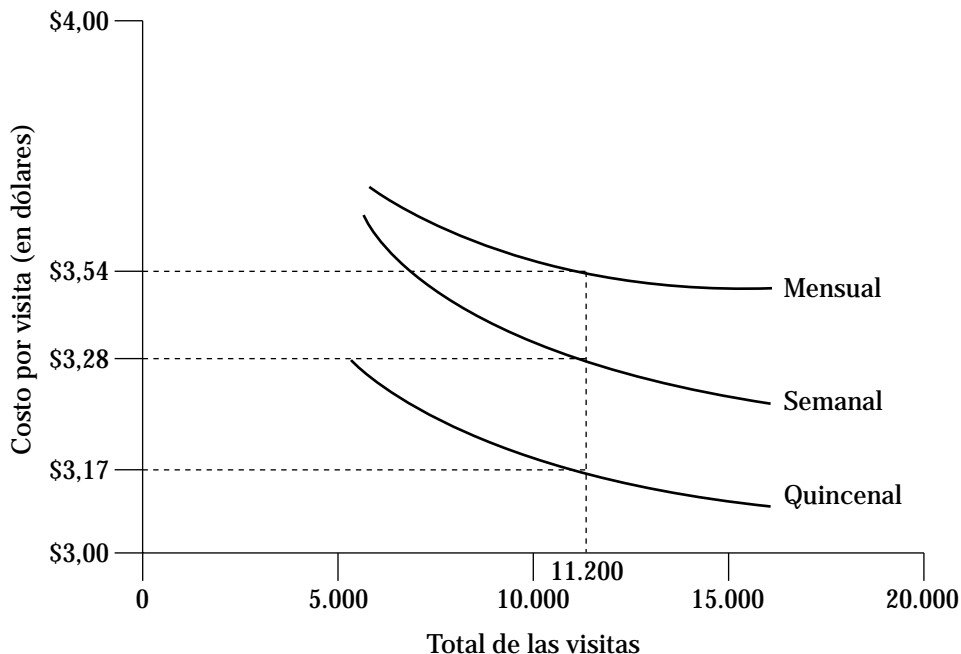
Nota: El porcentaje total puede no sumar 100 porque las cifras se redondearon. * Dos veces al mes = 100.

costo-efectiva. Las diferencias de costo-efectividad entre los puestos quincenales y los puestos semanales eran pequeñas para indicadores de clientes excluyendo aceptantes del programa.

En los puestos semanales, los costos menores por sesión no se tradujeron en costos menores por visita y aceptante, pues estos puestos tenían menos visitas por sesión que los puestos quincenales. Los costos menores por sesión significan costos menores por visita, sólo en el caso de que las clientes llenen las sesiones a su capacidad. Si se consideran todos los grupos, los costos por sesión eran mayores que los costos de los puestos, las pacientes o los administrativos.

En el modelo de *costo-efectividad proyectada*, preguntamos cuántos puestos de cada tipo requeriría el programa para producir 11.200 visitas (una meta evidentemente alcanzable), y cuánto costaría su operación. Estableciendo un nivel de rendimiento y calculando después el costo requerido para alcanzarlo, se eliminan posibles errores en la categoría de costo-efectividad debido a los efectos de la escala. En teoría, cualquier rendimiento puede ser considerado para la toma de decisiones. A los gerentes de INPPARES les interesaba la totalidad del programa y eligieron las visitas como la expresión más adecuada de ese interés. La proyección de costos no es simplemente una expansión. Las

Gráfica 1. Costo por visita, en dólares de E.U., a distintos niveles de rendimiento, por frecuencia de sesión del puesto



economías y diseconomías de escala se identificaron e incluyeron en el análisis de costo-efectividad proyectado.³

Los resultados de la proyección se muestran en el cuadro 3. Para lograr 11.200 visitas al año, aproximadamente a los niveles de eficiencia observados, se requerirían 78 puestos mensuales, 44 quincenales y 28 semanales. El costo neto de los puestos quincenales era el menor, seguido por los semanales y los mensuales. La gráfica 1 muestra que, para todas las frecuencias, el costo por unidad de rendimiento (total de las visitas) disminuye conforme el rendimiento aumenta.⁴ Tal y como ocurre en el modelo observado, los costos netos totales que se proyectaron fueron los más bajos en los puestos quincenales. Este sistema de frecuencia sería el más costo-efectivo para todos los indicadores, salvo el de costo por sesión. Los costos por visita serían de \$3,17 dólares; por visita de planificación familiar \$6,44 dólares; por aceptante de planificación familiar \$19,24 dólares, y de \$24,72 dólares por inserción del DIU. La frecuencia mensual sería entre 7 y 38 por ciento menos costo-efectiva, dependiendo del indicador (igual a los resultados observados), y la semanal sería entre 6 y 28 por ciento menos costo-efectiva (comparadas con entre 2 y 23 por ciento para los resultados observados). La proyección no tuvo impacto sobre las diferencias que se observaron anteriormente entre los puestos de una y dos veces por mes. Sin

embargo, las diferencias en costo-efectividad entre los puestos quincenales y los semanales se incrementaron como resultado de la simulación.

La distribución de costos proyectados se muestra también en el cuadro 3. Si se comparan las distribuciones de costos observadas y las proyectadas, se demuestra que a niveles muy diversos de la escala del programa (por ejemplo, había en realidad 14 puestos mensuales contra 78 puestos proyectados, y así sucesivamente) la distribución de costos permanece casi igual. La frecuencia de las sesiones determina la estructura de los costos.

Los cálculos de costos y rendimientos están sujetos a error y pueden alterarse con el transcurso del tiempo y entre programas. Para poner a prueba la fuerza de las categorías de costo-efectividad, se efectuaron análisis de sensibilidad en los que se modificaron los valores de los componentes de costos del programa y los rendimientos de la planificación familiar midiendo el impacto de estos cambios en las categorías.

Los 17 componentes —desde costos de capacitación hasta la vida útil de los avíos para insertar el DIU— eran diversos. La opción que siguió siendo mejor en términos de costo-efectividad fue la de dos veces al mes, aun cuando los costos se reducían alternativamente a la mitad, o bien se duplicaban o triplicaban. Las categorías eran insensibles a los cambios en los costos de los insumos individuales, ya que la mayoría de los componentes eran responsables de sólo una pequeña parte de los costos totales del programa.

La sensibilidad a los cambios en el rendimiento de las categorías de costo-efectividad se puso a prueba mediante la reducción del número de inserciones del DIU en los puestos quincenales, mientras en los puestos semanales se mantenía constante el número de inserciones. En los puestos de dos veces por mes, las inserciones se redujeron hasta que se alcanzó el punto de cruce y los puestos semanales se volvieron la alternativa más costo-efectiva.

El costo-efectividad fue sensible al rendimiento. A diferencia de lo que ocurrió con los costos, cambios relativamente pequeños en el rendimiento produjeron alteraciones en las categorías de costo-efectividad. El punto más alto de la inserción costo-efectiva del DIU se alcanzó cuando el número de inserciones en los puestos quincenales se redujo 7 por ciento. Se alcanzó el punto más alto para las visitas de planificación familiar cuando las inserciones se redujeron 9 por ciento y, en el caso de las visitas totales, cuando se llegó a 16 por ciento.

El rendimiento observado se utilizó para hacer proyecciones de costo-efectividad. La precisión del supuesto de diferencias reales en el rendimiento observado, no obstante carecer de una confiabilidad estadística, se probó examinando el desempeño del puesto en el transcurso del tiempo. Después del experimento, se dispuso convertir a todos los puestos a la frecuencia quincenal;

el rendimiento se mantuvo en los niveles proyectados durante dos años. Entre octubre de 1986 y septiembre de 1988, el número promedio de inserciones por sesión fue de 1,38 (s.d.=0,38). El número promedio de visitas de planificación familiar fue de 6,74 (s.d.=0,95); el de las visitas de no planificación familiar fue de 4,43 (s.d.=0,65) y el de las visitas totales de 11,17 (s.d.=1,0).

Discusión

El estudio muestra que la frecuencia de las sesiones ejerce un impacto importante sobre los costos, la eficacia, la estructura de costos y el costo-efectividad de un sistema de puestos médicos rotativos. Sin embargo, la frecuencia no influyó sobre la eficacia de los servicios de planificación familiar. Parece ser que las normas del programa produjeron patrones de referencia para el DIU que eliminaron la variación entre frecuencias. En cada sesión trabajaron dos distribuidores. Casi todas las inserciones del DIU se realizaron a consecuencia de las referencias hechas por los distribuidores, quienes casi siempre traían clientes sólo cuando ellos mismos trabajaban. Lo anterior produjo una pequeña variación en las inserciones por sesión, que fue independiente de la frecuencia del puesto. Como casi todas las visitas de planificación familiar se relacionaban con la inserción del DIU, la frecuencia no influyó en las visitas de planificación familiar por sesión.

Donde sí influyó fue sobre la eficacia de las visitas de no planificación familiar y, por ende, también lo hizo, de manera indirecta, sobre las visitas totales por sesión. No se pagaron cuotas de referencia por las visitas de no planificación familiar, y la mayoría de estas clientes acudió al puesto sin un distribuidor. Las clientes que no buscaban servicios de planificación familiar y que acudieron a los puestos de menor frecuencia tuvieron que concentrar sus visitas en un menor número de sesiones, en comparación con las mujeres que utilizaron puestos de mayor frecuencia.

Un determinante importante de los costos totales fue la frecuencia, pues los costos de las sesiones eran mucho mayores que los costos de los puestos. La frecuencia también influyó sobre el costo-efectividad: el incremento en la frecuencia de una a dos sesiones por mes produjo economías de escala en los costos por puesto y los administrativos, tal y como ocurrió con el aumento de la frecuencia de dos sesiones al mes a una por semana. Con todo, dado que la eficiencia disminuyó en la frecuencia semanal, el costo del rendimiento por unidad se incrementó en relación con los puestos de sesiones quincenales.

Los modelos observados y proyectados produjeron las mismas categorías de costo-efectividad, pero la proyección agregó información importante para tomar decisiones de tipo administrativo. Produjo estimados de costos totales para un programa que operaba con una sola frecuencia, y demostró que las

diferencias de costo-efectividad entre los puestos quincenales y los semanales se incrementarían. El hallazgo indica que los análisis de costo-efectividad de los programas de planificación familiar requieren avanzar más allá de los resultados que se han observado. El costo-efectividad debería proyectarse de tal manera que los efectos a escala pudieran tomarse en cuenta.

INPPARES se inclinó por las sesiones quincenales para su programa de puestos médicos, ya que las tendencias de eficiencia y costo-efectividad favorecerían dicha frecuencia. Pero también se tomaron en cuenta otros factores. Las sesiones mensuales se rechazaron porque producían demasiadas visitas de no planificación familiar. La frecuencia de una vez por semana se rechazó también porque hubiera significado una reducción en el número de puestos, e INPPARES no estaba dispuesto a disminuir su cobertura geográfica.

De pronto, hacia fines de 1988, el programa incrementó su utilización y muchos puestos tuvieron más clientes de los que podían atender en una sola sesión. INPPARES cambió los puestos más populares a sesiones semanales, que es la frecuencia más costo-efectiva para puestos que trabajan a toda su capacidad.

También como resultado del estudio, APROSAMI y PROFAMILIA, dos organizaciones de planificación familiar con programas de DBC en Lima, establecieron puestos de apoyo que operaban dos veces al mes. En la actualidad funcionan más de 140 puestos en áreas urbanas marginales de Lima. El sistema se ha extendido también a Arequipa, Trujillo, Cuzco e Iquitos, las mayores ciudades de Perú después de Lima.

Agencias de planificación familiar de Bolivia y Paraguay sometieron a prueba el funcionamiento de puestos de frecuencia semanal como una alternativa menos costosa y más costo-efectiva que las clínicas permanentes en áreas rurales y urbanas. Se optó por la frecuencia semanal porque los gerentes decidieron que, en el corto plazo y para programas piloto pequeños, la eficacia era más importante que el costo-efectividad. Para 1990 el gobierno de la ciudad de Quito, en Ecuador, tiene pensado abrir puestos de dos veces por mes.

Una de las pocas variables que los gerentes de programa pueden realmente controlar es la frecuencia, que puede constituir una herramienta esencial para la provisión racional y equitativa de los servicios. La frecuencia en el desempeño de las actividades de planificación familiar puede ajustarse a un cierto número de factores, incluyendo la demanda por los servicios, la disponibilidad de los recursos y consideraciones de políticas. Un programa puede comenzar ofreciendo servicios con una frecuencia relativamente limitada, e ir incrementándola paulatinamente, conforme la demanda lo justifique. Otra alternativa es que, si se espera anticipadamente una gran demanda, se ofrezcan servicios con una periodicidad suficiente al comienzo del programa, y luego se disminuyan si la demanda es menor a la esperada.

Es posible que los administradores de programa quieran abarcar más comunidades de las que sus presupuestos parecen permitir. En este caso, puede ser factible aumentar el número de unidades de planificación familiar disminuyendo la frecuencia de las sesiones, con una pérdida pequeña o nula en cuanto a eficacia y eficiencia del programa.

Por ser tan fácilmente controlable por los administradores y por influir sobre variables importantes del programa como los rendimientos y los costos, el estudio de la frecuencia debería ampliarse para examinar su impacto sobre la aceptación y continuación de la planificación familiar y sobre las características de los usuarios. La frecuencia de la disponibilidad de servicios puede estar vinculada a factores tan poco comprendidos como los costos de oportunidad para los usuarios, la sustitución de fuentes y, en última instancia, la prevalencia anticonceptiva global y la mezcla de métodos.

Referencia

Foreit, James R. y Karen G. Foreit. 1984. "Quarterly versus monthly supervision of CBD family planning programs: An experimental study in northeast Brazil". *Studies in Family Planning* 15, 3: 112-120

Notas

1. Inserciones del DIU: $F=11,3$, d.f. 2,26, $p<.01$; aceptantes del programa: $F=6,2$, d.f. 2,26, $p<.01$, visitas de planificación familiar: $F=10,8$, d.f. 2,26, $p<.01$, de no planificación familiar: $F=21,6$, d.f. 2,26, $p<.01$, total de visitas: $F=17,2$, d.f. 2,26, $p<.01$.
2. DIUs por sesión: $F=0,73$, d.f. 2,26, $p<.05$; aceptantes del programa: $F=3,1$, d.f. 2,26, $p<.05$; visitas de planificación familiar por sesión: $F=1,2$, d.f. 2,26, $p<.05$; visitas de no planificación familiar por sesión: $F=8,4$, d.f. 2,26, $p<.01$; total de visitas por sesión: $F=4,4$, d.f. 2,26, $p<.05$.
3. El modelo generó economías de escala en costos de transporte. Estos fueron determinados, en gran medida, por la distancia entre los puestos. Conforme se incrementa el número de puestos en áreas urbanas marginales de Lima, el promedio de la distancia entre ellos decrece y hace posible que una camioneta y un chofer visiten más puestos por día. Calculamos que el área de cobertura de INPPARES eran 410 kilómetros cuadrados. Suponiendo una distribución geográfica uniforme de los puestos, la distancia entre ellos es igual a la raíz cuadrada del área total dividida por el número de puestos. Utilizando el área de cobertura y estimados de límites superior e inferior en el número de visitas que una camioneta puede hacer por día, obtuvimos el número de puestos visitados en un mes de la regresión lineal de mínimos cuadrados $pm = a + bd$, en donde pm es el número de puestos visitados en un mes por un chofer, y d es la distancia entre puestos en kilómetros. El estimado arrojó valores de $a = 78,11$ y $b = 7,79$ ($R^2 = 0,84$). Utilizamos una lógica similar para calcular cuántos kilómetros por visita al puesto cambian con la distancia entre puestos. Obtuvimos el número de kilómetros por puesto por sesión de la ecuación $km = a + bpd$, en donde km es el número de kilómetros por puesto por sesión, y pd es el número de puestos visitados en un día. El estimado arrojó valores de $a = 38,61$ y $b = -6,72$ ($R^2 = 0,95$). El modelo produjo una distancia por puesto de 18,4 kilómetros por sesión de una vez al mes, 20,4

para dos veces al mes, y 22,4 kilómetros para las frecuencias semanales. Los datos se usaron después para calcular los costos del transporte.

Durante el año que duró el experimento, el número de sesiones que se perdieron tuvo una ligera variación por frecuencia en razón de factores fortuitos. Por el contrario, la proyección dio por sentado que los puestos de cada frecuencia solamente cancelarían sesiones en los días feriados (diez días hábiles por año). Una simple expansión de los resultados observados para los puestos de una vez al mes requiere de 76 puestos para producir 11.200 visitas. Como la proyección incrementa el número de sesiones que se perdieron en los puestos de una vez por mes, se requieren dos puestos más para producir el mismo número de visitas. Asimismo, el modelo de proyección requiere únicamente de 44 puestos de dos veces al mes para obtener 11.200 visitas, en vez de los 45 puestos obtenidos por la simple expansión, pues el número de visitas perdidas es menor que el que realmente se observó.

4. La gráfica 1 no es exacta en los extremos de las curvas y difiere ligeramente del cuadro 3.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Dra. Karen G. Foreit sus comentarios y su vasto uso de la tinta roja en borradores previos de este informe; y a Sonia Ortiz, José García-Nuñez y Peggy Levitt por su ayuda durante la etapa experimental. También expresamos nuestro agradecimiento a la Dra. Marcia Townsend, quien en la época en la que el estudio se realizó trabajaba para la Oficina de Población, División de Investigación, Agencia para el Desarrollo Internacional de E.U., y era responsable del seguimiento del proyecto. Los recursos financieros para el estudio los aportó la Oficina de Población de la Agencia para el Desarrollo Internacional de E.U. El estudio se realizó como parte del proyecto INOPAL "Investigación Operativa para Mejorar la Entrega de Servicios de Planificación Familiar y Salud Materno Infantil en América Latina y el Caribe", del Population Council (contrato USAID DPE-3030-C-00-4074-00), sub-contrato C185-01A.

COMENTARIOS INTRODUCTORIOS

Aumento de la utilización de servicios de salud reproductiva en una clínica peruana

Federico R. León, Aníbal Velásquez, Lissette Jiménez, Adolfo Reckemmer, María E. Planas, Rubén Durand y Alicia Calderón

Cuestión programática: *La necesidad de identificar estrategias para incrementar los ingresos de las clínicas mediante el aumento en la utilización de los servicios existentes.*

Procesos/componentes programáticos: *El proceso que se manipuló fue la información dada a los clientes. INPPARES incrementó la disponibilidad de servicios de salud reproductiva que no eran de planificación familiar. Estos servicios se subutilizaban, y la organización estaba buscando un método promocional que aumentara la demanda por los servicios e incrementara los ingresos a fin de contribuir a cubrir los costos. La organización deseaba determinar si un folleto sencillo, que la recepcionista de la clínica entregaría a los clientes nuevos, aumentaría la demanda y los ingresos.*

Diseño de la investigación: *Se utilizó un diseño experimental. En una sola clínica, y durante un mes, los días de la semana se distribuyeron aleatoriamente entre los grupos de intervención (uso del folleto) y los de control (sin folleto). Las variables dependientes incluyeron el número de servicios adquiridos en las sesiones clínicas de intervención y en las de control, el número de servicios adquiridos por individuos que participaron en las sesiones experimentales y de control dentro de los 30 días siguientes a la sesión, y el dinero que se pagó por los servicios que utilizaron los grupos en estudio.*

Resultados: *La distribución de folletos incrementó de manera confiable la utilización de los servicios de salud reproductiva, tanto en las sesiones de la clínica en las que hubo intervención como en los 30 días a partir de la fecha en que los clientes recibieron el folleto. Se calculó que si la intervención se extendiera a toda la organización los ingresos de INPPARES se incrementarían en aproximadamente \$40 mil dólares anuales.*

Respuestas del programa a los hallazgos: *INPPARES decidió distribuir folletos en todas sus clínicas.*

Discusión: *El estudio demostró cómo una herramienta promocional de bajo costo, distribuida dentro del punto de prestación de los servicios,*

puede incrementar la utilización de los servicios y el ingreso. El estudio también nos recuerda que la demanda inicial por nuevos servicios de salud reproductiva puede ser baja, y que los programas tendrán que promoverlos. Una limitación importante del estudio es que no especifica si los precios que se cobraron por los servicios subutilizados permitió al programa cubrir los costos, o aún generar una ganancia que pudiera usarse para subsidiar otros servicios. El siguiente paso sería que INPPARES determinara si los servicios pueden venderse a precios tales que se cubran los costos o que produzcan ganancias. Metodológicamente, el estudio muestra que experimentos de campo significativos pueden realizarse en lapsos tan breves como un mes, y que el uso de diseños experimentales es posible, aun cuando la investigación se realice en un solo punto de prestación de los servicios.

Aumento de la utilización de servicios de salud reproductiva en una clínica peruana

Federico R. León, Aníbal Velásquez, Lissette Jiménez, Adolfo Reckemmer, María E. Planas, Rubén Durand y Alicia Calderón

Introducción

Durante los últimos años, numerosas organizaciones de planificación familiar de países en vías de desarrollo han tomado medidas para implantar la agenda de El Cairo (United Nations, 1995) y expandir sus servicios a fin de incluir otros aspectos de la salud reproductiva. Al hacerlo, han dedicado recursos humanos y de infraestructura para ofrecer servicios de salud reproductiva que en el pasado se ofrecían esporádicamente. Estas organizaciones encaran ahora el reto de incrementar el uso de los nuevos servicios de los que disponen.

Muchos de los usuarios de la planificación familiar desconocen todavía los otros servicios de salud reproductiva que ya existen. En 1995, INPPARES, la organización peruana afiliada a la IPPF, expandió los servicios de Patres, la mayor de sus clínicas en Lima. No obstante, cuando en 1996 se les pidió a los usuarios mencionar aquellos servicios nuevos que les gustaría que la clínica ofreciera, 34 por ciento señaló el tratamiento de las ETS, las pruebas para la detección de cáncer, los servicios prenatales y otros servicios de salud reproductiva que en ese entonces ya se ofrecían en la clínica (Velásquez y cols., 1996).

El desconocimiento de los usuarios acerca de la capacidad recién instalada, y su consecuente subutilización, tiene graves implicaciones financieras, especialmente para las organizaciones que se encuentran en el proceso de independizarse del apoyo externo. En momentos en que los donantes internacionales están disminuyendo gradualmente su ayuda financiera, la infraestructura ociosa representa una fuga innecesaria de los limitados recursos disponibles.

Un folleto interactivo como solución

Velásquez y colaboradores (1997) propusieron una solución de información, educación y comunicación (IEC) a la subutilización de los servicios de salud reproductiva que Patres ofrecía. Los autores desarrollaron un folleto que los

usuarios de las clínicas podían utilizar como ayuda para decidir si necesitaban cualesquiera de los servicios de salud reproductiva disponibles en el lugar. Con base en un algoritmo desarrollado en México y Guatemala (Vernon y Ottolenghi, 1996), el folleto le preguntaba al usuario (1) si durante el año anterior se había hecho alguna prueba para detectar cáncer; (2) si él/ella o su compañero/a acusaban la presencia de síntomas de alguna ETS; y (3) si el usuario tenía algún otro problema de salud reproductiva. El folleto también informaba al usuario acerca de servicios apropiados que Patres ofrece. Se capacitó a las recepcionistas de la clínica para entregar el folleto a cada nuevo usuario y para explicar su contenido utilizando un rotafolios.

Velásquez y colaboradores (1997) sometieron a prueba esta estrategia en el transcurso de diez días elegidos al azar entre el 6 de marzo y el 4 de abril de 1997, y utilizaron los otros diez días hábiles de ese período como control. El estudio se proponía determinar si la estrategia interactiva de IEC incrementaría el uso de la clínica y sus ingresos. Lamentablemente, los resultados se confundieron a consecuencia de una reducción concomitante en los precios de los servicios que se promovieron, lo que imposibilitó el aislamiento del impacto de la reducción de precios. Por este motivo, INPPARES decidió repetir el estudio evitando esta vez la contaminación, para someter a prueba la hipótesis de que el folleto incrementaría la demanda por los servicios y aumentaría los ingresos de la clínica.

Metodología

Tal como se hizo en el estudio original, se asignaron de manera aleatoria 20 días calendario para las condiciones de la intervención y el control. Sin embargo, en contraste con la estrategia anterior, los precios permanecieron inalterados. El estudio utilizó un diseño experimental verdadero con los datos de cohorte (el agregado de clientes que asistían a la clínica de Patres en un día determinado) como las unidades de análisis.

Todos los días hábiles (del lunes al viernes) de las cuatro semanas sucesivas entre el 13 de octubre y el 7 de noviembre de 1997, se seleccionaron como unidades de estudio. Se hizo una asignación aleatoria y estratificada de días calendario a las condiciones experimentales, a fin de asegurar que los días de la semana estuvieran igualmente representados en los grupos experimentales y en los de control (por ejemplo, dos lunes en los que los folletos se distribuían, y dos lunes en los que ello no ocurría).

El estudio se limitó a usuarios nuevos¹ cuya primera visita tuvo lugar durante el período del estudio; se incluyó la primera visita clínica y cualquier visita subsecuente durante los 30 días posteriores. En los días seleccionados para la intervención, cada nuevo usuario que ingresaba a la clínica era canalizado a admisión; ahí, una recepcionista capacitada le entregaba el folleto y le explicaba

su contenido utilizando un rotafolios. En el folleto se ofrecía información sobre la detección temprana de los diversos tipos de cáncer ginecológico, el diagnóstico y tratamiento de ETS, y consejería general médica, pediátrica y psicológica. Una vez que el usuario solicitaba el/los servicio/s que deseaba, la recepcionista capturaba sus datos en la base de datos computarizada de la clínica y remitía al usuario a la caja para que pagara por los servicios. La cajera, a su vez, registraba la cantidad que se pagaba por cada servicio.

Este mismo procedimiento se observaba en los días de control, con la diferencia de que el paciente no recibía el folleto ni explicación alguna. Todos los días, los de intervención y los de control, se cobraban los mismos precios por los servicios: aproximadamente \$7 dólares por consultas de salud reproductiva, planificación familiar o de algún otro tipo relacionadas con la salud, y más por una ecografía, una inserción del DIU o por otros procedimientos clínicos más complejos.

Cuando concluyó el período de la intervención, de la base de datos de la clínica se tomaron cuatro conjuntos de datos de usuarios: (a) el número de servicios adquiridos el día en que se abrió la historia clínica; (b) la cantidad total pagada ese día; (c) el número de servicios adquiridos por el usuario durante los siguientes 30 días; y (d) la cantidad total que se había pagado durante el período de seguimiento.

Resultados

Equivalencia de grupo

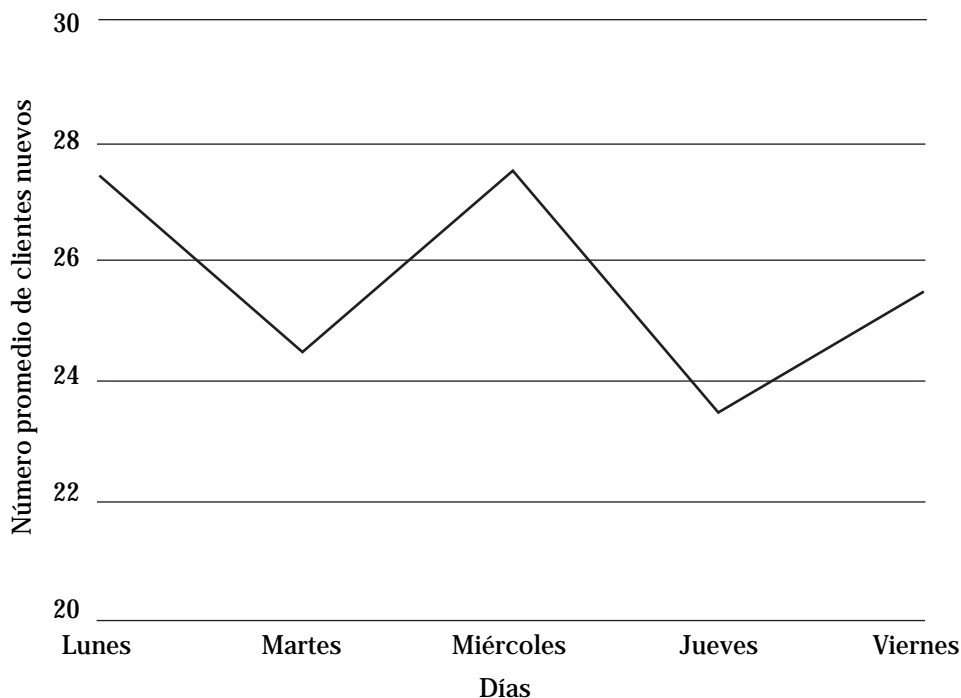
Tal y como lo muestra la gráfica 1, los lunes, miércoles y viernes fueron los días en los que acudieron a Patres más clientes nuevos. Sin embargo, el hecho de que los mismos días de la semana aparecieran equilibradamente en los grupos de intervención y de control permitió controlar esta variable. Por tal motivo, no se encontraron diferencias significativas en el número de nuevos clientes registrados en los días de intervención y en los de control: los totales diarios oscilaron entre 18 y 39 en el grupo de intervención (promedio: 26,2, mediana: 23,5), y entre 17 y 32 en el grupo de control (promedio: 25,1, mediana: 26,5).

Servicios y pagos durante la primera visita

La gráfica 2 muestra el número promedio de servicios adquiridos durante la primera visita por cohorte de cliente, y revela que el grupo de intervención adquirió más servicios que el grupo de control. Como resultado de la distribución anormal de los promedios, una estadística no paramétrica, la *U* de Mann-Whitney, fue seleccionada para someter a prueba la diferencia entre las distribuciones. *U* con $N = 20$ equivalía a 19,5, significativa al nivel $p < 0,01$ (alternativa unilateral).

En conjunto, los promedios de cohorte para los grupos de intervención y de control fueron, respectivamente, de 1,77 y 1,56, y las medianas de 1,80 y 1,54.

Gráfica 1. Fluctuación diaria en el número de nuevos usuarios de la clínica, Lima, Perú, 1997.



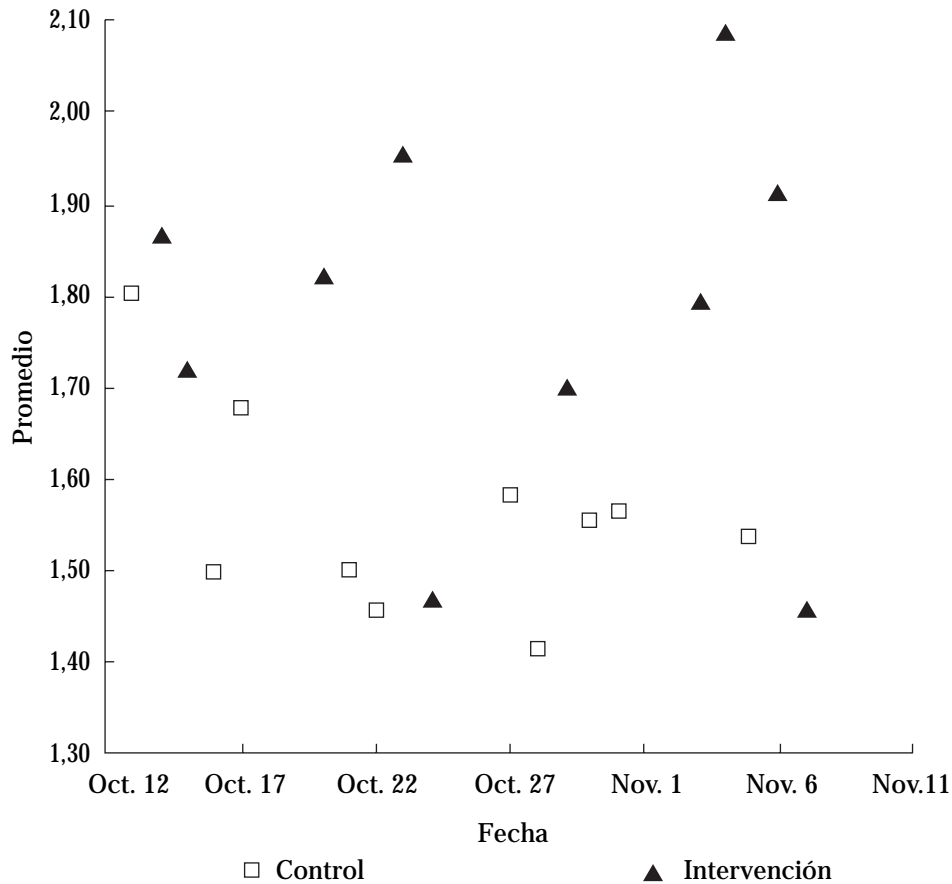
Los promedios y las medianas para la cantidad pagada durante la primera visita fueron, en conjunto, de 40,73 y 40,22 soles (aproximadamente \$15 dólares) en el grupo de intervención, y de 31,0 y 29,97 soles (aproximadamente \$11 dólares) en el grupo de control. La U de Mann-Whitney fue igual a 20, significativa al nivel de $p < 0,02$ (alternativa unilateral).

En resumen, la intervención demostró ser efectiva: incrementó de manera significativa el número de servicios adquiridos en 13 por ciento y la cantidad promedio gastada en 28 por ciento.

Seguimiento

La gráfica 3 muestra los promedios y las medianas obtenidas en el análisis de los datos de seguimiento. Se observó una diferencia de 64 por ciento en el número de visitas, y de 67 por ciento en los ingresos entre nuevos usuarios que realizaron visitas subsiguientes durante el mes posterior a su ingreso al estudio. Las U s de Mann-Whitney fueron de 20,0 en el caso de los servicios y de 19,0 en el caso de los ingresos, significativas, respectivamente, a los niveles de $p < 0,02$ y $p < 0,01$ (alternativa unilateral). Esto sugiere que el folleto continuaba motivando la adquisición de servicios después de que el usuario salía de la clínica.

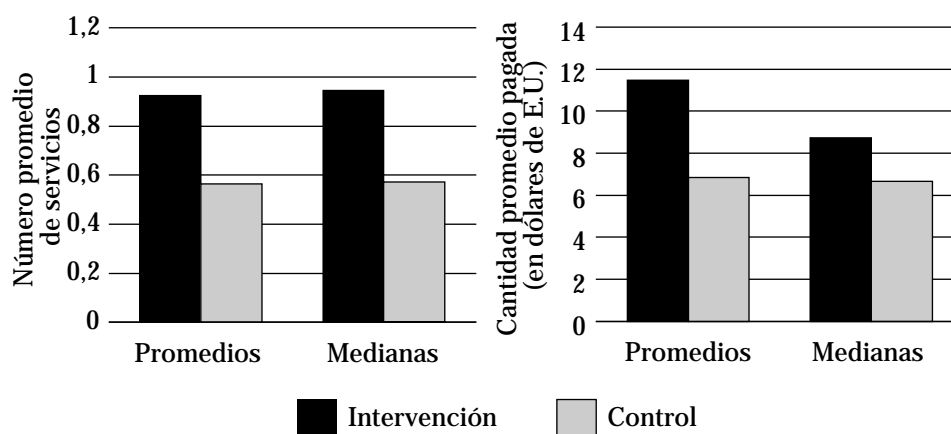
Gráfica 2. Número promedio de servicios por cliente de clínica, por fecha, según el grupo de intervención y control, Lima, Perú, 1997.



Impacto sobre los ingresos de la clínica

Para controlar las fluctuaciones en el tamaño de la cohorte, se fijó un número diario constante de nuevos usuarios, de 25,6, que fue el promedio que se constató durante todos los días de la observación. Al multiplicar este promedio por el precio promedio que se pagó por día durante el mes de la intervención y el período de seguimiento de 30 días, la clínica de Patres obtuvo una ganancia total de \$6.810 dólares del grupo experimental, y de \$4.785 dólares del grupo de control. La diferencia (\$2.025 dólares) puede atribuirse a los efectos del folleto durante los diez días de la intervención. Podemos suponer que si el folleto se hubiera entregado a ambos grupos, esto es, durante un período de 20 días en total, el incremento en los ingresos de la clínica de Patres se habría duplicado (\$4.050 dólares). Si esta tendencia se mantuviera por espacio de un año, INPPARES aumentaría sus ingresos en \$48.600 dólares aproximadamente.² El

Gráfica 3. Seguimiento a 30 días: promedios y medianas por número de servicios clínicos adquiridos y cantidad pagada, por condición de tratamiento (N=10), Lima, Perú, 1997.



Nota: 2.7 soles = \$1 dólar de E.U.

costo de la intervención incluye la impresión del folleto y el tiempo requerido por la recepcionista para explicar su uso. Cuando mucho, el total de los costos en el transcurso de un año ascendería a \$6.800 dólares,³ lo cual significa que Patres podía obtener una ganancia neta de por lo menos \$42.000 dólares en un año como resultado del uso de un folleto sencillo.

Discusión

Al igual que muchas otras ONGs de planificación familiar que están realizando esfuerzos por implantar la agenda de El Cairo, INPPARES encaró el reto de incrementar la utilización de servicios de salud reproductiva recientemente expandidos. Al carecer de una estrategia de introducción de nuevos productos cuidadosamente desarrollada, y al sospechar que sus prestadores de servicios clínicos no estaban buscando las necesidades de salud reproductiva de sus clientes de planificación familiar, INPPARES buscó una solución compensatoria de IEC a una situación en la que los recursos no se estaban utilizando por completo. La introducción de un folleto interactivo que planteaba preguntas acerca de la salud del usuario y le informaba sobre los diversos servicios disponibles, dio como resultado que la clínica de Patres incrementara en 13 por ciento el número de servicios adquiridos por los nuevos usuarios durante su primera visita, y que la cifra de visitas subsecuentes en el mes siguiente aumentara en 64 por ciento.

El cambio que se observó en el comportamiento de los usuarios sugiere que la intervención incrementó los niveles de información de los visitantes en lo

que respecta a los servicios de salud reproductiva que ofrece la clínica, y también sus propias percepciones en cuanto a necesidades de servicios de salud reproductiva. El folleto interactivo ofrece información sobre la existencia de los servicios y la necesidad de esos servicios.

Las contribuciones cada vez menores de los donantes a programas de planificación familiar en América Latina están obligando a las ONGs a volverse más autosuficientes. Como organización en proceso de volverse más independiente del apoyo externo, INPPARES no sólo utilizó el folleto como una manera de mejorar la disponibilidad cognitiva de servicios de salud reproductiva para los clientes de planificación familiar, sino también como un vehículo de generación de ingresos para aumentar su sustentabilidad financiera.

Al implantar la nueva estrategia, INPPARES rompió exitosamente la tradición de confiar en los médicos y en otro personal profesional para inducir cambios en las conductas de los usuarios. Las recepcionistas son trabajadoras de muy bajo costo, de quienes se pueden esperar altos niveles de cumplimiento por lo que respecta a esta actividad. Por último, el estudio demostró que una ONG puede encontrar soluciones programáticas que integren metas institucionales que supuestamente requieren de cursos de acción opuestos. En general, los esfuerzos para mejorar el acceso a los servicios se consideran como antagónicos a los que se emplean para incrementar la sustentabilidad financiera de los programas. En este estudio, un folleto interactivo permitió mejorar los ingresos de la clínica y, al mismo tiempo, aumentó el nivel de información respecto de los problemas y de los servicios de salud reproductiva.

Los resultados del estudio convencieron a los administradores de INPPARES de utilizar de manera rutinaria el sistema basado en el folleto, y la organización se preparó para reimprimirlo. Hoy en día, Patres está utilizando el sistema de manera habitual, e INPPARES lo implantará en sus 12 clínicas. A más de eso, INPPARES está planeando utilizar la solución que puso a prueba en este estudio en esfuerzos de extensión orientados a clientes potenciales. Promotores de planificación familiar que realizan actividades educativas comunitarias distribuirán el folleto entre usuarios potenciales fuera de las clínicas.

Por último, a raíz del estudio INPPARES aprendió que los martes y los jueves son los días en los que acuden a Patres menos clientes; entre las alternativas que está diseñando para aprovechar esta tendencia estaría programar en esos días las reuniones de personal y otras actividades administrativas que requieran de la participación del personal profesional.

Notas

1. INPPARES define un cliente nuevo como cualquier persona para la cual se abre una historia clínica nueva –ya sea que se trate de alguien que acude a la clínica por primera

- vez, o de una persona que regresa después de un período de cinco años o más.
2. Ésta puede ser una subestimación, ya que se basa en una proyección anual hecha únicamente a partir de 20 días hábiles por mes, e ignora la posibilidad de entregarles el folleto a personas que ya son clientes de la clínica, además de hacerlo a los clientes nuevos.
 3. Este estimado toma en cuenta la reducción del costo unitario en la impresión del folleto para la clientela de un año. Las recepcionistas dedicaron siete minutos a cada cliente nuevo para explicar el uso del folleto.

Reconocimientos

Este estudio constituye un seguimiento a un proyecto de investigación diseñado por Aníbal Velásquez, Adolfo Reckemmer, María Elena Planas y Rubén Durand con la asistencia técnica de Ricardo Vernon, que fue patrocinado por el Taller de Investigación Operativa del Instituto de Estudios de Población (IEPO) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Lima, diciembre de 1996). El taller formaba parte del programa del IEPO para institucionalizar la investigación operativa en Perú con el apoyo del Proyecto INOPAL III del Population Council, que a su vez está financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos. Este estudio fue financiado por INPPARES y recibió asistencia técnica de INOPAL. Los autores agradecen la detallada asesoría editorial de Jim y Karen Foreit y los comentarios de Bob Miller en relación con un manuscrito anterior.

Referencias

- United Nations. 1995. *Draft Platform for Action*. New York: United Nations.
- Velásquez, Aníbal, N. Ostolaza, T. Williams, y James R. Foreit. 1996. "Encuesta de satisfacción de usuarias en la clínica Patres de INPPARES." Lima: INPPARES. Unpublished.
- Velásquez, Aníbal, Lissette Jiménez, Adolfo Reckemmer, y María E. Planas. 1997. "Algoritmo de oferta sistemática de servicios de salud reproductiva." Lima: INPPARES. No ha sido publicado.
- Vernon, Ricardo y E. Ottolenghi. 1996. *Algoritmo y guía para la oferta sistemática de servicios de salud reproductiva (ALGOSISSAR)*. Mexico: Population Council.

CALIDAD DE LA ATENCION

Introducción

James R. Foreit

Los valores sociales influyen en todos los temas de investigación operativa contenidos en este volumen, y entre estos valores el de la calidad es probablemente el más ideológico de todos. Para los fines de la atención a la salud, la calidad se define como un atributo de programa que se relaciona con cuestiones relativas a lo que se hizo: si se hizo lo correcto y si se lo hizo bien (Aday y cols., 1993). La calidad siempre ha sido una cuestión importante para los programas de planificación familiar, y el tema de la calidad de la atención ha estado presente, invariablemente, en la IO, sobre todo en los estudios que prueban la seguridad de la provisión de anticonceptivos por parte de personal no médico, y en la evaluación de los efectos de las normas de programa (ver, por ejemplo, Rosenfield y Limcharoen, 1972, en la sección de Impacto, y Foreit y cols., 1998, en la sección de Recursos, ambos en este mismo volumen). Sin embargo, el interés central por la calidad no se manifestó hasta la década de los noventa, cuando la prioridad de muchos programas de planificación familiar empezó a trasladarse de la reducción de las tasas de crecimiento de la población hacia la mejoría de la salud reproductiva y de los derechos reproductivos de cada mujer (Alcalá, 1994). El concepto de calidad de la atención contribuye a cumplir con esta nueva prioridad porque combina elementos de los derechos de los pacientes con los intentos de mejorar los resultados de la salud reproductiva.

En los años noventa, los programas se han comprometido públicamente en relación con la calidad: se han producido definiciones detalladas de *calidad* en planificación familiar, se han adaptado técnicas industriales de mejoramiento de la calidad que se han aplicado a los programas, y también se ha hecho investigación sobre el tema. Sin embargo, en los esfuerzos de la IO han predominado los estudios de diagnóstico que describen el nivel de calidad de un programa determinado. Se ha hecho muy poca IO para mejorar el tratamiento a los usuarios, o para demostrar que una prestación de servicios de mayor calidad produce mejores resultados que la prestación de baja calidad. Por consiguiente, uno de los objetivos de esta introducción es proponer temas para la investigación de intervenciones que puedan influir directamente sobre la calidad de los servicios de planificación familiar.

En la actualidad, los programas, los donantes y quienes abogan por la salud de la mujer, se centran en tres aspectos de la calidad de los programas de

planificación familiar, mismos que se pueden resumir como voluntariedad (Bulatao, 1998), trato humanitario a los usuarios y prestación de servicios adecuada y competente. El término *voluntariedad* significa que la responsabilidad de la toma de decisiones recae en la persona que utiliza el programa, lo que a su vez significa que no se obliga ni a hombres ni a mujeres a utilizar la planificación familiar, ni a seleccionar un método específico, y que los usuarios reciben datos suficientes para tomar una decisión informada sobre el método anticonceptivo.

Al hablar de *trato humanitario*, se establece que el personal del programa proporcionará atención compasiva y considerada a los usuarios. No se les gritará, ni golpeará, ignorará o maltratará de manera alguna. Significa también que se respetará el pudor de los clientes, que se responderán a sus preguntas y que se corregirán quejas comunes, tales como un tiempo de espera excesivo, la falta de privacidad y la permanencia en instalaciones incómodas.

Ni la voluntariedad ni el trato humanitario requieren de mayor justificación porque son derechos humanos. De esta manera, los estudios de IO los podemos considerar como variables dependientes o de resultados. La investigación operativa puede contribuir a que los programas aumenten la voluntariedad y el trato humanitario hacia los usuarios trabajando con los gerentes a fin de definir estos resultados de manera operativa, y de efectuar los cambios necesarios en los procesos del programa que permitan su mejoramiento. Por ejemplo, la mayoría de los programas requiere de la firma de formas de consentimiento informado antes de que se efectúe una esterilización o una inserción post-parto del DIU. Este indicador de voluntariedad se podría ampliar para que incluyera un rubro que demostrara que el usuario comprende la información contenida en la forma, o alguna prueba de que el paciente recibió consejería antes de someterse al procedimiento. Los casos de selección informada de un determinado método se podrían medir con calificaciones en pruebas estandarizadas de conocimientos del usuario sobre métodos anticonceptivos, y la participación del cliente en la selección del método se podría evaluar observando a los usuarios mientras interactúan con el prestador o a través de visitas de “cliente simulado”. Las actividades y procesos programáticos que se podrían manejar para mejorar la voluntariedad son la capacitación del proveedor y el entrenamiento de, y consejería para, el paciente.

El trato humanitario se puede medir a través de varias técnicas. Con una técnica de análisis operativo —el análisis del flujo de pacientes— se puede medir el tiempo de espera e identificar los cuellos de botella que contribuyen a períodos prolongados de espera. El cliente simulado y las observaciones y las entrevistas con usuarios de un programa pueden contribuir a obtener información acerca de casos de maltrato. La capacitación y la supervisión del

prestador pueden representar vías promisorias para el aumento en la frecuencia del trato humanitario a los usuarios de los programas.

El tercer elemento de la calidad de la atención, la *prestación de servicios adecuada y competente*, se refiere a los servicios que, cuando se proporcionan correctamente, pueden tener un impacto importante sobre la salud reproductiva de los usuarios y sobre su capacidad de controlar la propia fecundidad. La hipótesis a poner a prueba en los estudios de IO es que cuanto más adecuado sea el servicio y más competente su provisión mayores serán el resultado y el impacto sobre la salud y la fecundidad. En el marco de los servicios de planificación familiar, los términos “adecuado y competente” significan que el programa proporciona, como mínimo, una gama de anticonceptivos adecuada para cubrir las necesidades de diferentes segmentos de la población de usuarios (Potter, 1971; Jain, 1989), que a los usuarios se les entrena en su uso correcto, y que los prestadores son capaces de mostrar la administración correcta de los métodos que distribuyen, lo mismo que de dar seguimiento a los usuarios de anticonceptivos (Bruce, 1990).

La *prestación de servicios adecuada y competente* se maneja como aporte de programa o como variable independiente, porque podemos justificar el costo y el esfuerzo que implica mejorar este elemento al obtener mejores resultados e impacto y, a la larga, una mejora en la proporción costo-beneficio (Sheps, 1955; Donebedian, 1980; Chelminsky, 1993; Nash, 1995). Los gerentes encaran un reto complejo —el de brindar los servicios de manera adecuada y competente. Deben determinar cuánto invertir en mejoras específicas de la calidad, por ejemplo, en relación con la expansión del programa. El problema no es si el programa debe ser de mejor calidad, sino cuánto mejor y de qué tipo es esa mejora (Bulatao, 1998).

Los retos básicos de la IO son identificar las mejoras de la calidad que afectarán los resultados y determinar su costo. La investigación operativa debería empezar por determinar qué resultados se pretende mejorar. Cuando se hayan identificado, el programa debería considerar si elevar el nivel de calidad contribuye a lograr esa mejora. Una vez que se ha determinado si mejorar la calidad puede coadyuvar al logro de los resultados deseados, se debería probar de manera prospectiva y con un diseño experimental la relación entre la calidad y los resultados.

Cuando se considera la calidad como variable independiente, se deben tener en cuenta dos tipos de indicadores: los que miden el nivel de la calidad de los servicios prestados, y los que miden el grado en el que dicha calidad influye sobre los resultados. Ambos indicadores son relevantes para el estudio de la prestación de servicios adecuada y competente. El nivel de calidad que ofrece un programa se ha medido con diferentes tipos de indicadores, que van desde los sencillos, que intentan capturar un solo aspecto de la calidad (por ejemplo, las

calificaciones de los prestadores en pruebas estandarizadas como un indicador de competencia técnica), hasta escalas que pretenden medir el nivel global de calidad que ofrece un punto de prestación de servicios o un programa mediante la combinación de indicadores sencillos (Mensch y cols., 1996).

El investigador de IO dispone de múltiples maneras de medir resultados al estudiar la calidad como una variable independiente. Entre ellas se encuentran indicadores tan comúnmente utilizados como el cambio en la fecundidad, la prevalencia anticonceptiva y las tasas de continuación de la planificación familiar, así como medidas menos usadas de morbilidad anticonceptiva y el logro de la fecundidad individual deseada.

Un problema común al que se enfrenta la investigación sobre calidad de la atención es confundir la calidad con el acceso. Los indicadores de acceso frecuentemente se utilizan como indicadores de calidad, lo que da como resultado la medición de niveles de acceso más que niveles de calidad (véase, por ejemplo, Brown y cols., 1995 y Mensch y cols., 1996). El acceso es un aspecto diferente a la calidad (véase la tercera sección en este mismo volumen). Más aún, el acceso es una pre-condición de la calidad —sin acceso, la calidad es irrelevante. Cuando existe acceso a los servicios, el reto de la investigación es demostrar que un incremento en la calidad trae consigo mejores resultados que los que se obtienen únicamente a través del acceso.

Se ha propuesto que la satisfacción del usuario es un resultado de la mejora en calidad (Donebedian, 1980; Bruce, 1990). Sin embargo, casi todos los intentos para medir directamente el grado de satisfacción con servicios de planificación familiar prestados han fracasado, porque invariablemente se han obtenido informes de niveles de satisfacción elevados y constantes, prácticamente bajo cualquier circunstancia. Tal y como lo conceptualiza la literatura sobre mercadotecnia, la satisfacción se manifiesta en lealtad a la marca, negocios repetidos y publicidad oral. De forma similar, en la literatura sobre salud la satisfacción se manifiesta en un mejor cumplimiento y en una buena publicidad verbal (MacStravic, 1991). Por extensión, en los programas de planificación familiar las mediciones de satisfacción pueden incluir la adopción de métodos de planificación familiar, la continuación de la planificación familiar y, en última instancia, la prevalencia de la anticoncepción.

En la literatura sobre IO, el número de estudios sobre calidad de la atención es relativamente pequeño todavía, y los estudios individuales se enfrentan a menudo a uno o más de los problemas discutidos arriba. Los tres artículos que se presentan en esta sección fueron seleccionados en virtud de la representatividad de la IO en la calidad de los programas de planificación familiar. Tal y como es típico en la mayor parte de la literatura de IO que habla de calidad, dos de los tres trabajos utilizan la definición de calidad de Bruce (1990) para organizar la

investigación. Esta definición se basa en el trabajo de Donabedian (1980), quien examinó la calidad del sistema estadounidense de atención médica. Bruce especifica seis elementos de la calidad: (1) variedad de métodos; (2) información proporcionada al usuario; (3) competencia técnica; (4) relaciones interpersonales; (5) continuidad de uso, y (6) constelación apropiada de servicios.

El primer trabajo es un análisis situacional que se condujo en Senegal (Programa Nacional de Planificación Familiar de Senegal, 1995, en este mismo volumen). El análisis situacional es una herramienta utilizada con frecuencia para medir qué tan bien funciona un programa. Típicamente, combina la observación directa de la interacción prestador-usuario con inventarios de equipo y suministros, así como entrevistas a prestadores y usuarios en un momento específico. También se le ha utilizado extensamente para estudiar la calidad de los servicios (Miller y cols., 1997). En la elaboración de los informes sobre calidad de un programa, los análisis de situación emplean, por lo general, seis categorías, las mismas que pueden encontrarse en el marco de referencia de Bruce.

El análisis situacional no examina la relación entre calidad y resultados. Más bien, mide el nivel de calidad presente en un programa de planificación familiar en un momento dado. El informe de Senegal contiene información sobre el tiempo de espera de los usuarios, así como otros indicadores de trato humanitario y mediciones de indicadores de la calidad de los servicios y de las prácticas del prestador que se supone influyen sobre los resultados de salud y sobre la fecundidad.

La segunda lectura es un informe de MEXFAM, una ONG mexicana (López Juárez y cols., 1995), acerca de la aplicación de la mejora continua de la calidad (CQI por sus siglas en inglés), que es una de varias metodologías que incluyen la participación del personal del programa en la definición y ejecución de mejoras en los programas de planificación familiar en lo que atañe a calidad. Otras metodologías son la mejora en la calidad del servicio (SQI por sus siglas en inglés) y la COPE —por sus siglas en inglés— (orientada al cliente, proveedor eficiente). Estas metodologías, al igual que la CQI, se adaptaron de los sistemas de aseguramiento de la calidad utilizados en medicina y de los sistemas de administración total de la calidad que se emplean en los negocios (Askew y cols., 1994). Un elemento común a la mayoría de estas técnicas es la formación de grupos de empleados que se reúnen periódicamente para discutir problemas del trabajo y para proponer soluciones.

El estudio de MEXFAM es, en cierta manera, un informe atípico de investigación de operaciones. No es un diagnóstico convencional ni un estudio de intervención; más bien es una descripción de la implantación de un amplio esfuerzo de mejora de un programa que se esperaba que lograra simultánea-

mente la institucionalización del uso de la IO dentro de la organización. Es también uno de los dos únicos artículos que se incluyen en este volumen (el otro es el de Nazzar y cols., 1995, en la sección de Realización), que se basa primordialmente en técnicas cualitativas de investigación.

El último trabajo de esta sección es un estudio sobre la relación entre la calidad y los resultados, que realizó el Ministerio de Salud de Guatemala (Vernon y cols., 1994); es uno de los pocos estudios de intervención sobre calidad de atención en planificación familiar que existen en la bibliografía. Es también uno de los contados estudios publicados en la literatura de IO que reporta resultados negativos –el intento fallido de confirmar la hipótesis de investigación. El estudio pretendía determinar el efecto de mejorar la calidad de la supervisión en los resultados del programa. Utiliza un diseño prospectivo, cuasiexperimental, e informa respecto del efecto de una intervención basada en la metodología COPE acerca de la producción de años-protección-pareja. Aunque la intervención no tuvo éxito, los informes sobre resultados negativos son importantes para la IO, ya que ayudan a conformar nuestra comprensión al identificar intervenciones específicas que posiblemente no puedan afectar resultados específicos.

Referencias

- Aday, Lu Ann y cols. 1993. *Evaluating the Medical Care System: Effectiveness, Efficiency, and Equity*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Alcalá, María José. 1994. *Action for the 21st Century, Reproductive Health and Rights for All*. New York: Family Care International.
- Askew, Ian y cols. 1994. "Indicators for measuring the quality of family planning services in Nigeria." *Studies in Family Planning* 25, 5: 268–283.
- Brown, Lisanne y cols. 1995. "Quality of care in family planning services in Morocco". *Studies in Family Planning* 26, 3: 154–168.
- Bruce, Judith. 1990. "Fundamental elements of the quality of care: A simple framework". *Studies in Family Planning* 21, 2: 61–91.
- Bulatao, Rodolfo A., consultor. 1998. Comunicación personal. Junio 19.
- Chelminsky, E. 1993. "The political debate about health care: Are we losing sight of quality?" *Science* 262: 525–528.
- Donabedian, Avedis. 1980. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume I, The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- MacStravic, R. Scott. 1991. *Beyond Patient Satisfaction*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Miller, Robert y cols. 1997. *The Situation Analysis Approach to Assessing Family Planning and Reproductive Health Services. A Handbook*. New York: The Population Council.
- Mensch, Barbara y cols. 1996. "The impact of the quality of family planning services on contraceptive use in Peru". *Studies in Family Planning* 27, 2: 59–75.
- Nash, David B. 1995. "Accountability for hospital quality: The role of clinical practice guidelines". In Norbert Goldfield and David B. Nash (eds.). *Providing Quality Care: Future Challenges*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Sheps, Mindel C. 1955. "Approaches to the quality of hospital care". *Public Health Reports* 9: 877–886.

COMENTARIOS INTRODUCTORIOS

Análisis situacional del Sistema de Prestación de Servicios de Planificación Familiar en Senegal

Programa Nacional de Planificación Familiar de Senegal, Ministerio de Salud y Acción Social, y Proyecto de Asistencia Técnica e Investigación Operativa II para África, Population Council

Cuestión programática: *El propósito del estudio era identificar en el programa senegaleses tanto sus áreas fuertes como las débiles.*

Procesos/componentes programáticos: *El estudio consistió en una evaluación de las condiciones de la infraestructura, la logística, la disponibilidad y la calidad de los servicios.*

Diseño de la investigación: *Los 180 puntos de prestación de servicios (PPS) del Programa Nacional de Planificación Familiar se incluyeron en el estudio. La recolección de los datos cubrió inventarios de suministros y equipo, una encuesta a los prestadores de servicios, encuestas de salida con clientes y observación de la interacción entre cliente y proveedor.*

Hallazgos: *Además de proporcionar información sobre la disponibilidad de servicios y suministros en los PPS, el informe incluye una discusión sobre los elementos del marco conceptual de Bruce, tal y como se aplica a los resultados del proyecto. Los puntos fuertes del programa incluyen dar recordatorios por escrito a los clientes de su próxima cita, e informarles a dónde pueden acudir para reabastecerse del método. Los puntos débiles en cuanto a calidad incluyen la no observancia de las normas del programa, la deficiente capacitación de los proveedores y una insuficiente consejería a los clientes. En general, la satisfacción fue muy alta. Más de 96 por ciento de los clientes informó que estaba satisfecho con los servicios e información que había recibido.*

Respuestas del programa a los hallazgos: *Se llevaron a cabo seminarios de divulgación para proveedores y gerentes en diferentes partes de Senegal. Muchos de los asistentes manifestaron que instituirían cambios en sus respectivos puntos de prestación de servicios para mejorar la calidad.*

Discusión: *La magnitud de los cambios que fueron realizados y los resultados de los mismos requerirán de una comparación entre este*

estudio y un análisis situacional futuro. La mayoría de los análisis situacionales se efectúa en aislamiento. Sin embargo, su valor para los programas aumenta si el análisis situacional se utiliza como parte de un ciclo de actividades de investigación operativa, o de asistencia técnica, para mejorar la calidad y otros aspectos del funcionamiento del programa. Como parte de un programa de investigación o asistencia técnica el análisis situacional puede ser usado como medida de pre- y post-test para valorar las mejoras del programa.

Análisis situacional del Sistema de Prestación de Servicios de Planificación Familiar de Senegal

Programa Nacional de Planificación Familiar de Senegal,
Ministerio de Salud y Acción Social, y Proyecto de
Asistencia Técnica e Investigación Operativa II
para África, Population Council

Introducción

En Senegal, las tendencias de la fecundidad han sido similares a las de África Sur-Sahariana en su conjunto. La más reciente Encuesta Demográfica y de Salud situó la tasa global de fecundidad (TGF) de Senegal en 6,0 hijos por mujer (1992–93), lo que refleja una disminución consistente al comparársele con la TGF de 7,1 hijos por mujer de la Encuesta Mundial de Fecundidad de 1978. A pesar de los esfuerzos progresistas realizados por el gobierno senegalés, las altas tasas de fecundidad y crecimiento del país han estado acompañadas por graves problemas de salud y, al igual que muchos países de África Occidental, es apenas recientemente que Senegal ha comenzado a preocuparse por los aspectos demográficos y por su impacto sobre el desarrollo económico.

Los desarrollos de políticas orientadas a favorecer la expansión de la planificación familiar comenzaron en 1980, año en el que se revocó una ley francesa que prohibía la distribución y el uso de anticonceptivos. Esta iniciativa allanó el camino para que los principales donantes, tales como la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, FNUAP, comenzaran a ofrecer asistencia a los programas locales de población en 1981 y 1982, respectivamente, cubriendo las diez regiones del país. En 1988, el gobierno de Senegal adoptó oficialmente una política de población que sirvió como preámbulo para la creación del Programa Nacional de Planificación familiar (PNPF) del país en el año 1991.

El PNPF juega un papel central en la coordinación y ejecución de las actividades de planificación familiar y de salud materno-infantil en todo el país. Sin embargo, en la actualidad atraviesa por un período de transición, ya que el Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS) le ha solicitado llevar a cabo una

revisión de sus prioridades y recursos con el fin de mejorar la calidad de la prestación de servicios de planificación familiar. Aunque han habido evaluaciones previas que han suministrado algunas indicaciones sobre cómo mejorar la calidad de los servicios, no ha habido ningún estudio que haya provisto un diagnóstico integral de la situación, y a la fecha no se han formulado intervenciones específicas basadas en datos confiables.

Objetivos

El Análisis Situacional de Senegal (ASS) es el primero de dos importantes estudios programados por el PNPF en colaboración con el Proyecto II de Asistencia Técnica/Investigación Operativa del Population Council. Los objetivos inmediatos del estudio son: (1) suministrar información descriptiva acerca de la disponibilidad, el funcionamiento y la calidad de los servicios de planificación familiar en Senegal, e identificar las fortalezas y las debilidades particulares del Programa Nacional; (2) formular recomendaciones estratégicas para el Programa de Supervivencia Infantil y Planificación Familiar, un programa de cinco años de duración financiado por la USAID; y (3) identificar indicadores de calidad y suministrarlos al Ministerio de Salud y Acción Social.

Metodología

En un estudio de análisis situacional (AS) se emplean tres unidades de muestreo: el punto de prestación de servicios (PPS), el personal de cada PPS y los clientes. Los instrumentos estándar para la recolección de datos que cubren a todas las unidades de muestreo son los siguientes:

- un inventario de suministros, equipos y otras características de las instalaciones;
- una observación de las interacciones prestador-cliente;
- una entrevista con los clientes de planificación familiar;
- una entrevista con el personal de planificación familiar;
- una entrevista con clientes de salud materno-infantil.

Durante la primavera y el verano de 1994, los instrumentos de recolección de datos se adaptaron para Senegal; en julio del mismo año se sometieron a *pre-test*. La recolección de datos tuvo lugar entre el 1º de agosto y el 30 de septiembre de 1994. Aunque el propósito original de los estudios de análisis situacional era el de generar información descriptiva básica, sus objetivos han incluido, de manera creciente, análisis sofisticados al igual que pruebas de investigación y de hipótesis. En la actualidad, los proyectos de investigación operativa del Population Council intentan abordar un aspecto metodológico sustantivo en cada nuevo estudio. El Análisis Situacional de Senegal tiene tres características distintivas principales:

- 1 *Censo de puntos de entrega de servicios.* A diferencia de la mayoría de los estudios de AS anteriores, en donde se seleccionaban muestras amplias y representativas para el análisis, en Senegal diversos equipos visitaron a todos y cada uno de los 180 PPS funcionales que ofrecían servicios de planificación familiar. Se entrevistó a todos los clientes y prestadores de servicios de planificación familiar que se encontraban presentes el día de la encuesta, al igual que a varias clientes de salud materno infantil. Durante las entrevistas se completaron 180 inventarios (uno por cada PPS) del equipo y suministros necesarios para proveer servicios de planificación familiar, y se realizaron 1.123 observaciones de interacciones de entrega de servicios, así como entrevistas a 837 clientes y a 361 miembros del personal de PPS.
- 2 *Aproximaciones experimentales.* Uno de los aspectos innovadores del presente estudio es la inclusión de preguntas especiales relativas al aborto y a las intenciones reproductivas. A las mujeres se les preguntó acerca de su historial de abortos utilizando enfoques directos e indirectos para evaluar si las distintas maneras de plantear las preguntas sobre el aborto tienen algún efecto sobre los índices de respuesta. La segunda aproximación experimental involucra el uso de un panel de mujeres que fueron seleccionadas y entrevistadas en relación con sus intenciones reproductivas. Se le dará seguimiento a este panel y se le entrevistará de nuevo durante el segundo estudio de análisis situacional, a fin de determinar si las mujeres pudieron lograr sus objetivos.
- 3 *Control del sesgo de los observadores.* Con el propósito de investigar si la presencia de un observador sesga el desempeño de los prestadores durante la consulta, los equipos de investigación volvieron a realizar visitas consecutivas de hasta dos o tres días, particularmente en aquellas clínicas con altos índices de manejo de casos.

Resultados

Los resultados del estudio se presentan en tres secciones: la primera describe las características sociodemográficas de las clientes de planificación familiar y salud materno-infantil; la segunda describe la capacidad funcional de los PPS; y la tercera delinea los seis elementos básicos de la calidad de la atención en los PPS sobre la base del marco de calidad de la atención de Bruce (1990).

Características sociodemográficas

La edad de las clientes varía entre 15 y 49 años, con una edad promedio de 29 años en el caso de clientes de PF, y de 26 años para las clientes de SMI. La gran mayoría de las mujeres entrevistadas está casada, y más de la mitad es

monógama. Cincuenta y dos por ciento de las clientes de PF y 37 por ciento de las clientes de SMI han cursado estudios. Prácticamente todas las mujeres entrevistadas son musulmanas.

Los niveles de fecundidad son altos en ambas poblaciones: 53 por ciento de las clientes de PF y 35 por ciento de las clientes de SMI tienen por lo menos cuatro hijos. Sin embargo, el número de hijos vivos por grupo varía entre cero y 11. Aproximadamente una de cada tres mujeres estaba amamantando al momento de realizarse la encuesta. La mediana de edad del último hijo es de 24 meses.

El estudio revela que existe una demanda tanto para espaciar los nacimientos como para limitar el número de hijos. De hecho, 26 por ciento de las clientes de PF y 19 por ciento de las clientes de SMI no desean tener más hijos. Entre las mujeres que desean espaciar su próximo nacimiento (61 por ciento de las clientes de PF y 77 por ciento de las clientes de SMI), el intervalo deseado es de aproximadamente tres años o más. Sin embargo, únicamente 4,8 por ciento de las clientes de SMI estaba utilizando un método anticonceptivo al momento de la encuesta.

Los métodos que las nuevas clientes de PF aceptan con más frecuencia son la píldora (51 por ciento), los inyectables (24 por ciento) y el DIU (19 por ciento). Entre las clientes en visita subsecuente, los métodos aceptados más a menudo son la píldora (59 por ciento), seguida por el DIU (26 por ciento) y los inyectables (11 por ciento). La introducción reciente de los implantes NORPLANT^{MR} como parte de un proyecto piloto en cinco PPS explica la utilización de este método por parte de 5 por ciento de las clientes nuevas y de 1 por ciento de las clientes en visita subsecuente.

Capacidad funcional de los PPS

La recolección sistemática de datos en los PPS permitió adquirir un mejor conocimiento de la capacidad funcional de cada uno, de acuerdo con los cinco elementos siguientes:

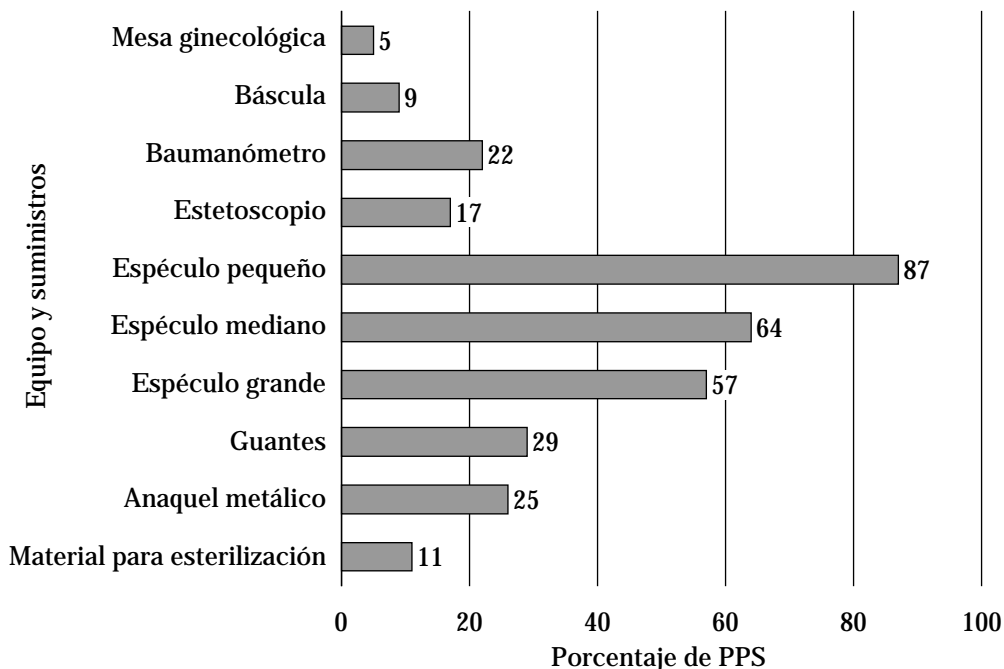
- (a) *Instalaciones y equipo.* Se considera que las instalaciones y la infraestructura de los PPS son satisfactorias. Setenta y nueve por ciento de los PPS cuenta con una área o habitación separada para realizar los exámenes. El equipo de investigación juzgó que en 85 por ciento de los PPS la sala de examen tenía privacidad visual, que 81 por ciento contaba con privacidad auditiva, que en 88 por ciento de los casos la sala estaba limpia, y que 84 por ciento tenía una iluminación adecuada. Una proporción menor (67 por ciento) disponía de agua adecuada en las áreas de examen.

La gráfica 1 muestra el porcentaje de clínicas que carecían del equipo "mínimo"¹ necesario para ofrecer servicios de PF. Mientras que

más de la mitad de las clínicas carecen del número mínimo de espéculos, es significativo el hecho de que 22 por ciento de los PPS carecen de un baumanómetro, que 17 por ciento carece de un estetoscopio y que 11 por ciento no dispone de materiales para esterilización.

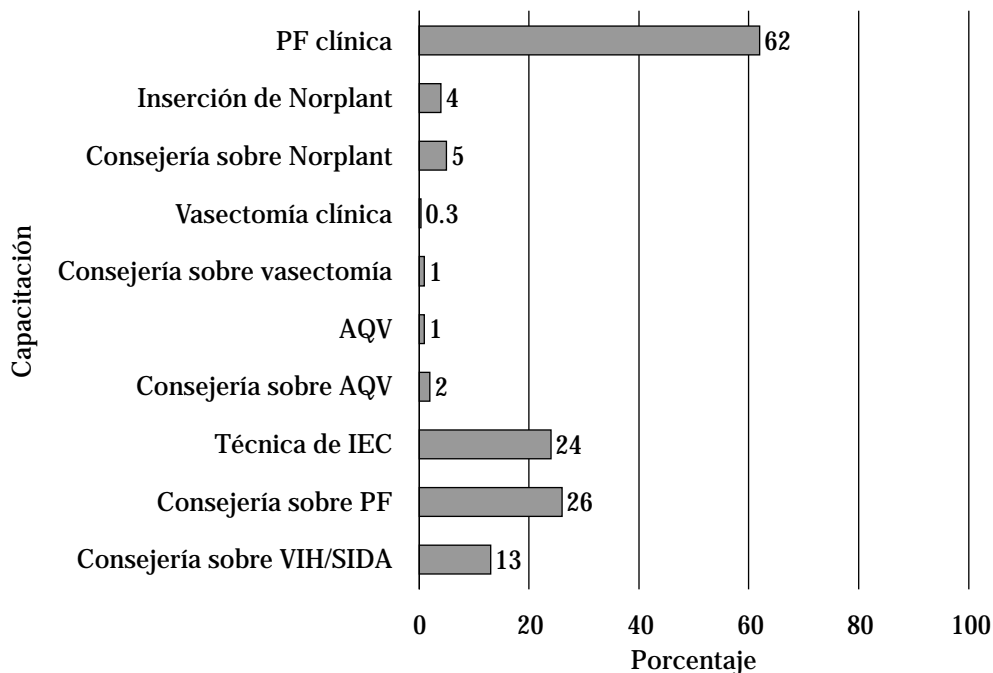
- (b) *Suministros anticonceptivos y logística.* Mientras que los anticonceptivos y los métodos de barrera (condones y espermicidas) se encuentran disponibles en todos los PPS, el DIU y los métodos inyectables se encuentran disponibles en 78 por ciento y 63 por ciento de los PPS, respectivamente. En los seis meses que precedieron al estudio, el desabasto de anticonceptivos orales combinados fue una situación común que se presentó en cerca de 8 por ciento de las clínicas que ofrecían la marca principal: Lofemenal. Los métodos inyectables presentaron la frecuencia más alta de desabasto, situación que se dio en más de 20 por ciento de los PPS, lo que obedece en parte al hecho de que el FNUAP era el único proveedor de métodos inyectables al momento del estudio.

Gráfica 1. Porcentaje de PPS que carecen del equipo mínimo necesario para ofrecer servicios de PF, Senegal, 1994.



N = 180.

Fuente: Inventario del Análisis Situacional de Senegal, 1994.

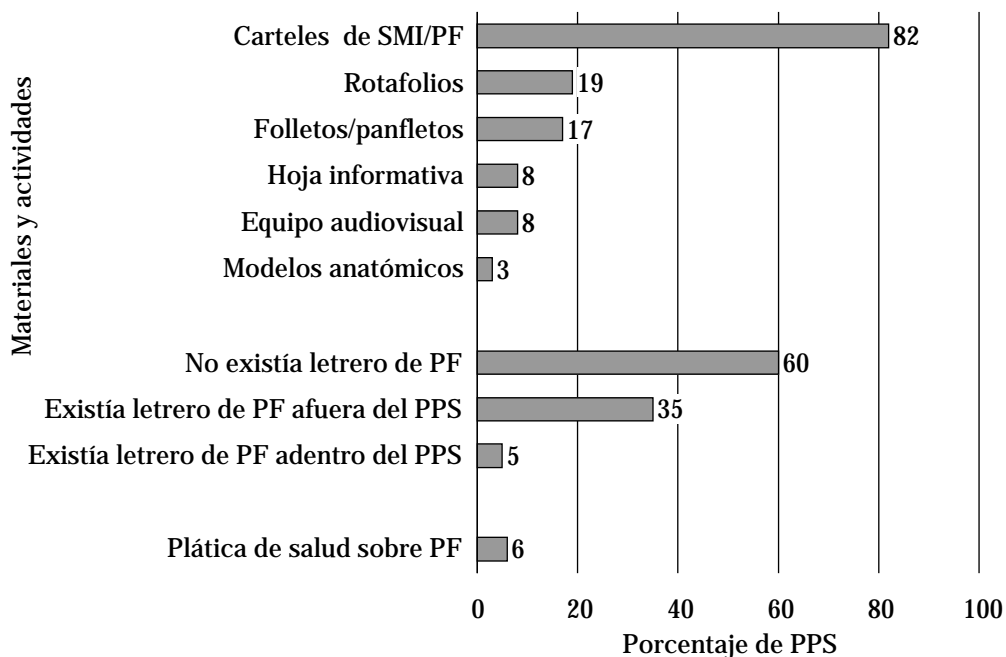
Gráfica 2. Porcentaje de personal capacitado por tipo de capacitación, Senegal, 1994.

N = 361.

Fuente: Análisis Situacional de Senegal, entrevistas a personal de PF, 1994.

Cincuenta y dos por ciento de los PPS que se visitaron contaba con un sistema de registro para controlar el manejo de pedidos y las existencias de anticonceptivos. En 51 por ciento de los PPS los anticonceptivos se encontraban almacenados correctamente por fecha de caducidad, y 79 por ciento de los PPS disponía de áreas de almacenamiento que protegían sus existencias de manera adecuada. Los datos indican que aun cuando muchas clínicas tienen espacio disponible y almacenan sus anticonceptivos de manera apropiada, podrían mejorarse los aspectos administrativos relativos al almacenamiento y al manejo de pedidos.

- (c) *Experiencia y capacitación del personal.* En Senegal, 361 miembros del personal fueron entrevistados para el estudio. La mayoría era partera (60 por ciento), y algunos eran agentes de salud comunitarios (14 por ciento) o auxiliares de enfermería (13 por ciento). Aproximadamente tres de cada cuatro prestadores de servicios reportaron que su capacitación había sido insuficiente como para permitirles ofrecer servicios adecuados de PF. Adicionalmente, la gráfica 2 revela la necesidad de capacitación diversificada,

Gráfica 3. Actividades y materiales de IEC disponibles en los PPS, Senegal, 1994.

N = 180.

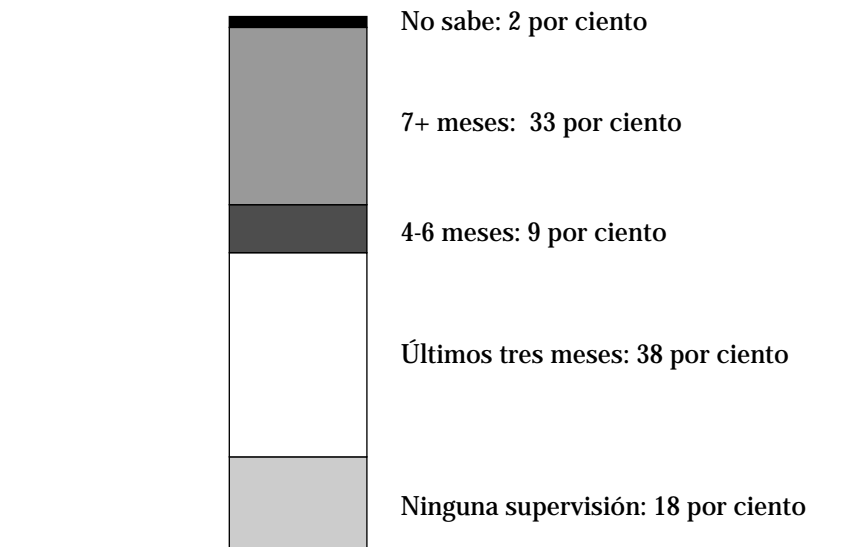
Fuente: Inventario del Análisis Situacional de Senegal, 1994.

considerando que más de la mitad de los prestadores (62 por ciento) afirmó haber recibido capacitación en PF clínica, pero muy pocos en consejería sobre PF (26 por ciento), técnicas de IEC (24 por ciento) o consejería sobre VIH/SIDA (13 por ciento).

Del personal que suministró un método de planificación familiar en los tres meses que precedieron a la encuesta, 88 por ciento había ofrecido píldoras de Lofemenal, 82 por ciento había suministrado píldoras de Ovrette (progestina sola), 75 por ciento había distribuido condones y 68 por ciento había suministrado espermicidas. Más de 50 por ciento había distribuido DIUs y métodos inyectables, mientras que menos de 10 por ciento había ofrecido anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV).

- (d) *Actividades y materiales de IEC.* En la gráfica 3 se observa que el aspecto de IEC es uno de los puntos más débiles del programa de PF de Senegal. Aun cuando una gran mayoría (82 por ciento) de los PPS disponía de carteles de SMI y PF, la proporción de clínicas con otros materiales de IEC era muy baja. Los datos también revelan que las actividades de IEC en los PPS prácticamente no existen; únicamente 6

Gráfica 4. Tiempo transcurrido desde la última visita de un supervisor de PF, Senegal, 1994.



N = 180.

Fuente: Inventario del Análisis Situacional de Senegal, 1994.

por ciento de los PPS visitados tuvo una plática de PF el día de la visita. Además, en 60 por ciento de los PPS no había un letrero visible en el que se anunciara la disponibilidad de los servicios de PF.

- (e) *Administración y supervisión.* La administración y la supervisión de las actividades de PF en todas las PPS acusa debilidades importantes. Únicamente 6 por ciento de los PPS tenía descripciones de puesto y responsabilidades definidas para el personal, 8 por ciento contaba con un programa de actividades, y 2 por ciento había establecido un objetivo en cuanto al número de clientes a las cuales brindar servicio en un momento dado.

De acuerdo con las normas del PNPf, cada PPS debe recibir una visita de supervisión cada tres meses. Es de lamentar que sólo 38 por ciento de los PPS había recibido la visita de un supervisor durante los tres meses anteriores a la encuesta (gráfica 4). Treinta y tres por ciento no había sido visitado por un supervisor en siete meses o más, y 18 por ciento no había recibido supervisión alguna.

La gran mayoría de los PPS (94 por ciento) elabora un informe estadístico mensual de actividades de PF. Sin embargo, en los 30 días que precedieron a la encuesta, únicamente 65 por ciento le había enviado el informe a un supervisor. La falta de retroalimentación

respecto de la calidad y el uso de estos informes por parte de los supervisores podría ser un factor de desaliento para los prestadores de servicios en lo que se refiere a la observancia del procedimiento para los informes.

Calidad de la atención

Esta sección trata de la calidad de la atención real que ofrecen los PPS, tal como la definen los seis elementos del marco de la calidad de atención de Bruce (1990). Los datos se miden a través de observaciones de la interacción cliente-prestador y de entrevistas subsecuentes con prestadores de servicios y con clientes de PF.

Elección de métodos

Si la cliente desea espaciar su siguiente embarazo, más de tres de cada cuatro prestadores recomiendan la píldora o el DIU. Entre los prestadores de servicios de PF en Senegal existen prejuicios en relación con el uso de métodos inyectables; los prestadores afirman que estos métodos se ofrecen para limitar el número de nacimientos. Por lo general, las clientes que acuden a su primera visita tienen en mente un método deseado (53 por ciento). En más de la mitad de los casos el método que se considera es la píldora. Además de los condones y los espermicidas, que tienen una baja demanda, la elección personal de la píldora o de los métodos inyectables por parte de las clientes es la que más se respeta (81 por ciento). La elección del DIU por parte de las clientes se respeta únicamente en 67 por ciento de los casos.

Aunque ya no se requieren pruebas médicas previas al suministro de un método anticonceptivo, cerca de una cuarta parte de los prestadores todavía las solicitan. Una prueba de orina, una prueba de sangre y el examen de Papanicolaou son las pruebas que se solicitan con más frecuencia para prescribir la píldora. Un número significativo de prestadores tienen ciertos prejuicios en relación con la distribución de métodos específicos. Más de la mitad de los prestadores afirma que una mujer debe tener por lo menos un hijo antes de recibir un método. Dado que en Senegal los métodos inyectables parecen estar asociados con la infertilidad, los prestadores indicaron que una mujer debía tener por lo menos tres hijos antes de recibir este método en particular. Más de 80 por ciento de los prestadores entrevistados señaló que se requiere de una edad mínima de 17 años y una máxima de 37 para suministrarle la píldora a una mujer. Sin embargo, la edad mínima es más alta para el DIU (19 años) y para los métodos inyectables (25 años). Por último, a pesar de que únicamente 10 por ciento de los prestadores requeriría que una mujer estuviera casada para poder prescribirle un método anticonceptivo, una proporción más significativa (34 por ciento) afirmó que solicitaba la aprobación por parte del esposo, particularmente

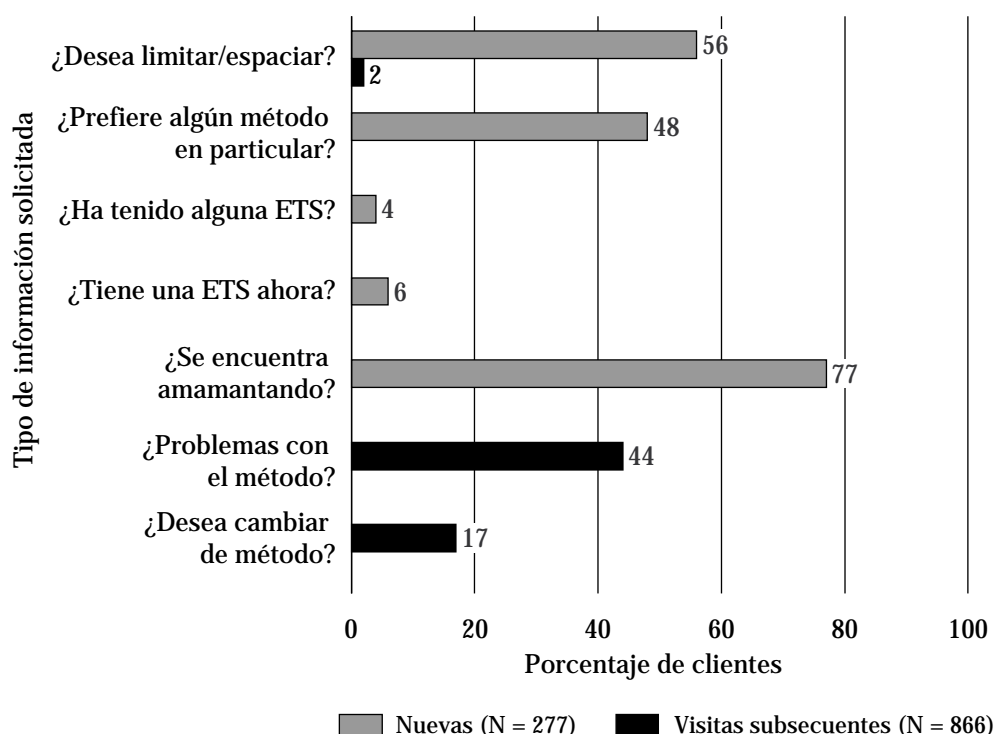
en el caso de la píldora y el DIU. Muy pocos prestadores alientan el uso de un método en particular (13 por ciento). Los métodos que los prestadores fomentan con más frecuencia son la píldora, seguida del DIU y los métodos inyectables.

Información dada al usuario

El conocimiento del cliente respecto a las opciones anticonceptivas depende no solamente de la simple mención de un método, sino también de la medida en que se le proporcione información. El prestador debe orientarse a determinar las necesidades de la cliente y a presentarle la variedad de métodos disponibles, junto con sus contraindicaciones, ventajas y desventajas.

La gráfica 5 muestra que los prestadores de servicios le preguntan a 56 por ciento de sus clientes nuevas acerca de sus intenciones reproductivas, y a 48 por ciento respecto de su método anticonceptivo preferido. Únicamente a 44 por ciento de las clientes que regresaron a visitas subsecuentes se le preguntó acerca de problemas a los que se habían enfrentado en relación con el método que

Gráfica 5. Preguntas hechas de manera espontánea por el prestador de servicios durante la consulta, Senegal, 1994.



Fuente: Análisis Situacional de Senegal, observaciones, 1994.

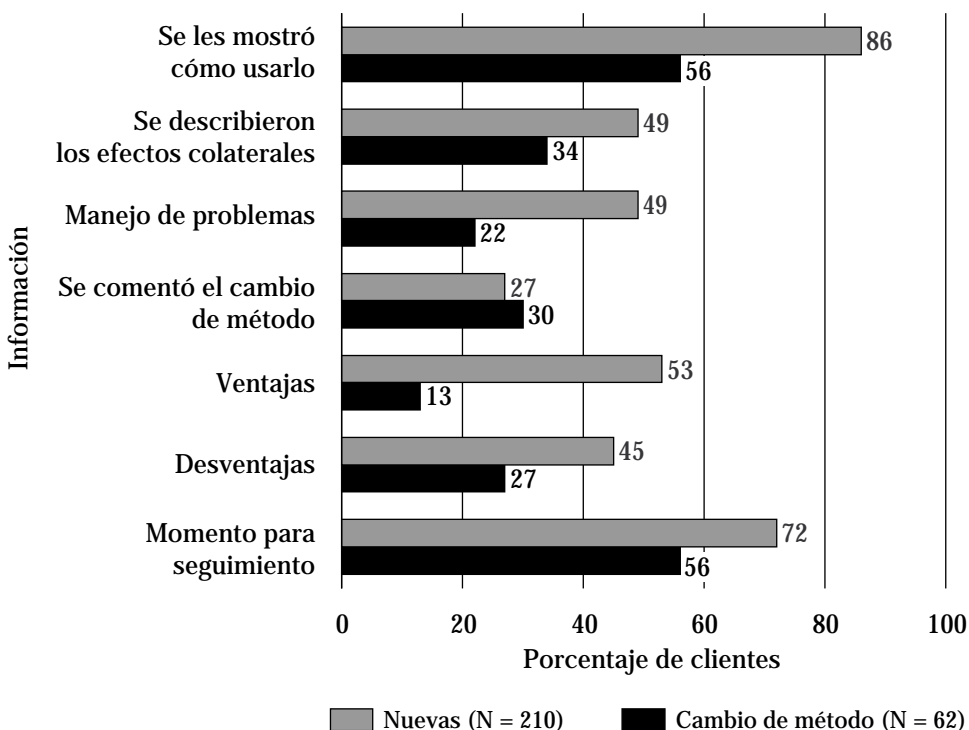
usaban en ese momento. Entre las que reportaron tener problemas, únicamente a 17 por ciento se le ofreció la posibilidad de cambiar de método.

Los datos obtenidos revelan que no todos los métodos se mencionan de forma sistemática a las nuevas clientes. La píldora se le mencionó a 75 por ciento de ellas, el DIU a 54 por ciento, los métodos inyectables a 42 por ciento y el condón a 25 por ciento.

Las clientes nuevas reciben más información acerca del método seleccionado que las clientes en visitas subsecuentes que han cambiado a un nuevo método. La información que se ofrece más a menudo tiene que ver con la forma de usar el método y el seguimiento (ver la gráfica 6). Más de 50 por ciento de las clientes nuevas no recibió información alguna acerca de las desventajas o efectos secundarios del método seleccionado, ni sobre las precauciones o la posibilidad de cambiar de método en caso de presentarse algún problema.

Una comparación de los resultados anteriores con datos surgidos de las entrevistas individuales hechas a las clientes revela que, en general, las clientes

Gráfica 6. Información proporcionada a clientes de PF en relación con el nuevo método aceptado, Senegal, 1994.



Fuente: Análisis Situacional de Senegal, entrevistas a clientes de PF, 1994.

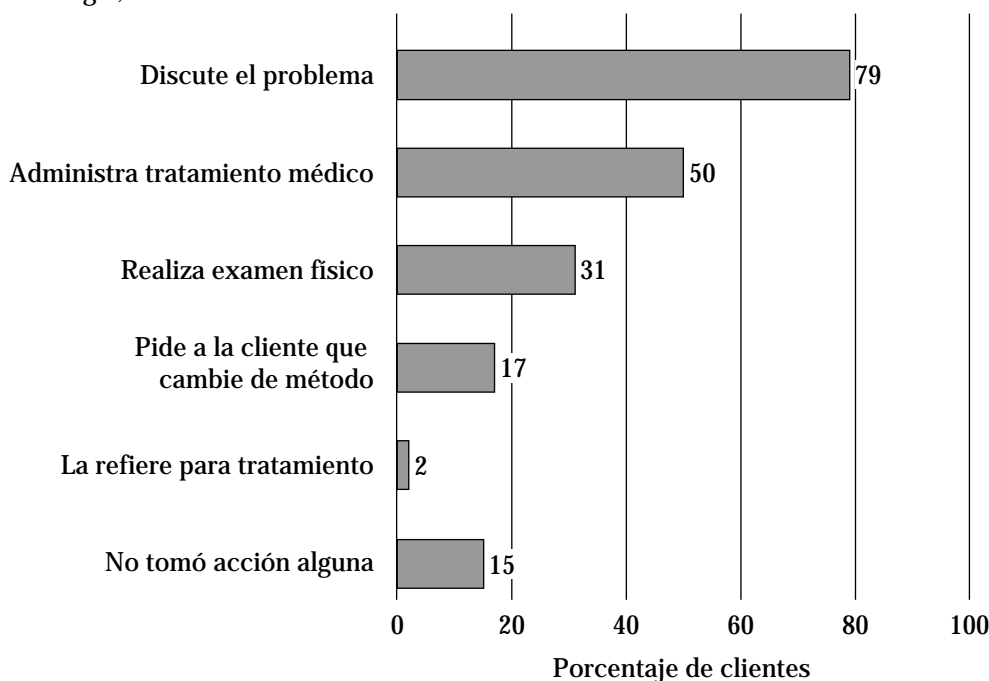
han retenido una cantidad de información limitada acerca del método seleccionado. El nivel de conocimiento de las clientes acerca del método que utilizan es particularmente bajo en lo que se refiere a sus efectos secundarios menores y mayores.

Competencia técnica

Durante la recolección de datos, los miembros del equipo registraron los procedimientos médicos que se observaron durante los exámenes que se practican a las clientes, incluyendo la observación de protocolos y las medidas de asepsia realizadas durante el examen pélvico y cuando se ofrecía un método clínico (esto es, DIUs e implantes).

La gran mayoría de los prestadores les preguntan a sus clientes acerca de la fecha de su última menstruación y proceden a pesarlas y a tomarles la presión arterial. Los exámenes de la pelvis y de los senos se realizan con mayor frecuencia a las clientes nuevas (72 por ciento y 69 por ciento, respectivamente). Reconocer y abordar el problema de una cliente con un método en particular sigue siendo un elemento importante para la continuidad de uso del método. Los

Gráfica 7. Acciones del prestador en el caso de clientes con problemas, Senegal, 1994.



N = 251.

Fuente: Análisis Situacional de Senegal, observaciones de clientes de PF, 1994.

datos de este estudio revelan que en esos casos únicamente 17 por ciento de los prestadores le sugirió a las clientes que cambiaran de método, 2 por ciento refirió a las clientes para tratamiento, y otro 15 por ciento desatendió el problema totalmente (ver la gráfica 7).

Para los exámenes pélvicos a clientes en visitas subsecuentes, se observó que en 80 por ciento de los casos se utilizó un espéculo estéril, y guantes estériles en 65 por ciento de los casos. Solamente 10 por ciento de los prestadores se lavó las manos antes de realizar el examen. A cerca de 80 por ciento de las clientes no se les informó que se les practicaría un examen pélvico, y únicamente a 30 por ciento de las clientes nuevas y a 42 por ciento de las clientes que estaban en una visita subsecuente se les informaba de los resultados.

Los prestadores (en su mayoría enfermeras y parteras), están bien informados acerca de cómo utilizar cada uno de los tres principales métodos anticonceptivos —la píldora, el DIU y los métodos inyectables— y de sus efectos colaterales menores. Sin embargo, el nivel de conocimiento acerca de los principales efectos colaterales de estos métodos representa una debilidad significativa de su capacitación.

Relaciones interpersonales

La sección acerca de las relaciones interpersonales se refiere a la interacción entre el prestador y la cliente. Las dificultades implícitas en la medición de este elemento han sido reconocidas por otros investigadores. En el estudio de Análisis Situacional de Senegal, los equipos de recolección de datos intentaron medir las relaciones interpersonales a través de una serie de indicadores: el nivel de satisfacción de la cliente, la duración de la consulta y el porcentaje de clientes que recibieron la información deseada.

Se desarrolló un índice de satisfacción de la cliente basado en la percepción de ella acerca de su interacción con el prestador de servicios y la organización del PPS en general. Más mujeres indican satisfacción con la organización de los servicios (59 por ciento) que con su interacción con el prestador de servicios (53 por ciento). El tiempo de espera fue la razón más común de la insatisfacción de las clientes con la organización de los servicios. De hecho, en la gráfica 8 puede observarse que 58 por ciento de las clientes esperan entre 30 minutos y dos horas o más para recibir servicios de PF. En general, se encontró que el tiempo de consulta era corto, particularmente si se le comparaba con el tiempo de espera de las clientes. La mediana de duración de una primera visita es de 12 minutos, y la de una visita de control es de cinco minutos. En general, el nivel de satisfacción de las clientes es alto, dado que 96 por ciento de ellas indicó que recibió la información y los servicios que deseaba.

Mecanismos para alentar la continuidad

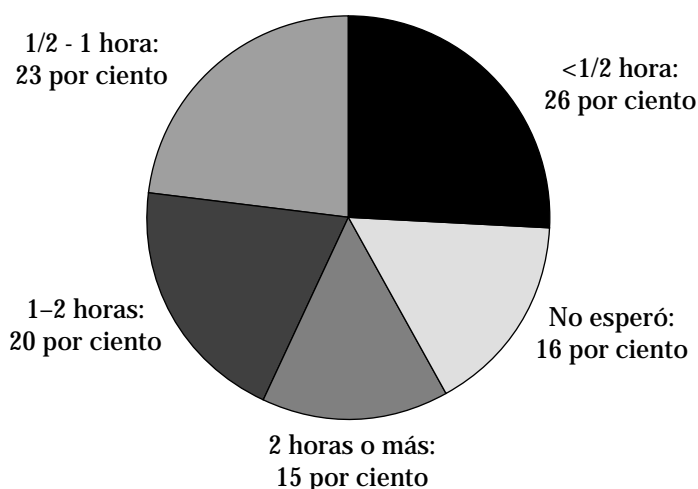
El estudio de Análisis Situacional de Senegal indica que, por lo general, las clientes reciben información importante para alentar la continuidad. De hecho, a todas las nuevas clientes se les dijo cuándo regresar para recibir nuevos suministros, y prácticamente todas (96 por ciento) recibieron un recordatorio por escrito. Además, a casi todas las clientes (99 por ciento) se les informó a dónde acudir para reabastecerse. Los hallazgos precedentes indican que ésta es una virtud particular del Programa Nacional de Planificación Familiar de Senegal.

Las prácticas del prestador en lo que respecta a informarle a la cliente acerca del resuministro de métodos o las visitas de control también pueden jugar un papel importante en lo que se refiere a alentar la continuidad. En Senegal, la norma dicta que las nuevas clientes deben recibir un ciclo de píldoras. Los datos obtenidos indican que 71 por ciento de los prestadores respetan esta norma. Treinta y cuatro por ciento de las clientes en visita subsecuente continúa recibiendo un solo ciclo de píldoras, lo que las obliga a realizar una re-visita a la clínica cada mes con el fin de recibir un nuevo suministro.

Constelación apropiada de los servicios

Prácticamente en todos los puntos de prestación de servicios públicos se ofrecen servicios de PF en el contexto de una amplia gama de servicios. De hecho, se

Gráfica 8. Tiempo de espera de las clientes de PF antes de la consulta.



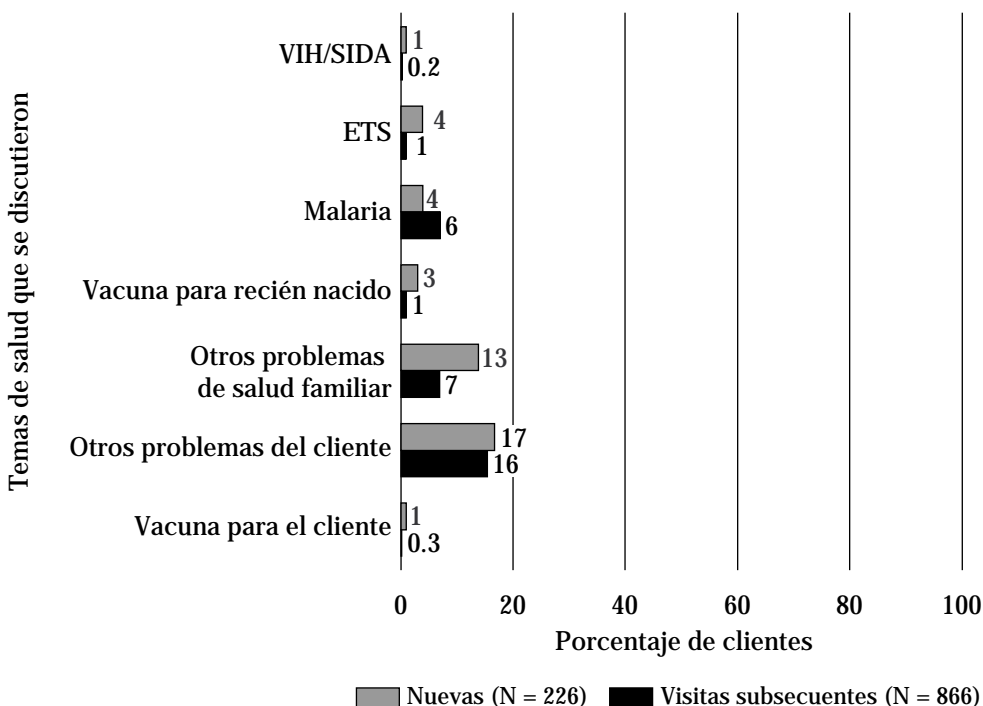
N = 1.038.

Fuente: Análisis Situacional de Senegal, observación, 1994.

reporta que en promedio se ofrecen cuatro diferentes tipos de servicios cada día. Sin embargo, el hecho de que un PPS afirme ofrecer un servicio no significa que ese servicio se encuentra realmente integrado a la prestación de servicios de PF. Por ejemplo, entre las clientes de SMI la planificación familiar se comentó únicamente en 36 por ciento de las interacciones. Una cuarta parte de los PPS que se visitaron pertenecen a SANFAM, cuyo mandato en los sectores privado y paraestatal es el de ofrecer servicios de PF únicamente.

En la gráfica 9 se ofrece información acerca de la frecuencia con la que se discuten otros aspectos de salud durante las consultas de PF. De manera contundente encontramos que entre los prestadores y las clientes no se comentan otros aspectos importantes de la salud. Únicamente en 1 por ciento de las visitas observadas de nuevas clientes se comentaron inquietudes acerca del VIH/SIDA. Adicionalmente, mientras que 92 por ciento de los PPS afirma ofrecer consultas relacionadas con las ETS, únicamente en 6 por ciento de las interacciones observadas se le preguntó a las clientes nuevas acerca de síntomas de ETS en ese momento (y en sólo 3 por ciento de las interacciones con las clientes nuevas se comentó el historial de ETS).

Gráfica 9. Otros aspectos de salud que abordó el prestador de servicios, Senegal, 1994.



Fuente: Análisis Situacional de Senegal, observaciones, 1994.

Recomendaciones

Las recomendaciones propuestas por el estudio del Análisis Situacional de Senegal las formularon en primera instancia los participantes de un seminario nacional de difusión cuya duración fue de un día; posteriormente, las refinaron miembros del personal del PNPf y del Proyecto de AT/IO II para África. La siguiente es una síntesis de las recomendaciones del seminario.

Capacidad funcional de los PPS

- Mejorar la infraestructura en el sector rural, de manera particular la disponibilidad de agua;
- ofrecer capacitación en PF a todos los médicos y asegurar su involucramiento en las actividades de PF a todos los niveles;
- garantizar la capacitación de todo el personal en PF clínica, consejería, técnicas de IEC y administración;
- estandarizar y poner en práctica cursos de capacitación para actualización;
- asegurarse de que todos los PPS cuenten con el equipo mínimo necesario para ofrecer servicios de PF;
- poner en práctica el uso del sistema PCPS (primeras caducidades, primeras salidas) para el almacenamiento de anticonceptivos;
- desarrollar un sistema de pronóstico para la adquisición de anticonceptivos y adoptar un sistema logístico estándar;
- alentar a los PPS para que ofrezcan todos los métodos anticonceptivos autorizados;
- propiciar que todos los PPS planeen actividades de PF anualmente y de manera sistemática;
- desarrollar una guía para supervisar y poner en marcha visitas regulares de supervisión a todos los PPS cada tres meses;
- capacitar a los prestadores de servicios en el uso y mantenimiento de registros e información estadística;
- definir las responsabilidades de los diferentes niveles (nacional, regional y distrital), en términos de su supervisión de las actividades de PF;
- equipar a todos los PPS con más materiales de IEC y promover el uso de estos materiales durante la capacitación;
- integrar actividades de IEC a la prestación de servicios de PF en todos los PPS.

Calidad de la atención

- Alentar a los prestadores de servicios para que reduzcan las barreras médicas y no médicas en el abasto de métodos anticonceptivos y un mejor apego a las normas estándar;

- propiciar que los prestadores de servicios respeten los horarios de servicio programados;
- estandarizar los precios de los productos anticonceptivos;
- hacer énfasis en la necesidad de un plan de trabajo integrado para capacitación, al igual que en la necesidad de reorganizar los servicios;
- ofrecer capacitación en consejería para clientes e integrar la consejería como parte de las actividades diarias de PF.

Impacto y uso

Los resultados del Estudio de Análisis Situacional de Senegal se presentaron en ocasión de un seminario de divulgación que tuvo lugar en enero de 1995 con duración de dos días; en él participaron representantes nacionales del MSAS y el PNPf, importantes agencias financiadoras, ONGs que trabajan en el campo de la PF en Senegal y personal de PF que representaba a las diferentes regiones. Una segunda presentación de los resultados tuvo lugar durante un taller de cinco días de duración sobre la puesta en práctica del Proyecto de Planificación Familiar y Supervivencia Infantil de USAID/Senegal celebrado en enero/febrero de 1995. Durante este taller, los resultados del estudio sirvieron como base para recomendar estrategias para el proyecto, para identificar áreas claves para la investigación operativa y para desarrollar indicadores de la calidad de la atención. Después del taller se llevó a cabo un análisis secundario de los datos del estudio de AS para definir indicadores de calidad de la atención que servirían para evaluar el proyecto durante los cinco años siguientes.

En un esfuerzo por incrementar al máximo el impacto del estudio y la utilización de los hallazgos, durante la segunda mitad de 1995 se llevó a cabo una serie de seminarios regionales de divulgación que cubrieron las diez regiones del país. Durante estas actividades, las parteras, los supervisores y los médicos regionales recibieron los resultados del AS relacionados con sus distritos y su región completa. A los participantes se les organizó en grupos de trabajo por distrito y se les invitó a formular sus propias recomendaciones. Después de esta actividad hubo presentaciones grupales y discusiones intensas, ya que las recomendaciones tenían un impacto directo sobre las prácticas cotidianas de los prestadores. Este proceso de divulgación culminó con el uso de las recomendaciones del estudio para desarrollar planes de trabajo regionales para 1996 y diez informes finales individuales que representaban a cada una de las regiones.

Nota

- 1 El equipo "mínimo" necesario para ofrecer servicios de PF, de acuerdo con la definición hecha por el PNPf durante el análisis de datos, es el siguiente: una mesa ginecológica, una báscula, un baumanómetro, un estetoscopio, un anaquele de metal,

un juego de materiales para esterilización, por lo menos diez guantes y mínimamente seis de cada uno de los diferentes tipos de espéculos.

Referencias

- Association Ivoirienne pour le Bien-Etre Familial (AIBEF). 1992. *Analyse Situationnelle du Programme d'Extension des Services de Planification Familiale en Côte d'Ivoire* – The Population Council.
- Bruce, Judith. 1990. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework". *Studies in Family Planning*, 21 (2); 61–91.
- Cerulli Annamaria, Diouratié Sanogo, Gil Cusack, Bill Emmet y Paulette Chaponnière. 1995. *Activités pour la Survie de l'Enfant et la Planification Familiale au Sénégal: Revue de la Littérature et Recommendations pour la Recherche et les Programmes Futurs* – Dakar: The Population Council and Management Sciences for Health Projet Survie de l'Enfant/Planification Familiale au Sénégal (USAID).
- Fisher, Andrew, Robert Miller, Ian Askew, Barbara Mensch, Anrudh Jain y Dale Huntington. 1994. *The situation analysis approach to assessing the supply side of family planning programs*. Ponencia presentada en la reunión anual de la American Public Health Association, Washington, D.C., 30 octubre – 3 noviembre.
- Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP). 1991. *Mission de Revue du Programme et de Développement de Stratégies en Matière de Population au Sénégal*. Rapport final. Volumes I et II. Dakar: FNUAP.
- Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale. 1990. *Programme National de Planification Familiale au Sénégal*. Dakar, Direction de la Santé Publique.
- Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. 1994. *Politique et Normes des Services de Planification Familiale au Sénégal*, Thiès: Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.
- Ministère de la Santé du Bénin. 1994. *Analyse Situationnelle du Programme de Planification Familiale au Bénin*. Rapport préliminaire. The Population Council.

Reconocimiento

Este proyecto fue financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos, Oficina de Población.

COMENTARIOS INTRODUCTORIOS

Institucionalización de un sistema de mejoramiento continuo de la calidad

Ricardo Vernon, Pedro Manuel Acosta, Jesús Vértiz, Ilse Salas, Alma Bermúdez y Alfonso López Juárez

Cuestión programática: *¿Las técnicas de Mejoramiento Continuo de la Calidad (CQI por sus siglas en inglés) pueden aplicarse con éxito en los programas de planificación familiar?*

Procesos/componentes programáticos: *El CQI se aplica a todos los procesos y componentes de programa al crear equipos de mejoramiento cualitativo en todos los departamentos administrativos y en las clínicas.*

Diseño de la investigación: *Se emplearon técnicas cualitativas que incluyeron grupos focales, revisión de documentos y entrevistas con los gerentes, para supervisar la introducción del CQI en MEXFAM.*

Hallazgos: *Por razones de diseño, la implantación del CQI implica una cuidadosa organización y una extensa capacitación a todo el personal involucrado. Tanto gerentes como trabajadores informaron que el CQI había hecho que la organización tuviera más en la mira a los clientes, y había incrementado la habilidad de los trabajadores para solucionar problemas, así como su satisfacción en el trabajo. La participación en los equipos fue excelente y un gran número de problemas se identificó y solucionó. La mayoría de las soluciones implicaba mejorar las comodidades en las clínicas —reducir el tiempo de espera y volver más confortables las salas de espera. Algunas intervenciones incrementaron también los ingresos del programa e hicieron que algunos procesos, como la contabilidad y la preparación de informes, se volvieran más eficientes. A pesar de la cuidadosa preparación, muchos de los equipos de mejoramiento de la calidad no midieron los cambios en los resultados obtenidos a partir de mejoras en la calidad, y sólo pudieron informar de los cambios en cuanto a insumos.*

Respuestas del programa a los hallazgos: *El estudio ayudó a que MEXFAM identificara las áreas que requieren ser fortalecidas en su sistema de CQI. La experiencia de la agencia con el CQI fue tan positiva que convenció a Management Sciences for Health, una organización de asistencia técnica que tiene su sede en Estados Unidos, para adaptar los materiales de capacitación de MEXFAM para un uso más amplio.*

Discusión: *El estudio ofrece evidencia de que las técnicas de CQI aumentan el trato humanitario de los clientes y producen mejoras en las comodidades del programa; pero el estudio fue incapaz de proporcionar evidencia clara en el sentido de que el CQI mejora los resultados del programa. Es necesario realizar más investigación en esta área, así como estudios que utilicen el CQI para mejorar la voluntariedad.*

El CQI requiere de un compromiso de largo plazo por parte de los trabajadores y de los gerentes, y también de relativamente buenas relaciones entre gerentes y empleados. Estas condiciones pueden ser difíciles de alcanzar en muchos países en desarrollo, y el CQI puede ser más adecuado para los proveedores privados con y sin fines de lucro, que para grandes instituciones gubernamentales como los ministerios de salud.

Institucionalización de un sistema de mejoramiento continuo de la calidad

Ricardo Vernon, Pedro Manuel Acosta,
Jesús Vértiz, Ilse Salas, Alma Bermúdez
y Alfonso López Juárez

Introducción

Este proyecto se propuso combinar el mejoramiento de la calidad de los servicios en MEXFAM —una organización mexicana de planificación familiar, privada y sin fines de lucro—, con la institucionalización de la investigación operativa en esa misma agencia. El proyecto buscaba alcanzar ambos objetivos adaptando técnicas de mejoramiento de la calidad industrial y comercial al contexto de la planificación familiar.

MEXFAM, la organización mexicana afiliada a la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), ofrece servicios a través de 27 centros, que incluyen siete clínicas y 20 unidades que operan una variedad de programas no clínicos. En cada centro, los recursos y el personal varían considerablemente. Algunos de ellos cuentan con una sola persona pagada que coordina a los colaboradores voluntarios, mientras que en otros hay plantillas numerosas de personal pagado. En 1993, las clínicas de MEXFAM brindaron servicio a 297.000 nuevos clientes de planificación familiar, y a través de sus programas no clínicos dieron servicio a otros 238.000 nuevos clientes.

El mejoramiento de la calidad de los servicios es un objetivo importante de esta institución, cuya gerencia se encontraba especialmente interesada en los sistemas de mejoramiento de la calidad diseñados originalmente para entornos comerciales e industriales. MEXFAM decidió adaptar la técnica de mejoramiento continuo de la calidad (*Continuous Quality Improvement Technique, CQI*). El CQI implica integrar grupos de discusión de empleados que se reúnen con regularidad para considerar problemas relacionados con el trabajo y proponer soluciones. Una ventaja del CQI es que puede aplicarse a sistemas administrativos tales como la logística y la contabilidad, lo mismo que a unidades de producción. La necesidad de volverse más eficiente, de reducir costos de operación y de incrementar los ingresos, constituyeron también un importante factor para que MEXFAM seleccionara el CQI.

En el transcurso de los años, MEXFAM había llevado a cabo una serie de proyectos de investigación operativa (IO) con asistencia externa. La organización estaba interesada en volver más rutinario el uso de la IO como herramienta para solucionar problemas administrativos; sin embargo, no tenía la capacidad para financiar una unidad de investigación dedicada al tema. El CQI parecía ofrecer también una forma para institucionalizar la capacidad para llevar a cabo la IO. El CQI puede considerarse como una técnica de análisis operativo. Está vinculado con el mejoramiento de las operaciones de programa; hace uso de una metodología sistemática y cualitativa, y se basa en el proceso de identificación de problemas, generación y prueba de soluciones, y divulgación de resultados.

El Proyecto de Investigación Operativa para América Latina del Population Council ofreció asistencia técnica y financiera al proyecto para determinar si el CQI podía implantarse de manera exitosa en un programa de planificación familiar. MEXFAM sometió a prueba el CQI en el área metropolitana de la ciudad de México.

La metodología del CQI

El CQI permite identificar problemas y recurre a los empleados para generar soluciones y evaluar el éxito. Durante las reuniones, los trabajadores identifican problemas relacionados con su trabajo, lo cual puede involucrar un examen de las estadísticas organizacionales, los costos y demás, o un simple intercambio de puntos de vista acerca de problemas significativos. Una vez que los problemas han sido identificados, el grupo considera soluciones alternativas y selecciona aquélla que parece ser la mejor. En seguida, la solución se implanta y se evalúa, y los resultados de la actividad de mejoramiento de la calidad se divulgan al interior de la organización. Se puede medir el mejoramiento en cuanto a resultados y proceso, y se pueden emplear tanto mediciones cualitativas como cuantitativas. En términos generales, el CQI requiere de un largo tiempo para implantarse, y para ser exitoso exige la participación sostenida de la fuerza de trabajo, desde los niveles más bajos hasta los más altos.

La técnica de CQI abarca equipos de mejoramiento de la calidad e interfuncionales. Los equipos interfuncionales están integrados por individuos que colaboran en diferentes áreas funcionales o en diferentes niveles administrativos. Ellos identifican problemas que involucran a más de un departamento. Por contraste, los equipos de mejoramiento de la calidad están integrados por personas que trabajan en el mismo lugar y resuelven problemas en una clínica o departamento específico. Para la implantación exitosa del CQI se requiere que todos los miembros de la organización se capaciten en la técnica, que las sugerencias se implanten y que al personal se le recompense por la solución de los problemas. Por último, el CQI tiene una orientación más hacia el

consumidor que hacia el productor. En el campo de la planificación familiar, las organizaciones deben ofrecer servicios que los consumidores desean, y los trabajadores deben esforzarse por complacer al cliente.

Capacitación

El CQI fue sometido a prueba en las oficinas centrales de MEXFAM, en la ciudad de México, y en siete centros, cinco de los cuales se ubicaban en el área metropolitana de la misma ciudad de México. La capacitación al personal de la agencia se impartió entre 1991 y 1994. En los diversos sitios del estudio, todos los gerentes asistieron a tres cursos del CQI, oportunidad en la que se les ofreció una introducción a la técnica al igual que métodos para la identificación de problemas. Los líderes de los equipos de calidad asistieron a cuatro cursos con duración de entre 20 y 40 horas cada uno.

Al departamento de evaluación de MEXFAM se le asignó la tarea de coordinar las actividades de CQI. El jefe del departamento cursó un diplomado de 200 horas sobre mejoramiento continuo de la calidad. A todos los empleados que participaron en los equipos interfuncionales y de mejoramiento de la calidad se les impartió una capacitación con duración de 20 horas, distribuidas en diez sesiones durante un lapso de tres meses. Durante los meses finales del proyecto, a medida que MEXFAM comenzaba a resaltar la calidad de la atención médica, se impartieron 30 horas de capacitación a 116 médicos comunitarios en seis nuevos centros.

Equipos de calidad

Para dirigir las actividades de mejoramiento de la calidad se crearon equipos de administración y de soporte de la calidad. Se integraron equipos interfuncionales y cada uno de los centros participantes formó equipos de mejoramiento de la calidad.

Sistema de información para administración de la calidad

Con el propósito de evaluar el avance y administrar el proceso de CQI, se diseñó e implantó un sencillo sistema de información gerencial (SIG).

Compromiso y recompensas

Para demostrar su compromiso hacia el mejoramiento de la calidad, la agencia decidió publicar artículos de mejoramiento de la calidad en su boletín y celebrar un "día de la calidad" anual para que los empleados tuvieran la oportunidad de presentar los resultados de su trabajo y recibieran recompensas por el mejoramiento de la calidad.

Resultados

Implantación del CQI

Entre 1991 y 1994, se integraron 25 equipos, incluyendo nueve en las oficinas centrales de MEXFAM y 16 en los centros. Quince grupos estuvieron involucrados en la prestación de servicios y el resto en servicios de apoyo, tales como contabilidad y evaluación. Cuatro de los grupos eran equipos interfuncionales. Los equipos se formaron en diferentes momentos y funcionaron por espacio de entre dos y 40 meses dentro del período del estudio. Aproximadamente 91 por ciento de los empleados que laboraba en los sitios del estudio participó en equipos de mejoramiento de la calidad. Los equipos celebraron un promedio de 1,1 reuniones por mes. El número de sugerencias para el mejoramiento por equipo fue de 13,5 en promedio, y el número de sugerencias por empleado participante fue de 1,4 en promedio. Las técnicas que se utilizaron más a menudo para seleccionar problemas con fines de mejoramiento incluyeron sesiones de lluvias de ideas, análisis de procesos con diagramas de flujo y la obtención de opiniones de los clientes. Diversos grupos de mejoramiento de la calidad para la prestación de servicios colocaron buzones de sugerencias para los clientes en las salas de espera de las clínicas, o bien realizaron encuestas pequeñas y frecuentes para evaluar el nivel de satisfacción de los clientes y recabar quejas.

Durante la vigencia del proyecto, dos números del boletín mensual de MEXFAM se dedicaron a temas relacionados con la calidad de la atención y su mejoramiento. En sus órganos internos semanales y mensuales aparecieron de manera regular artículos dedicados al mejoramiento de la calidad, y en 1992 y 1994 se celebraron Días de la Calidad.

En las reuniones con grupos focales, que se llevaron a cabo a fin de evaluar la implantación del CQI en 1993, la mayoría de los participantes en los equipos para mejoramiento de la calidad sintió que la comunicación entre los trabajadores había mejorado, y reportó que la participación en los equipos incrementó su satisfacción en el trabajo.

Actividades de mejoramiento de la calidad

En promedio, se implantaron diez sugerencias por equipo. En las clínicas, la gran mayoría de los problemas seleccionados implicó mejoras a aspectos relacionados con la comodidad de los clientes; en las salas de espera se colocaron más sillas, garrafones de agua, plantas, materiales de lectura y videos. Con menos frecuencia, los equipos de mejoramiento de la calidad realizaron intervenciones más complicadas, tales como reducir el tiempo de espera, remodelar la clínica y modificar los procedimientos logísticos para mejorar la disponibilidad de los suministros médicos.

Los grupos de mejoramiento de la calidad administrativa se orientaron casi todos a problemas de falta de apego a las normas para elaborar informes y a reducir el tiempo invertido en actividades de rutina. Por ejemplo, los equipos de mejoramiento de la calidad en los departamentos de evaluación y contabilidad mejoraron la puntualidad y la calidad de los informes entregados por las áreas logísticas mediante la modificación del flujo de documentos y los períodos de entrega de informes, y el suministro de modelos para su elaboración.

Los equipos interfuncionales se abocaron a problemas más complejos. Por ejemplo, un grupo de control presupuestal pudo mejorar la precisión de las proyecciones de gastos; y el equipo interfuncional de control financiero fue capaz de implantar, por primera vez, todas las recomendaciones hechas por auditores externos.

Las observaciones indicaron que los equipos no reportaron las actividades de mejoramiento de la calidad en su totalidad, y que tuvieron problemas para medir el efecto de las soluciones sometidas a prueba. Las actividades de mejoramiento de la calidad de los registros y la elaboración de los informes fueron responsabilidad de los coordinadores de calidad; a menudo, los supervisores se encontraban demasiado ocupados como para darle seguimiento a la tarea, o bien asignaban una baja prioridad a la elaboración de reportes de calidad. De ahí que se desconozca el impacto de la mayoría de las mejoras.

Los equipos de mejoramiento de la calidad compitieron también con otras actividades programáticas por los escasos recursos disponibles; no todas las actividades de mejoramiento de la calidad pudieron aprobarse para ser financiadas, lo cual dio origen a un frecuente decaimiento en la moral de los miembros de los equipos y a la manifiesta renuencia de algunas personas a participar en las actividades de mejoramiento. Muchos administradores se sintieron frustrados con el proceso de mejoramiento porque los equipos a menudo no suministraban informes sobre beneficios tangibles (aumento de los usuarios de los programas, ingresos y otros), como resultado de sus actividades.

Estudio de caso de mejoramiento de la calidad

En las organizaciones con fines de lucro, la preocupación en lo que a la calidad se refiere está motivada por la creencia de que las mejoras en la calidad incrementan las ganancias. A pesar de ser una organización sin fines de lucro, MEXFAM encara la necesidad de recuperar una porción creciente de sus costos de operación. El siguiente estudio de caso reporta los resultados de una actividad de mejoramiento de la calidad diseñada para aumentar los ingresos. El proyecto se llevó a cabo en la clínica de Nezahualcóyotl, ubicada en el área metropolitana de la ciudad de México. El personal de la clínica sugirió y diseñó todas las mejoras. El proyecto obtuvo un premio de segundo lugar durante el Día de la Calidad de 1994.

En enero de 1993, la clínica de Nezahualcóyotl incrementó las cuotas de sus servicios en 25 por ciento para recuperar una porción mayor de los costos de operación. Para contrarrestar la posibilidad de perder clientes como resultado de este incremento, la clínica implantó las siguientes mejoras de calidad:

- colocar hojas de papel en las mesas de exploración ginecológica y cambiarlas con cada usuaria;
- ofrecer vacunas gratis para los niños;
- ofrecer gratuitamente análisis de dextrosa y lecturas de presión sanguínea;
- ofrecer sales para rehidratación oral gratis;
- colocar los anticonceptivos en bolsas de papel para preservar la intimidad de los clientes;
- remodelar la clínica;
- instalar aparatos de televisión en las salas de espera;
- requerir al personal el uso de uniformes a fin de que los clientes pudieran identificarlos.

Los cambios estuvieron acompañados por actividades promocionales en la clínica, incluyendo la distribución de folletos en la comunidad y la instalación de un anuncio luminoso en la parte externa del local.

Los ingresos se incrementaron de \$15,000 pesos (aproximadamente \$5,000 dólares) por mes antes de los cambios en los precios, la promoción y la calidad, y a \$26.000 pesos (aproximadamente \$8,500 dólares) después de los cambios. Los incrementos en los ingresos son sólo parcialmente atribuibles a los incrementos de precios. El mejoramiento en las áreas de promoción y calidad dio como resultado un incremento en las visitas a la clínica. Por ejemplo, el número de nuevos clientes de planificación familiar aumentó en 13 por ciento, y el de visitas ginecológicas en 19 por ciento.

Discusión

La implantación del CQI fue un proceso largo. La técnica fue exitosa en cuanto a desarrollar al interior de MEXFAM un enfoque orientado a los clientes, mismo que se manifiesta en mejoras a aspectos relacionados con su comodidad y en la adición de nuevos servicios. El CQI mejoró también la elaboración de informes intermos, de contabilidad y otros sistemas, al igual que la situación financiera y la asistencia en algunos centros cuando menos. En conjunto, la gerencia considera que el CQI fortaleció la iniciativa y la capacidad de solución de problemas del personal, lo mismo que la sustentabilidad institucional.

Un aspecto que desilusionó a MEXFAM fue la incapacidad de los equipos para monitorear los resultados de muchos esfuerzos de mejoramiento de la calidad. A pesar de los empeños para que la unidad de evaluación pudiera preparar y ofrecer asistencia a los equipos de mejoramiento de la calidad para evaluar resultados, la

capacitación y la asistencia para las mediciones constituyó una de las más graves debilidades de la implantación. De esta forma, y salvo por los proyectos cuyo objetivo era incrementar los ingresos de la agencia, la mayor parte de la información proporcionada por los equipos se limitó a cambios en los insumos.

A pesar de las debilidades del sistema de CQI, la gerencia y el personal de MEXFAM quedaron lo suficientemente satisfechos como para expandir la técnica a todos los centros de la organización. Management Sciences for Health (MSH) una organización de asistencia técnica que tiene su sede en Estados Unidos, adaptó los materiales de MEXFAM que se emplearon durante la prueba y ha ayudado a múltiples organizaciones de América Latina a implantar el CQI.

Los sistemas de mejoramiento de la calidad utilizan definiciones muy amplias del término. El CQI considera también que el mejoramiento de muchos procesos, como el del flujo de la documentación y los procedimientos contables representa, asimismo, mejoras a la calidad. Una lección que se aprendió con el CQI es que los esfuerzos exitosos de mejoramiento de la calidad, como fue el caso del que se realizó en la clínica de Nezahualcóyotl, en realidad involucran también otros factores diferentes a la calidad. Por ejemplo, el personal de Nezahualcóyotl incrementó también sus actividades de promoción. Para terminar, tanto los clientes como los prestadores tuvieron la tendencia a identificar la calidad con aspectos relacionados con la comodidad de los clientes —como pudieran ser tiempos de espera más cortos y salas de espera confortables. Que con el tiempo los equipos de calidad avancen más allá en el mejoramiento de los servicios que se relacionan con la comodidad de los clientes continua siendo un tópico que requiere de investigación complementaria.

Referencias

- Deming, W. Edwards. 1986. *Out of the Crisis*. Cambridge, MA, Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study.
- Imai, Masaaki. 1990. *Kaizen. La Clave de la Ventaja Competitiva Japonesa*. Compañía Editorial Continental, S.A. de C.V. México. (KAIZEN: The Key to Japan's Competitive Success). New York, Random House (en inglés).
- Ishikawa, Kaoru. 1985. *What is Total Quality Control? The Japanese Way*. Prentice-Hall, Inc. Traducido al español: *¿Qué es el control total de la calidad? La modalidad japonesa*, Editorial Norma, S.A.
- MEXFAM. 1989. Final technical report. *The Use of Operations Research as an Administrative Tool*. MEXFAM y Population Council, México.
- Philip Crosby Associates. 1987. Quality Improvement Process Management College. Philip Crosby Associates.

Reconocimiento

Este proyecto fue financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos, Oficina de Población.

COMENTARIOS INTRODUCTORIOS

Una prueba de estrategias alternativas de supervisión para servicios de planificación familiar en Guatemala

Ricardo Vernon, Anne Staunton, Mario García, Juan José Arroyo y Raúl Rosenberg

Cuestión programática: *¿Serán mejores los resultados obtenidos a partir de una supervisión que enfatice la importancia de mejorar la calidad?*

Procesos/componentes programáticos: *La supervisión es un problema crónico en los programas de planificación familiar. Dado que las visitas de supervisión a los puntos de prestación de servicios (PPS) en los programas gubernamentales son costosas, se hacen con muy poca frecuencia, y cuando se llegan a hacer tienden a ser idiosincrásicas en su propósito y en su contenido. El estudio intentó (1) reducir el costo de las visitas de supervisión y (2) mejorar los resultados del programa a través de un intento sistemático por mejorar la calidad.*

Diseño de la investigación: *Cuasi-experimental, en la que se compararon dos estrategias de supervisión alternativa, la “supervisión indirecta” y la “auto evaluación”, con los procesos tradicionales de supervisión del programa. La “supervisión indirecta” consistía en reemplazar una de las dos visitas de supervisión de rutina a los puestos de salud por una reunión grupal a nivel de distrito. El contenido de la supervisión incluyó la capacitación de los proveedores en áreas seleccionadas por el supervisor o por los proveedores mismos, incluyendo calidad, riesgo reproductivo y prescripción de anticonceptivos. La “auto evaluación” sustituyó un taller en la iniciativa COPE modificada por una de las dos visitas anuales de supervisión. Las variables dependientes incluyeron el costo por visita de supervisión y el número de años-protección-pareja producido por el PPS.*

Hallazgos: *Cerca de 80 por ciento de los problemas identificados por el equipo de trabajo del PPS se corrigió en el mismo año en que fue identificado. No se encontraron diferencias confiables entre los grupos en años-protección-pareja. La supervisión indirecta fue menos costosa que la tradicional o que los métodos de auto evaluación.*

Respuestas del programa a los hallazgos: *Los resultados del estudio no pudieron implantarse. Poco tiempo después de que el proyecto se implantó,*

la reducción de los recursos de los donantes forzó al Ministerio de Salud a reducir drásticamente su programa de supervisión.

Discusión: *El estudio constituye un buen ejemplo del tipo de investigaciones prospectivas de intervención que se necesitan en el estudio de la calidad. El documento examinó, a la vez, los resultados y los costos. La estrategia de supervisión basada en COPE no pareció afectar los resultados del programa y fue más costosa que una estrategia de supervisión alternativa. Dada la popularidad de las técnicas como las de COPE, existe una necesidad urgente de elaborar más estudios para determinar si son efectivas y costo-efectivas para mejorar los resultados de salud y fecundidad.*

Una prueba de estrategias alternativas de supervisión para servicios de planificación familiar en Guatemala

Ricardo Vernon, Anne Staunton,
Mario García, Juan José Arroyo y Raúl Rosenberg

En los programas de planificación familiar la supervisión es importante por dos razones principales: para averiguar qué pasa en las clínicas y para renovar el entusiasmo del personal. Los supervisores deben contribuir a que el personal se desempeñe mejor ofreciéndole apoyo, capacitación, ayuda logística y de recursos, lo mismo que seguimiento y evaluación (Wolff y cols., 1991). En los grandes sistemas descentralizados de entrega de servicios, como son los Ministerios de Salud, las unidades administrativas centrales pueden enfocar las actividades que realizan sus contrapartes operativas regionales principalmente a través de la supervisión. La planificación familiar compite con muchos otros programas de salud a los cuales se asigna mayor prioridad; es por ello que la función de motivación de los supervisores es crucial.

Los supervisores que trabajan en los Ministerios de Salud suelen enfrentar dificultades para proveer motivación, orientación y capacitación, pues las unidades que requieren de esa supervisión son numerosas y las distancias que las separan entre sí son considerables. En el caso de la Unidad de Planificación Familiar (UPF) del Ministerio de Salud de Guatemala, las normas requieren que cada uno de los nueve supervisores nacionales visite un promedio de 100 centros y puestos de salud dos veces al año. Además de estas visitas, los supervisores preparan informes, programan y evalúan actividades, y fungen como instructores en cursos de capacitación que el Ministerio imparte a los proveedores de servicios. De este modo, los supervisores casi siempre visitan dos o tres unidades de salud cada día; permanecen ahí el tiempo suficiente para completar tareas de rutina —tales como recabar estadísticas de los servicios y reabastecer de anticonceptivos y otros materiales al programa. En el transcurso de sus visitas, los supervisores acostumbran entrevistarse brevemente con el

administrador de la clínica o puesto de salud, dejando de lado la interacción con el personal que provee los servicios de planificación familiar y su capacitación o motivación. A causa de esto, las oportunidades para detectar y resolver problemas, o para lograr mejoras en la calidad y la productividad, son limitadas.

Fue en virtud de lo anterior que la UPF decidió llevar a cabo un proyecto de investigación operativa diseñado para ensayar estrategias alternativas de supervisión. En una situación ideal, estos esquemas deberían permitir a los supervisores, además de completar actividades de rutina, proveer mayores oportunidades para motivar y capacitar al personal, lo mismo que para mejorar la baja productividad en planificación familiar y aquéllo que los gerentes de programas de planificación perciben como calidad inadecuada de los servicios. Las limitaciones presupuestarias requieren que los esquemas alternativos de supervisión sean menos onerosos que la estrategia vigente en la actualidad. Lo que aquí presentamos son los resultados del proyecto de investigación operativa realizado por la UPF.

Estrategias alternativas sometidas a prueba

La UPF puso a prueba dos estrategias alternativas de supervisión, designadas como “supervisión indirecta” y “auto-evaluación”.

Supervisión indirecta

En la estrategia de supervisión indirecta se reemplazó una de las dos visitas anuales de supervisión por una breve reunión grupal (que duraba entre cuatro y seis horas), a la que asistían el supervisor y todo el personal de entrega de servicios de planificación familiar del distrito.¹ Durante estas reuniones, los supervisores completaban actividades de rutina, que incluían la recolección de estadísticas del servicio y el reabastecimiento de anticonceptivos y de formatos. Asimismo, dedicaban algún tiempo a la capacitación en temas que ellos mismos, o el personal de entrega de servicios, consideraban necesarios, tales como la calidad de la atención, métodos anticonceptivos y riesgo reproductivo. Después de la primera reunión, el supervisor visitaba los centros o puestos de salud, lo que ocurría durante los siguientes tres a seis meses. Al comenzar el segundo año del estudio, se realizó otra reunión distrital a la que siguió inmediatamente una visita de seguimiento para evaluar las condiciones de entrega de los servicios y para recabar datos.

La gerencia de la UPF percibió que las ventajas principales de la estrategia eran la interacción de los supervisores con el personal que provee los servicios y su capacitación. Además, como los supervisores ya no tenían que visitar cada puesto o centro de salud, podían hacer un uso más productivo de su tiempo, mejorando el costo-efectividad de sus actividades con el consecuente ahorro en

los gastos de viaje. No obstante, el Ministerio también estaba preocupado de que esta estrategia pudiera resultar en una pérdida de “presencia” de la planificación familiar en el nivel de entrega de los servicios reduciendo, en última instancia, la productividad del personal.

Auto-evaluación

La estrategia de auto-evaluación se basó en una adaptación de la estrategia COPE probada en África por la Asociación para la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AVSC por sus siglas en inglés), en hospitales que brindaban servicios de esterilización. En la estrategia COPE se convoca a una sesión con personal de los servicios. Con la ayuda de listas de verificación, este personal identifica problemas en la entrega de los servicios que pueden mejorarse.² Una vez que los problemas se han identificado, el personal del hospital redacta un plan de auto-mejoramiento que enumera las acciones a tomar, las personas responsables por esas acciones y el período asignado para llevarlas a efecto. En visitas subsiguientes, los supervisores evalúan el grado de avance y ayudan al personal que provee los servicios a despejar problemas no resueltos (ver Dwyer y cols., 1990, y Lynam y cols., 1993).

Para poner en marcha la estrategia de auto-evaluación, la UPF reemplazó una de las dos visitas anuales a cada unidad por un taller de dos días sobre calidad de la atención y uso de listas de verificación para la auto-evaluación a nivel distrital. Los supervisores de los distintos distritos fungieron como instructores; habían participado previamente en un curso de cinco días en el cual se habían abordado ambos temas. Los primeros talleres se llevaron a cabo entre marzo y mayo de 1992. Todo el personal del distrito involucrado en la provisión de servicios fue invitado a participar. Hubo una sesión sobre calidad de atención y una discusión acerca de las listas de verificación para la auto-evaluación; también se suministraron instrucciones para el llenado de las listas. Cada participante completó una lista de verificación en la que identificó los problemas principales a los que se enfrentaba la entrega de servicios en su área y que podían ser resueltos por el mismo personal que trabajaba ahí. Después hubo una discusión de grupo en la cual el personal de cada centro o puesto eligió los cinco o diez problemas más importantes a los que se enfrentaba y que podían resolverse con recursos que estaban a la mano. Finalmente, los equipos de cada unidad desarrollaron un plan de auto-mejoramiento: se proyectaron las acciones que tomarían como grupo, se nombraron responsables para llevarlas a cabo, y se estableció un calendario para cada acción. El taller culminó con actividades tan rutinarias como la recolección de estadísticas de servicios y el reabastecimiento de anticonceptivos.

En las visitas subsiguientes a la unidad, el supervisor determinaba los avances logrados para resolver los problemas seleccionados en el taller,

brindaba ayuda para subsanar obstáculos y llevaba a cabo tareas administrativas de rutina. Se realizó un segundo taller al comenzar el segundo año (entre abril y junio de 1993), al que siguió una inspección de las unidades para evaluar sus condiciones y recabar datos.

Las listas de verificación para la auto-evaluación que se utilizaron en los talleres se basaron en las normas del Ministerio de Salud de Guatemala (Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1989 y 1990), en el marco de la calidad de atención desarrollado por Bruce (1990) y, especialmente, en la lista de indicadores de calidad de la atención desarrollada por un sub-comité de la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos (Helzner y cols., 1990). Las listas de verificación para la auto-evaluación enumeran 77 problemas o condiciones divididas en siete secciones, una por cada elemento de la calidad de la atención, y una adicional para supervisión y evaluación. Se pregunta a los proveedores si consideran que cada rubro individual es un problema en su unidad y, en caso afirmativo, se indaga si pueden resolverlo con los recursos que tienen a mano. Después de una discusión de grupo, se seleccionan los problemas más importantes y se redacta un plan de auto-mejoramiento. En *The Family Planning Manager* (1993) se pueden consultar las listas de verificación para el auto-mejoramiento.

La UPF percibió que las ventajas de esta estrategia de supervisión eran su enfoque en la calidad de atención —que se consideraba un problema en los centros y puestos de salud—, y el uso de un instrumento estructurado, el cual se había aplicado en proyectos en Perú y Guatemala y había mostrado ser más eficaz que la supervisión no estructurada (León y cols., 1990, Santiso y cols., 1989). Además, la estrategia involucra al personal para identificar y solucionar sus propios problemas, un aspecto que se considera crítico para una supervisión efectiva (Benavente y Madden, 1993). Del mismo modo, permite que el personal que provee los servicios enfoque las actividades de planificación familiar en el transcurso de un período de tiempo prolongado y estructura las acciones de todo el personal. La estrategia contribuye a que los supervisores aborden aspectos sustantivos mientras interactúan con el personal que provee los servicios. A través de la lista de verificación, el personal profundiza en la calidad de la atención y en la importancia de satisfacer las necesidades de sus clientes.

Metodología

El proyecto empleó un diseño cuasiexperimental no equivalente a un grupo de control. Seis áreas se eligieron como sedes del proyecto sobre la base de criterios como los de interés y apoyo de los jefes de área. Se seleccionaron aleatoriamente cinco distritos en cada área. Finalmente, en cada área dos de esos cinco distritos se asignaron al azar al Grupo Experimental 1 (supervisión

indirecta); otros dos se asignaron al Grupo Experimental 2 (auto-evaluación); el distrito restante formó parte del grupo control.

De esta manera, en cada grupo experimental participaron en total 12 distritos, mientras otros seis se integraron como parte del grupo de control. En el cuadro 1 se muestran los distritos y el número de puestos de salud incluidos en cada área y grupo experimental.

En los distritos de los grupos control, los supervisores llevaron a cabo las actividades tradicionales que solían realizar en las visitas semanales. En los distritos experimentales las estrategias se pusieron en práctica en los centros de salud y en todos los puestos que dependían de ellos. (Los distritos tienen, casi siempre, un centro de salud y entre uno y diez puestos).

Variables dependientes

Las variables dependientes que se midieron abarcaron: (1) impacto de las unidades de entrega de servicios sobre la productividad, en términos de anticonceptivos distribuidos y de años-protección-pareja (APP);³ (2) eficacia de las estrategias de supervisión, en términos del porcentaje de unidades supervisadas; (3) costo-efectividad de diferentes estrategias de supervisión (dinero erogado por unidad supervisada); y (4) satisfacción de los trabajadores y de los usuarios de la planificación familiar que fueron atendidos bajo diferentes esquemas de supervisión. Además, en el caso del grupo de auto-evaluación, se midió el número de problemas que se había seleccionado y resuelto por unidad participante.

Instrumentos para recabar datos

El número de anticonceptivos entregados y de APP que cada unidad ofreció se obtuvo del registro utilizado por cada supervisor para sus unidades. En este registro, el supervisor anotaba el número y tipo de anticonceptivo que se entregaba a los clientes como reabastecimiento, y los que la unidad había entregado a los clientes en el lapso entre la visita previa y la actual. Para ajustar las distintas fechas de las visitas (o de los talleres), se obtuvo un promedio mensual de los diferentes períodos inter-visitas, y se calculó el número total de APP ofrecidos entre el 15 de abril de 1991 y el 14 de abril de 1992, y entre el 15 de abril de 1992 y el 14 de abril de 1993.

El número de unidades supervisadas se obtuvo de los registros que cada supervisor mantenía respecto de cada visita.

Los costos de cada estrategia se estimaron a partir de los registros contables de la UPF, que cubrían: salarios de supervisores y choferes, sus viáticos, gasolina y mantenimiento del vehículo, gastos de viaje y viáticos para los participantes de los talleres, y materiales para los talleres. La UPF mantuvo un registro de los

Cuadro 1. Áreas, distritos y número de puestos de atención a la salud, por grupo experimental, Guatemala, 1991-1993

Área	Grupo experimental								
	Distritos de supervisión indirecta (N)	Centros de salud (N)	Puestos de salud (N)	Distritos de auto-evaluación (N)	Centros de salud (N)	Puestos de salud (N)	Distritos de grupo de control (N)	Centros de salud (N)	Puestos de salud (N)
Baja Verapaz	San Jerónimo San Miguel Chicaj	(1) (1)	(1) (1)	Salamá Rabinal	(1) (1)	(8) (5)	Purulá	(1)	(2)
El Progreso	Morazán Jicaro	(1) (1)	(1) (3)	San Agustín Sanarte	(1) (1)	(4) (6)	San Antonio La Paz	(1)	(3)
Jutiapa	Santa Catarina Mita Jalpatagua	(1) (1)	(2) (4)	Jutiapa Atescatempa	(1) (1)	(7) (3)	Moyuta	(1)	(6)
Escuintla	Palín La Democracia	(1) (1)	(0) (1)	La Gomera Nueva Concepción	(1) (1)	(6) (7)	Tiquisate	(1)	(5)
San Marcos	Tecum Umán San Pedro Sacatepequez	(1) (1) (1)	(6) (7)	Malacatán Tejutla	(1) (1)	(2) (5)	Sibinal	(1)	(2)
Quiché	Joyabaj Uspantán	(1) (1)	(2) (4)	Sacapulas Santa Cruz Quiché	(1) (1)	(5) (1)	San Andrés Sacabajá	(1)	(1)
Total (N)	Distritos (12)	(12)	(32)	Distritos (12)	(12)	(59)	Distritos (6)	(6)	(19)

Fuente: MSPAS, Quiché, 1992.

gastos en los que se incurrió con motivo de cada visita a las áreas, en vez de los gastos en que se había incurrido para cada distrito. Se establecieron reglas a partir de ahí para dividir los gastos entre los distintos grupos. Los costos de personal, viajes, viáticos y mantenimiento se dividieron conforme al tiempo estimado que cada supervisor había permanecido en un distrito y al número de centros de provisión de servicios que había visitado. En relación con los gastos de materiales para el taller y viajes y viáticos para participantes, los gastos pudieron asignarse directamente a los distritos respectivos.

En las unidades de entrega de servicios se midió la satisfacción de los trabajadores y clientes mediante encuestas realizadas a 71 proveedores de servicios en una muestra aleatoria de 17 centros y 21 puestos de salud, y a 327 usuarios corrientes de anticonceptivos del Ministerio de Salud que vivían en un radio de 15 cuabras alrededor de estas unidades.

Finalmente, la mejoría en la calidad de la atención se midió por el número de problemas seleccionados que pudieron resolverse. (Durante las visitas a las unidades los supervisores anotaban en una copia del plan de auto-mejoramiento si cada problema se había resuelto o no).

Resultados

El impacto de las estrategias de supervisión sobre la productividad de los servicios de planificación familiar se midió en términos de los anticonceptivos y años-protección-pareja provistos por las unidades de entrega de servicios en los lapsos del 15 de abril de 1991 al 14 de abril de 1992 (el año anterior al experimento), y del 15 de abril de 1992 al 14 de abril de 1993 (año del experimento). En el análisis se incluyeron únicamente los centros de provisión de servicios respecto de los cuales había información completa para ambos períodos. En el cuadro 2 se observa que solamente el grupo que sometió a prueba la supervisión indirecta registró un aumento en la distribución de todos los métodos (píldoras, tabletas, condones y DIUs). En el grupo de auto-evaluación se observaron aumentos en el uso del DIU y los condones, aunque disminuyó el uso de píldoras y tabletas vaginales. En el grupo control, fue evidente una disminución en la distribución de todos los métodos. En términos de años-protección-pareja, el aumento entre períodos fue de 7 por ciento para el grupo de auto-evaluación, y de 11 por ciento para el grupo de supervisión indirecta. El grupo control mostró un descenso de 22 por ciento. Sin embargo, ninguna de las diferencias que se observaron entre los grupos fue estadísticamente significativa.

Otros análisis mostraron que los incrementos en la productividad de los centros de salud que sometieron a prueba la auto-evaluación fue mayor al compararse con aquéllos que sometieron a prueba la supervisión indirecta. Por el contrario, en los puestos de salud la supervisión indirecta fue más eficaz que

Cuadro 2. Número promedio de métodos anticonceptivos y de años-protección-pareja (APP) distribuidos por unidad de atención a la salud, por grupo experimental, según período de tiempo, y la diferencia en la distribución entre el segundo período y el primero, Guatemala, 1991-1993

Grupo/método	15 de abril, 1991, a 14 de abril, 1992	15 de abril, 1992, a 14 de abril, 1993	Diferencia
Auto-evaluación (N=50)			
Píldoras	303,95	300,43	-3,52
Condomes	720,37	757,85	37,48
Tabletas	186,98	87,36	-99,62
DIUs	3,11	4,58	1,47
Total APP	40,24	43,03	2,79
Supervisión indirecta (N=33)			
Píldoras	294,23	321,80	27,56
Condomes	857,07	933,68	76,61
Tabletas	161,84	191,48	29,64
DIUs	7,82	8,79	0,97
Total APP	52,36	57,98	5,62
Control (N=10)			
Píldoras	392,99	308,55	-84,44
Condomes	770,46	749,61	-20,85
Tabletas	111,60	84,08	-27,52
DIUs	1,68	0,65	-1,03
Total APP	43,27	33,71	-9,56

la estrategia de auto-evaluación. En el grupo control no se observaron mejorías en los centros o los puestos de salud.

Eficacia y costo-efectividad

En el cuadro 3 se observa que durante el primer semestre del año de actividades el grupo de auto-evaluación tenía la mayor proporción (99 por ciento) de centros de atención a la salud supervisados mediante talleres y reuniones. Cerca de 86 por ciento de las unidades del grupo de supervisión indirecta recibió supervisión. El grupo control tenía la menor proporción de unidades supervisada (60 por ciento no visitadas o visitadas cuando el personal proveedor de servicios no estaba disponible). En el segundo año de actividades, la participación en las reuniones de supervisión indirecta mejoró a 96 por ciento, mientras que la participación en el grupo de auto-evaluación disminuía a 77 por ciento. La información sobre el seguimiento a los centros proveedores de atención a la salud para el grupo control durante el período no estuvo asequible.

En el primer año de actividades, el grupo de supervisión indirecta tuvo un costo-efectividad de \$97 dólares por centro de atención, que se compara con \$114 dólares en el grupo de auto-evaluación, y con \$119 dólares por unidad en el grupo control. De esta manera, las dos estrategias de supervisión alternativa fueron más costo-eficientes que la supervisión tradicional.

Cuadro 3. Porcentaje de unidades de atención a la salud que fueron supervisadas, y costo por unidad supervisada, por estrategia, Guatemala, 1991-1993

Grupo experimental	Unidades totales en 1992 (N)	Unidades super- visadas (N)	Porcentaje de unidades supervisadas	Costos totales (en dólares)	Costo/unidad supervisada (en dólares)
Supervisión indirecta	(44)	(38)	86	3.688	97
Auto-evaluación	(71)	(70)	99	7.963	114
Control	(25)	(15)	60	1.777	118

Nota: tipo de cambio promedio: \$1 dólar = 5,20 quetzales.

Satisfacción de trabajadores y clientes

Para investigar la satisfacción de los trabajadores con su labor, y la de los usuarios de planificación familiar con los servicios recibidos, se hizo una pequeña encuesta en una muestra de 38 unidades de atención a la salud y en las comunidades en donde ellas se ubicaban. Las entrevistas cubrieron a 71 proveedores y a 331 mujeres.

Sin importar el grupo experimental de pertenencia, los clientes activos de planificación familiar del Ministerio de Salud informaron estar satisfechos, o muy satisfechos, con los servicios; dijeron que los proveedores eran amables, que era fácil entenderles y que confiaban en ellos. La actitud de los trabajadores hacia la planificación familiar era favorable; estaban satisfechos con su trabajo como agentes comunitarios de servicio, aunque consideraban que el programa de planificación familiar no recibía suficiente apoyo de las autoridades del Ministerio de Salud. Una de las pocas diferencias que se observaron entre los grupos experimentales y los de control era la proporción de mujeres que reportaron estar usando el método que querían, y la percepción de las clientes acerca del tiempo de espera por los servicios. En ambos casos, las mujeres que se atendían en las unidades del grupo experimental parecían estar más satisfechas que las mujeres del grupo control. Las mujeres de los grupos experimentales tuvieron también una probabilidad ligeramente mayor de indicar su satisfacción con el método que empleaban y con los servicios que recibían, y de informar que el personal que atendía en los servicios era amable y se le entendía fácilmente. Sin embargo, ninguna de estas diferencias fue estadísticamente significativa.

Proporción de problemas elegidos y resueltos

El personal del Ministerio de Salud que participó en los talleres de calidad de la atención en el grupo de auto-evaluación había pensado que llevaría a cabo un total de 345 mejoras en cuanto a problemas de calidad de la atención. La mayor

proporción (40 por ciento) de los problemas cuya solución se iba a encarar se relacionaba con información, educación y comunicación. Los problemas que se eligieron con menos frecuencia fueron los vinculados con relaciones cliente-proveedor (14 por ciento), competencia técnica (11 por ciento), constelación de servicios (10 por ciento), continuidad y seguimiento (9 por ciento), y selección de métodos y supervisión y evaluación del programa (8 por ciento cada uno).

Durante las visitas de seguimiento a los centros de entrega de servicios, los supervisores recabaron información sobre los problemas previamente identificados y hasta qué punto se habían resuelto. En el cuadro 4 se ofrece una muestra de aquellos problemas seleccionados con más frecuencia y que habían quedado resueltos al momento de realizarse el primer seguimiento, entre tres y seis meses después del taller inicial. Casi todas las soluciones que se pusieron en práctica requirieron de intervenciones sencillas, tales como mejorar el seguimiento a los usuarios o dar charlas informativas en las salas de espera. En general, los datos mostraron que, a mayor complejidad de la solución requerida, menor la probabilidad de que el problema se solucionara. Los problemas que se seleccionaron más a menudo, pero que se resolvieron con menos frecuencia, fueron la falta de pláticas para hombres de la comunidad y la falta de referencias en materia de planificación familiar por parte de los voluntarios de la comunidad. Empero, fue posible resolver algunos de los problemas más complejos, incluyendo la construcción de un baño que se requería con urgencia en uno de los puestos.

Cuando llegó el momento del primer seguimiento, 38 por ciento de los 345 problemas seleccionados se había resuelto. Al cabo de un año, durante las siguientes visitas de supervisión, se había puesto en marcha casi 80 por ciento de todas las acciones de mejoramiento planeadas. Seis meses después, la eficacia de la estrategia de resolución de problemas oscilaba entre 5 y 60 por ciento en los diferentes distritos; después de un año, las cifras fluctuaban entre 33 y 100 por ciento de eficacia.

Discusión

El proyecto se diseñó para indagar si la Unidad de Planificación Familiar del Ministerio de Salud de Guatemala era capaz de desarrollar sistemas de supervisión más eficientes. Los resultados mostraron que cualquiera de las dos estrategias podría ser empleada provechosamente por la UPF. Los centros de provisión de servicios mostraron mayores incrementos de productividad con el empleo de ambas estrategias, en comparación con las unidades del grupo control. Las estrategias eran, además, más costo-efectivas que la estrategia tradicional de supervisión; y lo que es aún más importante, ambas permitían a los supervisores un contacto más directo y sustantivo con el personal que brinda los servicios.

Cuadro 4. Problemas que el personal de la unidad de atención a la salud eligió y resolvió con frecuencia en los seis meses que siguieron al taller inicial, Guatemala, 1992

Problema (N=345)	Total de veces elegido (N)	Porcentaje resuelto	Soluciones
No hay exhibidor/escaparate para los métodos	(27)	55	Se desarrollaron materiales; muestras para demostración
No hay seguimiento a clientes que desertan	(24)	38	Se hicieron visitas domiciliarias; se organizaron pláticas en centros de salud del distrito; se instituyó la coordinación con ONGs
No existen, o son pocas, las pláticas sobre planificación familiar que se dan	(16)	56	Se organizaron charlas de salud cada semana; se instituyó la coordinación con ONGs
No hay carteles que promuevan la planificación familiar	(15)	40	Se desarrollaron materiales; carteles
No se imparte capacitación sobre prescripción de los métodos	(14)	29	Se suministró información/ consejería; supervisión; evaluación; capacitación a nivel distrital
No hay carteles sobre disponibilidad y horario de los servicios	(12)	75	Se desarrollaron materiales; se promovieron los servicios de planificación familiar
Escasez de formatos/ artículos administrativos	(11)	64	Se solicitó apoyo al distrito/ área/unidad de planificación familiar
Poca conciencia de las necesidades y opiniones de los clientes	(9)	75	Se hicieron prácticas de encuestas informales en la clínica; se habló con los clientes sobre sus necesidades y opiniones
Falta de atención integrada con la atención primaria/ atención a la salud materno-infantil	(4)	100	Se realizaron reuniones de personal; se brindó supervisión
Almacenamiento y fechas de expiración de los métodos	(3)	100	Se buscó apoyo de los médicos supervisores; se incluyó información en capacitación y supervisión

Aunque la estrategia de auto-evaluación fue un poco menos costo-efectiva y tuvo un impacto ligeramente menor sobre la productividad de las unidades de atención a la salud que la supervisión indirecta, no debe pasarse por alto la ventaja que representa facilitar un mayor compromiso del personal para enfatizar

y estructurar tareas cotidianas en un plan de largo plazo. Esta ventaja parecería ser especialmente importante para los Ministerios de Salud que manejan numerosos programas sanitarios que tienen mayor prioridad que aquéllos que se relacionan con la planificación familiar. Un beneficio adicional de la estrategia de auto-evaluación fue el valor de las relaciones públicas que se lograron con el enfoque de calidad de la atención, y el interés por este tópico que surgió entre los proveedores de servicio y los funcionarios de gobierno. Al subrayar la importancia de satisfacer las necesidades de los clientes, la UPF fue capaz de demostrar que su principal interés era el bienestar de las mujeres, un mensaje que es importante para aquellos proveedores de servicios que continúan mostrándose reacios a la planificación familiar y donde casi todos los programas enfatizan la cantidad por sobre la calidad.

Si la UPF institucionalizara la estrategia de auto-evaluación, las listas de verificación empleadas deberían modificarse de vez en cuando para dar a los proveedores de servicio una sensación de novedad. Al vigilar las rondas de sus supervisores, la UPF podría utilizar las listas de verificación orientadas al mejoramiento de áreas específicas, como pudieran ser los sistemas de referencia, la promoción de servicios o de métodos específicos, la capacitación de proveedores, el compromiso de los hombres con el programa, los métodos para llegar a poblaciones rurales, y el enfoque de esfuerzos para llegar a las mujeres cuyas necesidades no están satisfechas. En estos casos, podría utilizarse la metodología que se empleó en este experimento.

Notas

- 1 La administración del Ministerio de Salud de Guatemala está organizada en 24 áreas de salud o jefaturas. El jefe de área, que es médico, trabaja con un equipo que casi siempre está integrado por una enfermera, un/a trabajador/a social, un/a técnico/a en salud rural, un/a experto/a en salud ambiental, un/a contador/a y una o dos personas que realizan labores administrativas. Cada miembro del equipo actúa como supervisor/a de su correspondiente personal a nivel del distrito de salud. En cada área hay entre dos y 15 distritos, que constan de un centro de salud y de los puestos de salud que lo circundan. Cada centro tiene uno o más médicos, más otro personal de salud. Los métodos de planificación familiar que se ofrecen en los centros incluyen el DIU, píldoras, condones, tabletas vaginales y supositorios, que son suministrados por las enfermeras y asistentes de enfermería. Las clientes que solicitan el DIU son referidas a centros de salud o a hospitales de área. En la actualidad, muy pocos hospitales del Ministerio ofrecen servicios de esterilización.
- 2 Por las características del proyecto, el término "auto-evaluación" se utiliza aquí para significar la evaluación de procesos y condiciones de entrega de los servicios a través de las listas de verificación del proyecto. El proceso de auto-evaluación incluye, pero no está restringido, al uso de listas de verificación para la auto-evaluación.
- 3 Los factores de conversión que se utilizaron fueron APP=100 condones ó 100 tabletas vaginales ó 13 ciclos de píldoras. Una inserción del DIU=2,5 APP.

Referencias

- Benavente, Jaime y C. Madden. 1993. "Improving supervision: A team approach". *The Family Planning Manager* 2,5.
- Bruce, Judith. 1990. "Fundamental elements of the quality of care: A simple framework". *Studies in Family Planning* 21, 2: 61-91.
- Dwyer, J., Jeanne Haws, Grace Wambawa, Mofoluke Babawale, y Frances Way. 1990. "COPE: A self-assessment technique for improving family planning/voluntary sterilization services". Trabajo presentado en la 118ª reunión anual de la American Public Health Association, 1-4 de octubre, New York.
- The Family Planning Manager*. 1993. *Pocket Guide for Service Improvement, a Supplement to The Family Planning Manager*. Octubre/noviembre/diciembre.
- Helzner, Judith y cols. 1990. *Report of the Subcommittee on Quality Indicators in Family Planning Service Delivery*. Monografía presentada al USAID's Task Force on Standardization of Family Planning Program Performance Indicators. New York: International Planned Parenthood Federation/ Western Hemisphere Region.
- León, Federico, James Foreit, Rosa Monge, Eduardo Mostajo, Sonia Ortiz, y Miguel Ramos. 1990. "An experiment to improve the quality of care in a Peruvian community based distribution program". Informe técnico final. Lima, Perú: Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES) y Population Council.
- Lynam, Pamela, Leslie McNeil Rabinovitz, y Mofoluke Shobowale. 1993. "Using self-assessment to improve the quality of family planning clinic services". *Studies in Family Planning* 24, 4: 252-260.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). 1989. *Programa Nacional de Salud Materno Infantil. Manual de Normas y Guías de Atención Materno Infantil. Puestos y Centros de Salud*. Guatemala, Guatemala: MSPAS.
- . 1990. *Evaluación del Proceso de Actividades de la Unidad de Planificación Familiar del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*. Guatemala, Guatemala: MSPAS Unidad de Planificación Familiar.
- . 1992. *Inventario de Unidades*. Guatemala, Guatemala: MSPAS.
- Santiso, Roberto, M. Mendieta, y Sandra Rosenhouse. 1989. "Improving the performance of distributors in APROFAM's CBD programs in indigenous areas". Informe técnico final. Guatemala, Guatemala: Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM) y Population Council.
- Wolff, James A., Linda J. Sutfenfield, y Susanna C. Binzen. 1991. *The Family Planning Manager's Handbook: Basic Skills and Tools for Managing Family Planning Programs*. Hartford, CT: Kumarian Press.

Reconocimientos

Este proyecto fue financiado por el proyecto INOPAL II (Investigación Operativa en Planificación Familiar y Salud Materno Infantil para América Latina y el Caribe), del Population Council, como parte de un contrato con la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos. Los autores reconocen, agradecidos, las sugerencias y colaboración de Carlos Brambila, Jim Foreit y Nancy Murray.

REALIZACION

Introducción

Tomas Frejka

Los artículos que se presentan en las secciones precedentes han descrito proyectos de IO cuyo propósito es el de mejorar los programas de planificación familiar. Los trabajos que integran esta sección tienen el mismo objetivo y, además, abordan problemas relacionados con la realización y la aplicación de la investigación operativa. Las cuestiones principales que se discuten son:

- *la recopilación de información crítica*: se refiere a la necesidad de reunir datos sobre los antecedentes sociales, económicos, ambientales, políticos, culturales y de cualquier otra índole que sean relevantes para el diseño y funcionamiento óptimo de programas y proyectos;
- *los acontecimientos no planificados*: en la planificación realista de proyectos de IO debe tomarse en cuenta que habrá factores particulares, durante todas las fases, que resulten distintos a los supuestos en un principio;
- *el diseño de la investigación*: es muy importante la selección de un diseño de investigación adecuado para probar el impacto de un nuevo enfoque de prestación de servicios;
- *el uso de la experiencia de programas*: se refiere al cúmulo de las experiencias de tipo organizacional y gerencial de los proveedores de programas de planificación familiar a todos los niveles durante el proyecto de IO, y al uso de esa experiencia para mejorar el funcionamiento de dichos programas;
- *la expansión*: se discute la expansión de pequeños proyectos, o de proyectos piloto, para una aplicación más amplia: de unas cuantas comunidades o instalaciones a niveles regionales, nacionales o internacionales;
- *la generalización*: se tratan las formas de generalizar el conocimiento obtenido a partir de diversos proyectos de IO sobre temas idénticos, de manera que la experiencia y los conocimientos generados se puedan utilizar para la toma de decisiones políticas, para la planificación y en la operación de los programas.

La recopilación de información crítica: en ausencia de un conocimiento previo, es muy probable que un proyecto tenga defectos básicos y que, por consiguiente, fracase. La falta de este tipo de información puede traer

consecuencias, desde las no premeditadas hasta las indeseables. Algunos aspectos del proyecto pueden ser ofensivos para los usuarios, pueden ser difíciles de implantar por parte de los prestadores de servicios, o pueden ser perjudiciales para los funcionarios del gobierno local, regional o nacional. Para maximizar las oportunidades de éxito de un proyecto, los autores deberán disponer de información relevante. Esta información se puede encontrar en libros, en los resultados de estudios de diagnóstico que analicen o describan al país o a la región en términos políticos, sociológicos o antropológicos, y en información obtenida del personal local y de los dirigentes políticos de la localidad.

A menudo, los antecedentes se recopilan de manera informal utilizando fuentes de información de fácil acceso; se aplican implícita y automáticamente cuando se diseña y planifica el proyecto. En otros casos, el conocimiento existente se recopila y organiza sistemáticamente antes de realizarse el diseño y la planificación. En ocasiones, se considera necesario realizar un esfuerzo especial para reunir todo un conjunto de conocimientos antes de poder diseñar, planificar e implantar un proyecto. Tal fue el caso del proyecto Taichung (véase en la sección de Impacto, Berelson y Freedman, 1964; Freedman, 1998). La encuesta de línea base realizada antes del proyecto sirvió no sólo para la recopilación de información que se utilizaría con fines comparativos y para la evaluación final del impacto, sino para “orientar un programa de acción” (Berelson y Freedman, 1964:180), lo que es igualmente importante. El artículo sobre el experimento de Navrongo que se incluye en esta sección (Nazzar y cols., 1995) ejemplifica la amplitud y la profundidad de los conocimientos que se tuvieron que reunir para poder diseñar e implantar un programa de salud comunitaria y planificación familiar culturalmente adecuado para una comunidad tradicional.

Los acontecimientos no planificados: es difícil prever los desarrollos específicos que puedan llegar a interferir con la implantación de un proyecto de IO. Los sucesos generales más comunes que causan problemas en la implantación y la consiguiente evaluación son: (1) que los intereses de los investigadores entren en conflicto con los de los gerentes cuando un proyecto está en marcha; por ejemplo, es posible que un gerente de programa tome decisiones con base en resultados preliminares antes de que el proyecto haya concluido; (2) que una segunda intervención, no programada, confunda los resultados del estudio; y (3) que la intervención pueda llegar al grupo de control antes de que el estudio concluya, haciendo imposible evaluar el resultado de la intervención.

Las dificultades en la implantación de un proyecto pueden surgir por problemas con el personal. Puede ocurrir que los investigadores contratados y capacitados para un proyecto dado lo abandonen, y que el personal que los

substituya no esté plenamente calificado para continuar la ejecución adecuadamente. En ocasiones, el personal de prestación de servicios no cumple con los protocolos de investigación; por ejemplo, es posible que no asignen aleatoriamente a usuarios a los grupos experimental y de control, contaminando así los resultados. La calidad del personal del proyecto puede ser menor a la esperada, o mostrar más iniciativa e independencia de lo que es deseable, lo que también afecta los resultados. La interferencia puede originarse en el medio social, político, económico o natural que rodea al proyecto; por ejemplo, una sequía, un temblor o una crisis económica o política pueden afectar las condiciones físicas del proyecto o el desempeño del personal.

El artículo de Fisher y Carlaw (1983) ilustra con realismo varios de estos problemas, todos los cuales ocurrieron en un solo proyecto. Hasta cierto punto, es posible evitar que los acontecimientos interfieran con los resultados de un proyecto, volviéndolo flexible, anticipando los contratiempos que pudieran presentarse mediante el empleo de técnicas de investigación (tales como la asignación aleatoria), que son suficientemente sólidas como para sobrevivir a los problemas que se pudieran presentar en el ambiente del programa.

El diseño de la investigación: la selección del diseño está estrechamente relacionada con la necesidad de una planeación realista. En un escenario en el que se puedan presentar acontecimientos no planificados, optar por un diseño sólido, capaz de sobrevivir a dichos acontecimientos, puede proporcionar resultados satisfactorios, importantes y relevantes para cuestiones de políticas. Fisher y colaboradores (1985) argumentan que la utilización de un diseño cuasiexperimental, en vez de uno experimental, que es más poderoso, a menudo logrará los objetivos deseados. Estos autores proponen el *principio de los tres múltiples*, esto es, utilizar fuentes múltiples de datos, mediciones múltiples en el transcurso del tiempo y replicaciones múltiples de la intervención. Sin embargo, satisfacer esos requerimientos puede dar origen a ciertas dificultades, por ejemplo, la insuficiencia de recursos financieros, de tiempo o de personal disponible y capacitado para la ejecución de mediciones múltiples.

El uso de la experiencia de programas: los gerentes de programa acumulan experiencias valiosas en el transcurso de su trabajo en múltiples aspectos de la prestación de servicios de planificación familiar. Estas experiencias constituyen un recurso de gran valor para el diseño y la implantación de proyectos de IO. La cooperación estrecha entre gerentes e investigadores contribuye a la calidad de los proyectos de IO y, por consiguiente, las posibilidades de que los resultados se utilicen y se amplíen son mayores. Un buen ejemplo de la participación de los gerentes y los prestadores en el proceso de IO se comenta en el estudio de MEXFAM (Vernon y cols., 1998, en este volumen), que se encuentra en la sección de Calidad en este mismo volumen. A través de la partici-

pación en el proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad, el personal es capaz de diseñar e implantar proyectos de IO con un mínimo de ayuda externa.

Si bien es cierto que las experiencias del gerente y del prestador son esenciales en proyectos de IO, también es indiscutible que trabajar en un proyecto de investigación operativa puede constituir una experiencia valiosa para ellos mismos, aun en áreas no relacionadas con la intervención del proyecto. Mientras que el proyecto original que se discutió en Fisher y Carlaw (1983) experimentó tantos y tan negativos e inesperados sucesos que amenazaron gravemente la validez de la evaluación del proyecto, también se obtuvieron experiencias positivas insospechadas. Como resultado, se llevaron a cabo modificaciones importantes en el manejo del programa de planificación familiar de Nepal, tales como la decisión de descentralizar la capacitación, ampliar las funciones de los trabajadores de campo e involucrar a líderes locales en los comités de planificación familiar.

La expansión: cualquiera que sea la esencia de un proyecto de IO, es importante considerar si se le puede utilizar en algún otro lugar y si tiene una aplicación más amplia; es decir, si lo que funciona en una comunidad puede funcionar en otras. Con frecuencia, la preparación, la calidad del personal, el grado de supervisión y la atención a los detalles de un proyecto de IO difícilmente pueden ser replicables a escala regional o nacional. Es así que la experiencia obtenida quizás tenga que ser aplicada con menos recursos por unidad o por usuario. En este volumen se presentan varios trabajos que abordan diversos aspectos relacionados con estas cuestiones (Berelson y Freedman, 1964; Faúndes-Latham y cols., 1968; Freedman, 1998; Rosenfield y Limcharoen, 1972).

Cuando los proyectos piloto se expanden, llegan a surgir problemas de tipo financiero y organizacional. El informe sobre el proyecto de India (que ofreció pequeños incentivos monetarios durante un tiempo limitado para determinar si al hacerlo se producían mayores conocimientos y un aumento en la utilización de métodos temporales de anticoncepción entre las mujeres de un área rural donde únicamente se promovía la esterilización de manera intensiva), discute la cuestión de la sustentabilidad de un proyecto cuando se expande. Stevens y Stevens (1972) ofrecen la detallada exposición de este proyecto, que originalmente se implantó en pequeña escala. Posteriormente, el proyecto atravesó por diversos cambios experimentales, y finalmente se amplió a instalaciones privadas y a centros públicos y hacia grandes áreas urbanas y rurales.

La generalización: al hacer una evaluación conjunta de proyectos cuando varios de ellos se llevan a cabo abordando cuestiones similares o iguales en contextos comparables, se pueden producir conclusiones más sólidas y de

mayor aplicabilidad que los hallazgos de un solo estudio. Vernon (1998) analizó seis proyectos de investigación operativa sobre promoción de la vasectomía en tres países de América Latina y obtuvo varios hallazgos importantes que se pueden utilizar para el diseño e implantación de servicios potencialmente exitosos. En este caso, la población objetivo fue hombres jóvenes con una escolaridad comparativamente buena, y las estrategias promocionales se desarrollaron en los medios masivos que tenían la tendencia a ser efectivas especialmente en grandes ciudades donde se cuenta con servicios clínicos de alta calidad. Ciertos temas de campañas demostraron ser efectivos; a saber, que la vasectomía, en particular la que se realiza sin bisturí, tiene muchas ventajas sobre la esterilización femenina, y que los hombres optan por la vasectomía dado su interés por la salud de sus esposas y su amor por ellas.

Desarrollo de un programa de planificación familiar culturalmente apropiado para el experimento de Navrongo

Alex Nazzar, Philip B. Adongo, Fred N. Binka, James F. Phillips y Cornelius Debpuur

Aunque los niveles de mortalidad y de fecundidad de las poblaciones rurales sahelianas se cuentan entre los más altos del mundo, se sabe poco sobre estrategias viables para atacar tan críticos problemas. Se han desarrollado tecnologías básicas de salud y planificación familiar que están disponibles a bajo costo; sin embargo, profundas limitaciones sociales, económicas e institucionales impiden la provisión de tecnologías, aun las más básicas, a grupos objetivo. A menudo, los comentaristas recomiendan el compromiso comunitario para contextos tales; pero los ejemplos prácticos para lograrlo rara vez se han documentado en la literatura científica o la de políticas.¹ En su lugar, los documentos de políticas hacen exhortaciones vagas para “mejorar la supervisión”, “fortalecer la administración”, “fomentar la participación comunitaria”, que nada significan para los gerentes de servicio, quienes se enfrentan a graves limitaciones burocráticas, sociales y de presupuestos, tanto así que poco pueden hacer ya, además de todo lo que han hecho en el pasado. Reconociendo la necesidad de una orientación práctica en esta materia que provenga de la investigación de campo, el Ministerio de Salud (MS) de Ghana designó como área especial de experimentación a un distrito rural en una de las dos regiones más septentrionales del país. Ubicado en Kassena-Nankana, Distrito de la Región Alta del Este, el Centro de Investigación en Salud de Navrongo (CISN) está equipado para evaluar las necesidades de servicios de salud y de planificación familiar de las comunidades rurales, desarrollar nuevos enfoques en materia de atención de base comunitaria y evaluar el impacto de esquemas experimentales.²

El entorno de Navrongo constituye un contexto desafiante para la introducción de servicios de salud y de planificación familiar. Los niveles de alfabetización son bajos, la autonomía de las mujeres está confinada, la pobreza

es omnipresente y los niveles de mortalidad siguen siendo elevados, aun dentro de los parámetros del occidente de África. Las costumbres asociadas con el sistema tradicional de linaje sedimentario y los fuertes lazos de la familia extensa tienden a subrayar la importancia de la crianza temprana en el matrimonio. Las creencias religiosas, las instituciones económicas, la organización social y las costumbres en el matrimonio contribuyen a reafirmar las normas de una fecundidad elevada. Las características geográficas de la localidad, que limitan la cobertura de los sistemas de atención a la salud, constituyen también otro obstáculo a las operaciones de entrega de los servicios. En términos generales, los asentamientos están apartados de los caminos, de la comunicación, de la electrificación y de los mercados. En el poblado de Navrongo se han construido clínicas, además de remotos centros de salud subdistritales fuera de Navrongo; pero el número de casos en donde existen puntos fijos de servicios es limitado, pues los costos de viaje son prohibitivos para la mayoría de los hogares. La dependencia de la medicina tradicional es la norma; las instalaciones clínicas tienen demasiado personal y están subutilizadas.³

Fase I del estudio piloto

En 1993, el Ministerio de Salud emprendió una serie de investigaciones diseñadas para aclarar las razones de la pobre cobertura de servicios de salud y planificación familiar en la Ghana rural, y para identificar opciones viables que mejoraran la entrega de servicios de salud de base comunitaria. En Ghana, la distribución de base comunitaria (DBC) ha involucrado a las parteras tradicionales (PTs) en calidad de agentes de ventas locales de anticonceptivos y distribuidoras. Diversas evaluaciones demostraron que esta estrategia no estaba funcionando. Para determinar la razón del fracaso de la DBC y lo que podía hacerse para enfrentar el problema, se iniciaron diversos estudios de diagnóstico e investigaciones de campo. Además, se pretendía descubrir si el nuevo programa de acción —el Proyecto Comunitario de Salud y Planificación Familiar (PCSPF)— se aceptaría en las comunidades atendidas.⁴ Este programa de investigación, que constituye la Fase I del experimento de Navrongo, incluyó consultas a las comunidades para determinar si la altamente desarrollada estructura tradicional de las comunidades rurales africanas puede representar un recurso de organización para establecer servicios comunitarios de salud eficaces. El programa piloto se lanzó en marzo de 1994 en tres poblados del distrito de Kassena-Nankana. Se puso en operación un sistema piloto de entrega de servicios que con el tiempo se modificó, y se llevó a cabo un sistema de investigación social para valorar las reacciones de la comunidad a tales servicios, para aclarar la naturaleza de los recursos sociales que permitieran mejorar las operaciones, y para orientar el cambio estratégico en el modelo de entrega de los servicios.⁵

Esta actividad de la Fase I se diseñó para desarrollar el sistema de entrega de servicios de un experimento en gran escala que se lanzará en la Fase II. La Fase I del experimento de Navrongo representa una aplicación de la teoría de los sistemas abiertos para el problema práctico de desarrollar organizaciones de servicios humanos adecuadas para poblaciones rurales africanas. Las perspectivas de los sistemas abiertos subrayan lo importante que es adaptar las organizaciones formales a ambientes institucionales más amplios.⁶ Desde esta perspectiva, los programas de planificación familiar eficaces se adaptan al entorno social, pues la promoción del cambio reproductivo implica la interacción con individuos y grupos respecto de cuestiones fuertemente influidas por las normas sociales y por las instituciones.⁷ El proyecto de Navrongo pretende generar experiencia práctica para que las operaciones se adapten al ambiente social. Aunque las instituciones sociales africanas inhiben el proceso de promoción del cambio reproductivo, la organización social también representa un recurso poderoso para que el servicio se realice. Establecer los servicios en comunidades tradicionales implica mucho más que la distribución de anticonceptivos. De este modo, la Fase I incorporó el análisis de la estructura de la sociedad de Navrongo y del ambiente de sus creencias y prácticas en torno a la reproducción y la salud, diagnosticando las limitaciones que prevalecen y que impiden alcanzar los objetivos del programa y proponer modos alternativos para responder a tales limitaciones.

La investigación se basa en los paneles de discusión de 12 grupos focales, cada uno de los cuales abarcaba entre ocho y 12 participantes, a quienes se había convocado antes de iniciarse las operaciones de la Fase I. Había seis tipos distintos de participantes: mujeres menores de 30 años, mujeres mayores de entre 30 y 45 años, esposas de jefes de conglomerados,* hombres jóvenes, líderes de opinión y jefes de conglomerados del distrito rural de Kassena-Nankana. Las sesiones se diseñaron de tal forma que pudiera propiciarse la discusión acerca de las creencias y preferencias reproductivas, el valor de los niños y la toma de decisiones en el hogar.⁸ En el período de línea base se realizaron entrevistas en profundidad a jefes, patriarcas de linaje, propietarios de la tierra y adivinos.⁹ Las entrevistas en profundidad se repitieron a intervalos de 90 días, una vez que los servicios comenzaron a operar. Además, se recopilaban observaciones de campo detalladas y entrevistas abiertas y en profundidad con los proveedores de servicios, sus supervisores, los jefes y ancianos, para determinar reacciones a las operaciones de entrega de servicios. El régimen de entrevistas de grupos focales se repitió en el curso de la Fase I. Esta evaluación

* Nota de la traductora. *Compound* en el original. Se refiere a caseríos cercados con reglas internas compartidas.

se basa en las entrevistas iniciales, las entrevistas en profundidad de línea base y las entrevistas de seguimiento con líderes comunitarios.

Un comité de planeación estratégica integrado por el Equipo Distrital de Administración de la Salud (EDAS), el científico social del proyecto y trabajadores especiales de entrega piloto de los servicios revisaron los resultados de las entrevistas en profundidad y las discusiones de los grupos focales.¹⁰ Considerando que los entrevistadores y supervisores del Sistema de Vigilancia Demográfica de Navrongo (SVDN) poseen un particular conocimiento de los habitantes de Kassena-Nankana, se les convocó como un equipo especial de grupo focal para comentar las estrategias y planes propuestos.

A partir de las discusiones de los grupos focales y de los datos de las entrevistas en profundidad, los científicos sociales del proyecto extrajeron listas de limitaciones socioculturales que agruparon en cuatro temas generales; se invitó al comité de planeación estratégica a identificar obstáculos programáticos relacionados y posibles estrategias para enfrentarlos. En este artículo se discuten los resultados de los primeros seis meses del proceso de planeación estratégica, dando particular atención al desafiante problema de organizar el componente de planificación familiar de un programa comunitario de salud. Las limitaciones a la práctica de la planificación familiar que se revisaron en este análisis se inscriben en la vinculación entre salud, género y determinantes del desarrollo del comportamiento reproductivo.¹¹ De este modo, la búsqueda de estrategias operativas factibles va más allá de desarrollar el acceso a la anticoncepción; se extiende a la consideración más general de cómo las comunidades tradicionales son atendidas de forma adecuada por los programas comunitarios.¹²

Obstáculos al éxito del programa

Cuando menos durante una generación, la fecundidad se ha mantenido elevada e inalterada.¹³ Para las mujeres es muy importante tener hijos pronto una vez que se casan, y creen que necesitan tener muchos si tanto los varones como las niñas van a sobrevivir.¹⁴ Los participantes en las discusiones de grupos focales se caracterizan por estar conscientes de las enfermedades infecciosas específicas que son las principales causas de muerte. Tal y como lo mencionó el jefe de un pequeño conglomerado:

En los últimos tiempos, ustedes hablan siempre de *adog-maake*.¹⁵ Nosotros estamos en esta zona y no sabemos nada del *adog-maake*. ¿Por qué digo esto? En la época de nuestros padres existía una enfermedad llamada *katsuwar* (sarampión), que podía aparecer en un conglomerado y matar a todos los niños. Ahora, si usted dice que quiere limitar el número de sus hijos, el sarampión es horrible y puede llegar a matar hasta diez niños de una sola vez. Entonces,

¿cómo podemos limitar el número de niños? Aquí en Naga el problema existe todavía, así que si usted tiene cinco hijos es bueno que siga teniendo niños, porque nuestros ojos han visto aquí en Naga cómo nuestros niños mueren de esa enfermedad. Tengo una esposa, y si ella puede tener diez hijos yo voy a seguir. No voy a estar de acuerdo con el *adog-maake*. Ya estoy sufriendo, pero no voy a estar de acuerdo con *adog-maake*.

La elevada mortalidad, las enfermedades infecciosas que prevalecen y las preocupaciones por la seguridad relacionadas con ellas, representan los nexos de factores discutidos más a menudo, y que tanto hombres como mujeres mencionan como limitaciones a su interés en la planificación familiar. Una mujer relató llorosa su experiencia:

Es cierto que parir dos o tres hijos está bien, pero nuestros niños se están muriendo; es por eso que tenemos muchos hijos.

Los pobladores saben bien cuáles son las principales causas de muerte: se trata de las infecciones respiratorias agudas, de la malaria, el sarampión, la diarrea y la meningitis cerebro-espinal, en ese orden. Estos riesgos se agravan con las hambrunas estacionales, la adversidad nutricional y la pobreza extendida; se considera que todas ellas contribuyen a los riesgos asociados con las enfermedades infecciosas.

Los servicios de salud pública que existen han hecho poco para mitigar estas preocupaciones. Aunque las condiciones de salud bien pueden haber ejercido un impacto sobre algunas causas de la morbilidad, las percepciones del riesgo todavía tienen que cambiar.¹⁶ Las comunidades continúan confiando en los curanderos, las parteras tradicionales y los adivinos en lo que se refiere a servicios de salud, en lugar de hacerlo en los practicantes de la medicina alopática. Algunas familias acuden a la medicina moderna para resolver sus problemas de salud; para la mayoría los costos son prohibitivos, además de que las distancias para llegar a las instalaciones de salud son, para casi todos, insalvables. La atención moderna la suministran en sitios lejanos personas que están culturalmente distantes del sistema de salud del poblado, y a precios que sus habitantes no pueden permitirse erogar. De ello ha resultado que el uso del sistema formal de atención a la salud sea poco común.

La prevalencia de problemas de salud deficiente y la alta tasa de mortalidad se combinan con las condiciones ecológicas del distrito en estudio. En décadas recientes, una menor cantidad de lluvias y la pobre calidad de los suelos del área han sido las causas de rendimientos disminuidos en la agricultura de subsistencia. En conglomerados con una extensión promedio de entre uno y dos y medio acres, el éxito es crítico para las necesidades nutritivas de sus habitantes. El hambre y las enfermedades relacionadas con la desnutrición,

como la deficiencia de vitamina A, kwashiorkor, el marasmo y la pelagra, son comunes, sobre todo entre los niños.¹⁷

Numerosos e imaginativos análisis han documentado las formas en que las costumbres religiosas africanas han evolucionado en respuesta a la elevada mortalidad.¹⁸ Estudios con grupos focales señalan que las costumbres y creencias religiosas resaltan la importancia espiritual de la progenie, el linaje y la descendencia. Una persona que tenga muchos hijos tendrá en esta tierra almas con quienes comunicarse desde el más allá, mientras que el alma de una persona que no tuvo hijos vivirá en un yermo de aislamiento espiritual. De este modo se expresaron los integrantes de un grupo focal (un varón líder de opinión y un varón líder de una pequeña comunidad, respectivamente):

Queremos tener hijos para que nuestra generación no se pierda. Uno quisiera tener hijos, nietos y bisnietos para que su nombre no se olvide cuando haya muerto, como nosotros no hemos olvidado a nuestros antepasados y a nuestros padres.

El linaje es un tema que tiene especial importancia espiritual:

Si usted tiene hijos espera que algunos, o todos, sigan los caminos paternos, especialmente los que son razonables, pues hemos heredado de nuestros padres ídolos y santuarios, los cuales son útiles a la sociedad. Así es que si ellos continúan con las líneas de nuestros padres todo eso no se perderá.

A pesar de que la fecundidad elevada representa una respuesta racional a la adversidad y a la mortalidad, muchas mujeres reclaman el acceso a la planificación familiar. Empero, las decisiones de ese tipo no atañen a las mujeres; más bien son prerrogativa de los esposos y los parientes. Algo tan trivial como llevar a un niño a la clínica requiere de la aprobación del marido, de la suegra y del jefe de la comunidad; hemos designado a este fenómeno con el término "resguardo".* En Kassena-Nankana pocas mujeres poseen algún tipo de educación formal; la mayoría es analfabeta, lo que les impide emplearse en la economía moderna y provoca la disminución del papel de la migración como fuente de exposición a ideas e instituciones extra-familiares. Las mujeres están profundamente aisladas de las ideas externas, en parte porque hay pocos caminos, aparatos o radios, y en parte por el aislamiento mismo que el idioma origina; pero lo más importante es que muy pocas mujeres han adquirido una educación formal.

Los problemas de las mujeres jóvenes son particularmente severos. Los matrimonios arreglados entre adolescentes son virtualmente universales y se

* Nota de la traductora. En inglés, *gatekeeping*. El término designa a la mujer principal del conglomerado que toma las decisiones.

acompañan del pago de una dote. Aunque se cree que la fecundidad previa al matrimonio es baja, todos desean la fecundidad con posterioridad inmediata al casamiento. De este modo, las tasas de fecundidad adolescente entre matrimonios son elevadas en una población que se sabe que experimenta altas tasas de mortalidad materna con bebés primerizos. Estos problemas resultan de una combinación de la estigmatización de las mujeres, de su limitado acceso a los servicios prenatales y de parto, y de la alta incidencia de infecciones del tracto reproductor.

La omnipresente falta de apoyo masculino para regular la fecundidad constituye una limitación adicional a la práctica de la anticoncepción, lo que a su vez se vincula con la ampliamente difundida práctica de la poligamia, la escasa comunicación sobre temas de la reproducción entre los miembros de la pareja y con los bajos niveles de confianza entre sus miembros, que han sido documentados en contextos tradicionales de otras zonas de África.¹⁹ Los hombres consideran que sus esposas e hijos son de su propiedad. Los niños representan prestigio para los hombres y sus esposas, no solo en función de la tradición, sino también en cuanto al sistema de distribución de la tierra. Una familia grande y extensa tiene derecho a áreas correspondientemente extensas de tierra agrícola; un conglomerado grande con muchos niños tendrá tierra para cultivar y labriegos para trabajar los campos.

La toma de decisiones en la sociedad de Kassena-Nankana subordina las preferencias individuales a la voluntad colectiva de la familia, los parientes y la comunidad. Por ejemplo, pocas mujeres considerarían hacer un viaje por motivos de salud o para buscar servicios de planificación familiar como opción que tendrían la libertad de elegir, a menos que los esposos, los jefes del conglomerado y los/as suegros/as fueran consultados/as y aprobaran el viaje. Las decisiones que conciernen a la atención a la salud están especialmente sujetas a las opiniones de otros.

Los roles de las mujeres no sólo limitan su autonomía, sino que limitan también sus formas de comunicación acerca de temas de la reproducción. Rara vez hablan con sus esposos acerca de sus preferencias reproductivas; muchas de ellas consideran que sus maridos toman las decisiones clave en lo que concierne a tales asuntos. Numerosos individuos que expresan su apoyo para regular la fecundidad dicen también que no pueden discutir sus preferencias abiertamente con otras personas, pues los rumores sobre esos temas pueden ser embarazosos. Son especialmente las mujeres las que se niegan a iniciar conversaciones de tal naturaleza.

Las prácticas religiosas tradicionales interactúan con el dominio masculino, lo que complica aún más la introducción de la planificación familiar en Kassena-Nankana. Se considera que la fecundidad es un asunto espiritual tan

importante para las familias y los linajes que los adivinos deben ser consultados respecto de asuntos que conciernen a la futura crianza. Según la tradición, una mujer que está preocupada por su fecundidad debe comentar el tema con su marido quien, a su vez, debe discutirlo con el jefe del conglomerado para después consultarlo con el adivino; éste, por su parte, se involucra en conjuros que se cree que conducen a intercambios espirituales con los ancestros. De este modo, el proceso de consulta religiosa, dominado por el hombre, restringe la autonomía reproductiva de las mujeres. Los espíritus simbolizan al linaje masculino; los adivinos varones, las cabezas de linaje varones y los jefes del conglomerado practican la religión a nombre de las mujeres.²⁰

Además, las restricciones de la sociedad se mezclan con la situación ecológica. Con excepción del pequeño poblado de Navrongo, el distrito es totalmente rural con un patrón de asentamientos tan difuso que no existe ningún otro poblado de cierta importancia. Tal situación impide el desarrollo de las comunicaciones, la electrificación y otras comodidades. La agricultura de subsistencia domina la economía, y aunque la mayoría de los conglomerados tiene acceso ahora a los mercados tradicionales del comercio, los bienes que ahí se comercian son principalmente granos, animales y productos domésticos; la actividad económica continúa siendo pre-moderna.

Limitaciones en la oferta

En Ghana, la atención primaria a la salud y los programas de planificación familiar no son una novedad. Ghana fue el segundo país de África que promulgó una política nacional de población y se cuenta entre los primeros en adoptar iniciativas regionales para mejorar la atención primaria a la salud. Con todo, los servicios de atención a la salud se usan poco y los programas preventivos rara vez llegan a quienes más los necesitan. En el corazón del problema está la tradición de organizar servicios de salud acordes con los requerimientos tecnológicos de manejar problemas clínicos —una filosofía institucional característica de las burocracias de los sistemas de salud en todas partes.

Encabezando la jerarquía están los hospitales de enseñanza y los hospitales regionales, en donde se realizan las cirugías más complejas y donde los especialistas son residentes. Les siguen en importancia las instalaciones distritales, en donde se ofrece la atención hospitalaria a quienes pueden llegar a ellas y pueden permitirse pagar la atención ambulatoria (conocida como nivel C). Terceras en importancia son las clínicas dispersas en áreas rurales con personal exclusivamente paramédico (nivel B). En la periferia, finalmente, están los puestos de atención a la salud que se ubican en poblados que son atendidos por voluntarios, o bien organizados por los trabajadores comunitarios (nivel A).²¹ El resultado de esta estructura es una cultura institucional configurada básicamente

por los requerimientos para tratar la enfermedad en vez de prevenirla. Los recursos se comprometen de arriba hacia abajo a instalaciones estáticas. El personal se asigna a las instalaciones y se le ofrece vivienda para que permanezca en el sitio al que se le ha asignado, pero se le niegan los recursos que pudieran permitirle ofrecer atención de base comunitaria.

El enfrentamiento de las culturas institucionales

Este estilo oficial de arriba hacia abajo no es propicio para lograr el compromiso de las organizaciones comunitarias tradicionales en materia de planificación familiar.²² Las instituciones primarias de familia, parentela, jefatura y supremacía tienen una importancia arrolladora; las instituciones secundarias organizadas por el gobierno para el servicio humanitario carecen de importancia práctica para las familias rurales. De esta forma, la organización de iniciativas comunitarias a través del Ministerio de Salud representa un enfrentamiento de culturas institucionales —las intenciones categóricas de una cultura de arriba hacia abajo se enfrentan con el estilo tradicional no burocrático con el que los poblados se gobiernan.

Los intentos del Ministerio de Salud por desarrollar la voluntariedad son un caso aparte. Explotar el apoyo comunitario para la atención primaria a la salud reclutando voluntarios para el programa probó ser una iniciativa promisoriosa, pero ha fracasado rotundamente. El Ministerio reconoció que carecía de los medios para apostar a proveedores de atención primaria a la salud en cada poblado de Ghana; pero que sí podía respaldar el trabajo de los voluntarios de los poblados. De este modo, varios miles de trabajadores sanitarios de los poblados (TSPs) se reclutaron, capacitaron y equiparon para proveer servicios básicos de atención a la salud. Evidentemente, la capacitación de estos TSPs ha sido demasiado breve y se enfatizó muy poco el daño que podría acarrear a la comunidad la venta de antibióticos de puerta en puerta. Sin una escala social que les brinde la oportunidad de salir de su rol voluntario, los TSPs tienen pocos incentivos para servir como voluntarios, y ninguna supervisión que pueda asegurar que no causen daños. El reto es identificar un rol productivo para los voluntarios, que reconozca su necesidad de incentivos a fin de sostener su compromiso, pero basar el sistema de incentivos en servicios que realmente benefician a la comunidad.

Un factor que contribuye a este problema es la política oficial de tratar a estos TSPs como si fueran un cuadro no retribuido del Ministerio de Salud. Cuando se eligió a los TSPs se hicieron consultas con las comunidades, aunque éstas no se involucraron de manera alguna en su supervisión. Las discusiones de los grupos focales señalan que hay una gran hostilidad hacia el programa y que el programa de los TSPs debería disolverse. La voluntariedad sigue siendo un

valor importante entre los habitantes de Kassena-Nankana. Es necesario revisar el rol de la voluntariedad para aclarar formas de ampliarla, a fin de que los comités tradicionales, los jefes y los ancianos jueguen un papel en la supervisión con el apoyo técnico de las enfermeras de salud comunitaria del Ministerio de Salud.²³ Hoy en día, los voluntarios de los poblados no trabajan y, si llegan a hacerlo, es en calidad de agentes no supervisados que comercializan medicamentos.²⁴

Quienes respondieron creen que un esquema de voluntarios, rediseñado adecuadamente, podría llenar una necesidad, siempre que los voluntarios fueran capacitados y provistos con medicamentos seguros y eficaces para que la planificación familiar no se convirtiera en el propósito obvio de los intercambios de ventas:

Si sus colegas lo ven ir a comprar medicamentos para la planificación familiar van a reirse de usted. Dirán, 'bueno, sé que este hombre va a comprar la medicina para su esposa'.

Carencia de una promoción comunitaria eficaz

Otros problemas operacionales han impedido la introducción de servicios de salud comunitarios. Las enfermeras de salud comunitaria (ESC) son trabajadoras comunitarias sólo de nombre. En general, el programa de capacitación de dos años para estas enfermeras no ha servido de mucho porque es demasiado teórico, abarca poco entrenamiento práctico y carece de seguimiento para la entrega de los servicios. Las rutinas de trabajo no se vinculan con la comunidad. Los servicios de promoción comunitaria no se programan de forma confiable. A su vez, las comunidades no saben nunca qué es lo que pueden esperar del sistema y han aprendido a mantener sus esperanzas al mínimo. Los pobladores tienen pocas razones para confiar en el sistema o para esperar que se atenderán sus preocupaciones y necesidades. En ausencia de un sistema de promoción comunitaria coherente, la población está casi completamente privada de la exposición a la entrega de los servicios. La distribución de anticonceptivos en sitios convenientes mejoraría el acceso a los servicios; pero las limitaciones sociales persistirían. Si la distribución es la única que se promueve, no existe mecanismo alguno a través del cual el programa pueda abordar las restricciones sistémicas al cambio de actitudes.

Como se mencionó anteriormente, es tan profundo el dominio masculino en la sociedad, la economía y la familia, que las mujeres que tuvieron acceso a los servicios carecen del apoyo social, religioso o familiar para regular su fecundidad. La simple distribución de suministros en unidades clínicas convenientes fracasa al tratar de abordar la estructura social que limita de forma más general la autonomía reproductiva. Al fracasar en la comprensión de la

institucionalización de la elevada fecundidad, la distribución de base comunitaria de anticonceptivos representa un enfoque menos promisorio para introducir el cambio reproductivo entre los pobladores de Kassena-Nankana, en comparación a lo sucedido en sociedades menos estructuradas en otros sitios. Los servicios están orientados a las instalaciones y las tecnologías, y no hacia las necesidades de las personas y las comunidades. Las rutinas del trabajo, los sistemas logísticos, la asignación de recursos, las reglas de la operación y las directrices corresponden a instalaciones de salud pasivas y no a los requerimientos para lograr cobertura, servicios orientados a la calidad y las relaciones comunitarias cabales. Los problemas de una elevada fecundidad y mortalidad persisten. En este experimento, el reto a confrontar es lograr una reorientación fundamental del personal y de las actividades del Ministerio de Salud —de un enfoque actual que se orienta hacia las instalaciones, a un enfoque más genuino hacia los problemas de salud y planificación familiar de la comunidad.

Recursos para enfrentar el reto

Aunque el Proyecto Comunitario de Salud y Planificación Familiar se enfrenta a obstáculos intimidatorios para lanzar su programa y alcanzar el éxito, diversos recursos están disponibles y pueden adecuarse al programa. De especial importancia para el futuro de la planificación familiar en el distrito de Kassena-Nankana son la demanda que existe por los servicios, las estructuras sociales que pueden aprovecharse para el suministro de anticonceptivos, y el personal y equipo de los que ya se dispone.

Demanda emergente

La encuesta de la investigación sugiere la existencia de una cierta demanda por servicios de planificación familiar en el área de estudio. Más de una cuarta parte de las mujeres casadas de esta zona expresa que no desea más niños; esta proporción se incrementa con la edad y la paridad, de la misma forma como lo han revelado muy a menudo encuestas realizadas en otros lugares. Las respuestas a la encuesta sugieren, entonces, que existe el deseo por planificar la familia, especialmente entre mujeres de más edad y con una elevada paridad, o entre mujeres jóvenes que han tenido varios embarazos a intervalos cortos. Si se les pregunta a las mujeres actualmente casadas respecto de sus preferencias e intenciones de practicar la anticoncepción, casi la mitad indica que tiene interés en regular la fecundidad. Cerca de 30 por ciento dice que tiene intención de adoptar un método pronto (Debpuur y cols., 1994). Sorprende que una baja proporción dice no estar segura sobre uso de anticonceptivos a futuro.

Las discusiones de los grupos focales sugieren formas mediante las cuales los cambios económicos del pasado reciente pudieron haber promovido la

demanda emergente. Tanto los hombres como las mujeres expresaron su preocupación respecto de las consecuencias de una fecundidad elevada, y de qué modo los valores tradicionales de la fecundidad son anacrónicos. A menudo, este tipo de discusiones se formula en términos de lo que aquéllos que tomaron parte en la discusión creen que es ideal y fue la norma del pasado, pero que ya no es factible dadas las circunstancias actuales.

El debate en torno al valor económico o laboral de los niños ilustra este punto. Cada vez con más frecuencia las familias consideran que el valor de los niños proviene menos de su contribución como trabajadores agrícolas que de los sueldos que obtienen en ciudades y pueblos distantes. Se reconoce que la estrategia de enviar a los niños fuera para que ganen dinero para la familia funciona mejor si uno o dos de los niños tiene(n) buena educación y buenos puestos. Además, la inversión en los niños también funciona mejor si se da la oportunidad a pocos de ellos, que si se crían muchos esperando que uno o dos triunfe(n) en la vida.²⁵ Pero la educación de los niños es cara y las dificultades para financiar esa educación se mencionan a menudo en las discusiones de los grupos focales cuando se aborda el tema. No se trata solamente de los altos costos de los uniformes, los libros o los escritorios; sino que, a veces, la inversión se cuestiona en base a la calidad. Quienes participaron en las discusiones observaron que el mantenimiento de las escuelas casi siempre es deficiente, que los maestros están poco capacitados y no se comprometen, y que la educación impide que los niños realicen otras tareas que en realidad pueden desempeñar. Pero tales discusiones surgen en el contexto de las aspiraciones expresas de los padres respecto de sus hijos que, en sentido genuino, no son tradicionales. Hay quien dice querer tener pocos niños que estén bien educados, que sean capaces de ir a cualquier parte, ganarse la vida y enviar dinero a casa. En esta sociedad, la fe en el valor de la educación es nueva. Con todo, dichas consideraciones están surgiendo como un factor en las percepciones del valor que tiene regular la fecundidad.

Fue característico que las deliberaciones en torno a tales nociones se expresaran en términos de cómo la generación pasada difiere de la actual. Muchos niños sin educación que fueron enviados a las ciudades a buscar ingresos económicos se consideran proveedores no confiables de sus padres: los informantes los definieron como “ladrones” que no merecen la confianza que se le da a los niños educados que han sido capaces de lograr ingresos.

Antes, la norma era tener muchos hijos; pero hoy en día, si usted tiene muchos hijos va a sufrir. Lo que es bueno para esta generación es tener tres niños y asegurar que todos vayan a la escuela. Si usted tiene muchos hijos se van a perder. Es muy probable que se vuelvan ladrones y desempleados.

Por ello, la noción de que los niños constituyen bienes estaba sujeta a grandes reservas entre los informantes. En circunstancias ideales, un niño constituye una fuente de seguridad; pero en la práctica muy pocos son confiables para responder por las obligaciones familiares. Hay quien argumenta que para garantizar la seguridad se necesitan muchos hijos, a fin de que los pocos "hijos buenos" vayan a alguna parte, triunfen de alguna manera y apoyen a sus padres ya mayores. Otros objetan este punto de vista:

Hoy en día, las personas están tratando de casarse con una sola esposa y limitar el número de hijos para poder cuidarlos bien, porque si hay muchos niños en su familia en esta época del año (la estación de secas) aquí no hay trabajo. Todos nuestros hijos se van a Kumasi, y cuando llegan allá no encuentran trabajo. Tienen que robar.

También surgen aspectos que señalan posibles cambios en las formas como los habitantes de Kassena-Nankana perciben la economía tradicional, así como perspectivas cambiantes sobre el rol económico de los niños. En las sesiones de los grupos focales, los informantes hablan con frecuencia de la elevada fecundidad como algo que fue adecuado en el pasado, pero que no corresponde a los rigores de la supervivencia contemporánea. Por ejemplo, los hombres de edad a menudo hablan de que en el pasado la tierra fue suficiente, pero ahora es escasa:

Antes de que llegara la planificación familiar, teníamos muy buenas lluvias y nuestras granjas producían cosechas abundantes. Teníamos cosechas buenas de alimentos de nuestras granjas; también teníamos algunas ovejas, cabras y vacas. Intentábamos casarnos con cada mujer hermosa que aparecía en nuestro camino y tener muchos hijos. Hace poco llegó la planificación familiar y algunas gentes ven que es bueno tener una esposa y pocos hijos, porque no existe tierra para cultivar y alimentar a los niños.

Otras personas vinculan la escasez de la tierra con el crecimiento de la población y vuelven al tema de la escasez estacional, el hambre y la adversidad, como si fueran malthusianos de aldea. Es difícil interpretar tales declaraciones, pues es obvio que no expresan el punto de vista predominante, y la noción de que la fecundidad debería regularse y los niños espaciarse con miras al bienestar económico de los padres es nueva para esta sociedad. Sin embargo, en la discusión de estos asuntos existen temas de interés mutuo, lo cual puede indicar perspectivas económicas cambiantes que pueden preparar la escena para el cambio reproductivo.

Los resultados del aparente deseo de planificar la familia, expresados en la encuesta de línea base, constituyen un fundamento y presuponen bases para estar optimistas. El verdadero significado de tales respuestas puede

cuestionarse, pues las mujeres pueden no haber comprendido la pregunta y puede ser poco probable que la anticoncepción se practique para controlar la fecundidad en el sentido que se hace en los países de occidente. No obstante, las respuestas a la encuesta pueden estar señalando la existencia de una demanda emergente por planificar la familia, cosa que también es evidente en las discusiones de los grupos focales. Es obvio que muchas parejas están receptivas al concepto de la anticoncepción.

Recursos culturales para proveer anticonceptivos

Los pobladores de Kassena-Nankana tienen una organización social extremadamente estructurada; ahí, los linajes y las jefaturas definen las relaciones jerárquicas y las redes definen los vínculos laterales importantes en los grupos del linaje. Ambos representan recursos importantes para organizar los servicios de planificación familiar. Las redes tradicionales de las mujeres se integran con fines comerciales, y para formar grupos musicales que den funciones tradicionales y otras asociaciones para propósitos de diverso tipo. El PCSPF no ha identificado todavía estas redes, que se cree que constituyen bases importantes para la comunicación y el intercambio.

Sin embargo, más importantes que las redes son los roles sociales organizacionales del linaje jerárquico y el sistema de jefatura. Cada uno de los poblados del distrito de Kassena-Nankana tiene un linaje real y un jefe que sirve a su pueblo. Según la tradición, el jefe actúa como mediador en las disputas e intenta resolver todos los problemas sociales de la comunidad. También representa a la comunidad ante las autoridades externas. Al jefe se le otorga el lugar de honor en cualquier ocasión y dialoga continuamente con su gente. Hay un lugar sencillo fuera del conglomerado en donde el jefe concede audiencias y actúa como juez (y jurado) en asuntos que presentan para su consideración aquéllos que buscan su ayuda. El jefe gobierna a través del consejo de ancianos o de los jefes de linaje. Símbolo de la unidad del pueblo, el jefe busca aplacar conflictos y prevenir que se creen facciones. También funge como cabeza ritual en las actividades religiosas de la comunidad. Los jefes son elegidos por un consejo de ancianos de linaje real sobre la base de su carácter y devoción al servicio. Una vez que el jefe toma posesión ejerce su cargo de por vida.

Navrongo tiene un total de 12 jefes supremos. Cuando se les visitó con el propósito de discutir el tema de la planificación familiar, los autores quedaron impresionados de inmediato por el nivel de autoridad que estos jefes ejercen y por la peculiar sofisticación que mostraron respecto de programas sociales, de salud y desarrollo. Nuestras preocupaciones iniciales de enfrentar su oposición en cuanto a la planificación familiar resultaron infundadas. Todos los jefes supremos del distrito de Kassena-Nankana han estado involucrados activamente en el desarrollo

de programas y políticas, o en la agricultura de gran escala.²⁶ Todos apoyan enérgicamente la planificación familiar. Uno de ellos ha trabajado extensamente como voluntario para la Asociación de Paternidad Planeada de Ghana.

Como grupo, los jefes operan en calidad de miembros colaboradores del equipo de estudio del PCSPF, asesorando al proyecto respecto de estrategias y organización de acciones comunitarias, y participando en las deliberaciones del programa. A su vez, convocan a reuniones con personal del proyecto, jefes divisionales y cabezas de linaje, en torno a temas que requieren de la atención de la comunidad. Estas reuniones y discusiones tienen cuatro funciones que son vitales para el proyecto: en primer lugar, los jefes y los ancianos pueden convocar a reuniones, conocidas como *durbars*, para difundir información a toda la comunidad sobre temas que requieren de la acción colectiva. En segundo lugar, se alcanzan acuerdos con los jefes, que legitiman actividades que de otro modo podrían ser controvertidas; de este modo se evitan conflictos innecesarios. En tercer lugar, las actividades que el jefe organiza se traducen directamente en actividades educativas y de comunicación cuya organización sería complicada y cara sin su apoyo. Finalmente, la participación de los jefes permite delegar deberes a la comunidad y realizar acciones responsables para apoyar el programa y la participación colectiva en el proceso. Actividades realizadas previamente se centraron en la obtención de vivienda para las enfermeras comunitarias donadas por la propia comunidad; pero en el futuro se anticipa la realización de un programa de colaboración mucho más amplio.

Las *durbars* organizadas por los jefes han resultado ser particularmente útiles para el PCSPF, porque en ellas los discursos, las canciones y los diálogos contribuyen a construir la credibilidad de los trabajadores de campo y a hacer hincapié en temas que ellos aconsejan a los convocantes que se aborden. Conforme ha avanzado el proyecto piloto, las *durbars* se han constituido cada vez más en un mecanismo para la comunicación en salud, la planeación estratégica y para calibrar las reacciones comunitarias respecto de las actividades.

Recursos programáticos no explotados

Aunque los recursos del Ministerio de Salud para la atención primaria están severamente limitados, representan un problema menor si se les compara con la desplegada ineficiencia del personal y del equipo: hay cuatro clínicas comunitarias sub-distritales totalmente funcionales; 32 enfermeras comunitarias han sido capacitadas en servicios paramédicos durante dos años; hay tres vehículos de cuatro ruedas y existe personal clínico comunitario, medicamentos y demás. Si estos recursos usuales del Ministerio se movilizaran adecuadamente podrían llegar a una proporción mucho mayor de la población que la alcanzada

hasta hoy. Se solicitaron planes detallados para aclarar las rutinas del trabajo de las enfermeras comunitarias, las comunidades y los supervisores. Esta aclaración requirió de una planeación de la logística, de la compra de equipo y del desarrollo de sistemas de información gerencial (SIG), que culminaron con la reubicación de las enfermeras de salud comunitaria. Cuando comenzó el proceso piloto de promoción comunitaria, se vislumbraba que los planes preliminares de trabajo serían rígidos: las lluvias estacionales se asociaban con actividades de siembra y cosecha. Por esa razón, los planes de trabajo se adaptaron a las condiciones de las estaciones.

Hallazgos del proceso de planeación estratégica

Cuando la planeación operativa debe enfrentarse de forma simultánea a tantos problemas entrelazados, es conveniente integrar un equipo interdisciplinario para elaborar un inventario de todos los problemas —sean grandes o pequeños— y para desarrollar estrategias tendientes a abordarlos. Aunque este es un proceso que está en marcha y que todavía tiene que incorporar datos de los grupos focales sobre reacciones de la comunidad al proyecto micropiloto, se han sopesado estudios cualitativos sobre normas de fecundidad, comportamientos y creencias, para identificar acciones apropiadas que permitan abordar las limitaciones para el cambio reproductivo.

Planes para la promoción comunitaria

Los cuadros que aparecen a continuación muestran, en la columna de la izquierda, los temas y asuntos para discusión que surgen del estudio de grupos focales comunitarios, que de manera colectiva abarcan limitaciones para alcanzar los objetivos del programa. En esta etapa, el trabajo de campo se ha concentrado en la obtención de una valoración general de la estructura comunitaria, las creencias y las normas en torno a la fecundidad, así como las actitudes hacia la anticoncepción. La presente evaluación no incluye los informes sobre opiniones acerca de la operación de entrega de servicios y es, por lo tanto, preliminar; tampoco cubre la asesoría comunitaria en operaciones del servicio que el proyecto micropiloto eventualmente sugerirá. No obstante, la planeación estratégica ha sido un proceso permanente que ha involucrado la revisión operacional continua de toda la actividad de investigación.

Después de la primera fase del estudio, los resultados se compartieron y revisaron con los supervisores del Ministerio (columna 1 de los cuadros). La atención inicial se centró en la consecución de un inventario de problemas operacionales relativos a estos asuntos (columna 2 de los cuadros). En el transcurso de la revisión se desarrolló la propuesta de una respuesta estratégica, la cual aparece en la columna 3 de los cuadros. Estas estrategias se han puesto

en práctica en los tres poblados piloto. Una etapa final, que todavía habrá de completarse, consiste en convocar a los participantes de los grupos focales para conocer sus reacciones sobre el régimen de servicio que aparece en la columna 3, asesorar al Ministerio sobre el cambio estratégico y aumentar a escala el experimento de Navrongo.

Tal y como lo muestra el cuadro 1, la población es pobre y vive dispersa y aislada, con una limitada exposición al sistema de entrega de servicios para la salud. Para llegar a la población se requiere de una inversión que pueda aclarar la ubicación de la gente y la adquisición del equipo que se utilizaría para llegar hasta ellos. Pero este tipo de planeación operacional no existe en el típico distrito norte de Ghana. Sin embargo, en el sistema de Navrongo todos los conglomerados aparecen trazados en mapas y están numerados, lo cual permite diseñar planes sobre rutinas de trabajo comunitarias. A partir del diálogo con los líderes comunitarios se estableció que para el esquema de reubicación de las enfermeras comunitarias se requería de enlaces comunitarios y apoyo de las jefaturas. Las enfermeras comunitarias necesitaban viviendas que no existían. Se solicitó a las comunidades construir conglomerados tradicionales para cada enfermera con trabajo voluntario y suministros que la misma comunidad donó. Este requisito estableció la propiedad comunitaria del programa.

Las lluvias estacionales, la siembra y la cosecha se asocian con patrones estacionales de adversidad, empleo, movilidad y disponibilidad de dinero en efectivo. El diseño operacional requiere adaptarse a estas circunstancias y a reglas de trabajo que difieren de los horarios y rutinas de trabajo del Ministerio de Salud.

Planes para el uso de los recursos culturales

En el cuadro 2 aparece un inventario de las características menos obvias del contexto socioeconómico para el experimento. Es insuficiente, por ejemplo, declarar que la población es tradicional. Debe aclararse lo que significa este término y de qué manera las operaciones se deben ajustar al contexto social. Esta aclaración ha significado desarrollar lineamientos detallados de cómo trabajar con los jefes y los ancianos, cómo relacionarse con las rutinas del trabajo comunitario y los ciclos de supervisión, y cómo involucrar a los líderes tradicionales en el mantenimiento de la responsabilidad del programa frente a la comunidad y su sensibilidad a las inquietudes de ella misma. La meta de esta actividad es emplear a las instituciones tradicionales como recurso para el programa del Ministerio (para una discusión de este tema ver Warwick, 1988, y Wulf, 1985). En la columna 3 del cuadro se observa este recurso junto con las herramientas organizacionales que los jefes emplean para hacer valer su autoridad: el consejo de jefes y ancianos, las *durbars* y el sistema *zurugelu* de comités tradicionales de acción. Las *durbars* pueden ser convocadas para

Cuadro 1. Limitaciones ecológicas al desarrollo de sistemas de planificación familiar, limitaciones operacionales relacionadas, y respuestas estratégicas del PCSPF, Distrito de Kassena-Nankana, Ghana, 1994

Limitación ecológica	Limitación operacional relacionada	Respuesta estratégica
El proyecto se ubica en una zona árida hogar , con un patrón de asentamientos disperso	El sistema público de transporte está escasamente desarrollado	Diseñar rutinas de trabajo con base356 en el mercado o la durbar, para que no sea necesario viajar para obtener los servicios
	Las clínicas están lejos y están subutilizadas	Desarrollar planes para las enfermeras comunitarias en relación a servicios de atención a la salud y de planificación familiar de base comunitaria
	En los poblados no hay viviendas para las enfermeras comunitarias (EC)	Consultar con las comunidades acerca de la asignación de las enfermeras comunitarias a los puestos
	No hay direcciones sistemáticas para los residentes	Con trabajo voluntario, construir viviendas de base comunitaria para las enfermeras comunitarias
	No hay una rutina de promoción comunitaria	Trazar mapas de los conglomerados, desarrollar direcciones, planear una promoción comunitaria
	Escasez de vehículos, refacciones y combustible para la promoción comunitaria	Adquirir motocicletas y capacitar a las trabajadoras para utilizarlas. Reubicar a las enfermeras comunitarias en los poblados
Patrón de cultivos estacionales que llevan a la adversidad estacional, la mortalidad y la fecundidad	No hay servicios de salud acordes con las estaciones ni tampoco estrategias operacionales	Planear durbars de planificación familiar más intensivas para el pico de la estación de la concepción, prevención de la malaria para la educación de epidemia de esta enfermedad, (MCE) para la estación de MCE.
	Es difícil localizar a los clientes durante los periodos de siembra y cultivo	Utilizar niños para encontrar clientes. Iniciar turnos de trabajo nocturno
	Escasez estacional de dinero en efectivo para pagar las cuotas del servicio	Experimentar ofreciendo cupones para servicios gratuitos de planificación familiar en la estación previa a la cosecha
	Migración de adultos jóvenes durante la estación de secas	Mantener los registros del sistema de información gerencial (SIG) respecto de la condición migratoria

revisar actividades con las comunidades que se atienden, convirtiéndose así en una forma eficiente para el diálogo respecto de las necesidades y las reacciones comunitarias al programa, y para el diagnóstico de los problemas.

Las *durbars* se programan para realizarse los días de mercado con el fin de lograr la máxima cobertura; se organizan en consulta con los jefes y los ancianos para que un tema coherente dé motivo a la reunión. Las *durbars* están absolutamente abiertas a quien quiera asistir. La tradición obliga a que participen los jefes divisionales y las cabezas de linaje. Las *durbars* comienzan con el tamborileo tradicional, con danzas y cantos; a continuación hay una procesión de ancianos, jefes divisionales y el jefe supremo. Cuando la multitud se reúne se anuncia el programa formal, aunque los detalles a menudo se pierden por el espíritu de la ocasión. Enseguida vienen los discursos formales, a los que sigue una animada discusión abierta. Hasta hoy, los hombres han dominado la mayor parte de los debates, a pesar de lo cual la participación de mujeres empleadas por el Ministerio ha servido para propiciar ocasiones de diálogo con las mujeres. Las estrategias para desarrollar la participación femenina prosiguen con invitaciones para que los grupos de mujeres canten y actúen; también se les anima a expresarse sobre los temas que van surgiendo.

Hay tres temas evidentes en estas sesiones: en primer lugar, los habitantes de Kassena-Nankana están abiertos a las ideas externas; valoran las iniciativas del Ministerio y son sorprendentemente receptivos al papel de las enfermeras como trabajadoras comunitarias de planificación familiar. Los discursos suelen ponderar el papel de estas trabajadoras, casi siempre en el contexto de narraciones de experiencias personales sobre intercambios de atención a la salud. Nuestra impresión es que las enfermeras comunitarias desempeñan una importante función en las comunidades a las que sirven. En el área de nuestro estudio, los hombres parecen saber poco sobre la anticoncepción moderna; la confusión en materia de planificación familiar abunda. Hay una gran necesidad de programas de educación básica en planificación familiar para varones; pocos son los que realmente comprenden cómo funcionan los métodos anticonceptivos; que pueden emplearse para espaciar los nacimientos y que son benéficos para las mujeres. La curiosidad y la naturaleza de las preguntas de los participantes sobre el tema de la planificación familiar sugieren que es mucho lo que puede y debe hacerse para transmitir educación básica en salud y planificación familiar a través de las *durbars*. Finalmente, para asegurar el éxito del proyecto se deben diseñar programas de motivación para hombres, que sean tan rigurosos como los programas de servicios para mujeres. A los varones jóvenes este programa no sólo los confunde; también les preocupa que las mujeres que emplean anticonceptivos puedan llegar a controlar su vida reproductiva. Los hombres se sienten amenazados por esta posibilidad, y les preocupa que las mujeres tengan la libertad para encontrar otras

Cuadro 2. Limitaciones sociales a la introducción de la planificación familiar, limitaciones operacionales relacionadas y respuestas estratégicas del PCSPF, Distrito de Kassena-Nankana, Ghana, 1994

Limitación social	Limitación operacional relacionada	Respuesta estratégica
Sociedad rural tradicional con instituciones sociales, costumbres y normas profundamente pronatalistas	Débil papel del gobierno y la burocracia, y un rol correspondientemente fuerte del liderazgo tradicional en el gobierno de la comunidad	Organizar el programa de común acuerdo con los líderes tradicionales Convocar consejos de jefes y ancianos para coordinar actividades del programa, observar su ejecución y mantener a los trabajadores como responsables de las operaciones Organizar durbars para abordar temas de salud y planificación familiar
Sistema de linaje dominado por los hombres	No existe un programa de información, educación y comunicación en salud o planificación familiar dirigido a los líderes tradicionales o a los hombres	Desarrollar un programa zurugelu para jefes, ancianos y esposos Involucrar a los líderes de la comunidad en la supervisión de las ESC Involucrar a las comunidades en la construcción de viviendas para las ESC
Autonomía limitada de las mujeres; "resguardo"	A las mujeres no se les permite viajar para buscar los servicios. El Ministerio de Salud no está organizado para llevar los servicios a los hogares de las mujeres	Organizar SIG, las rutinas de trabajo y los recursos para que las ESC puedan llevar los servicios a las puertas de las casas de las mujeres Suministrar promoción comunitaria a las que ejercen el "resguardo" y dar capacitación a las ESC sobre edificación de la confianza Desarrollar maneras para estar conscientes de las necesidades y preocupaciones de las mujeres, y para comunicar estas inquietudes femeninas a los varones

Limitación social	Limitación operacional relacionada	Respuesta estratégica
<p>Prevalece la práctica de la poligamia. Deficiente comunicación con la pareja</p>	<p>La prevalente desconfianza hacia la pareja da lugar a inquietudes en cuanto al posible rol de la planificación familiar para propiciar la infidelidad o la promiscuidad, lo que a su vez conduce a políticas operacionales restrictivas respecto del acceso a la anticoncepción por parte de las mujeres y los y las jóvenes solteros/as</p>	<p>Emplear a forasteros confiables (por ejemplo las ESC) para la promoción comunitaria Desarrollar procedimientos para capacitar a todo el personal acerca de la confidencialidad y la privacidad Desarrollar temas de comunicación para las durbars que pongan a discusión abierta los temas de la planificación familiar Desarrollar estrategias que involucren a los jefes y los ancianos para que la planificación familiar se convierta en un tema de discusión abierta</p>
<p>Preceptos religiosos y tradicionales pronatalistas</p>	<p>Personal y funcionarios excesivamente preocupados por los riesgos del trabajo en los servicios de planificación familiar</p>	<p>Desarrollar formas de promoción comunitaria para aquellos hombres que se oponen al interés de sus esposas por la salud o los servicios de planificación familiar Abrir la promoción de la planificación familiar a través de los jefes, los mayores y las durbars Consultar con los adivinos para provocar que asesoren el diseño de las operaciones de servicio; colaborar con los adivinos con el propósito de edificar la confianza y la colaboración</p>

Limitación social	Limitación operacional relacionada	Respuesta estratégica
<p>Frágil demanda</p>	<p>Gama limitada de opciones de servicio, la DBC limitada a la píldora</p>	<p>Capacitar a los trabajadores clínicos y de campo y a los supervisores a fin de incrementar la calidad del servicio</p> <p>Recalcular la elección múltiple y modificar los procedimientos de logística, clínicos y de campo, para asegurar una amplia gama de opciones de servicio</p> <p>Desarrollar servicios para métodos que los informantes de los grupos focales señalan que se solicitan (métodos inyectables y de larga duración que no requieren involucrar a la pareja); distribución comunitaria de DMP desarrollo de servicios clínicos para NORPLANT y el DIU</p> <p>A;</p>
<p>Frágil demanda</p>	<p>No existen vínculos de servicio entre la atención a la salud y la planificación familiar</p>	<p>En la educación comunitaria, subrayar el papel de la planificación familiar para espaciar los nacimientos</p> <p>Brindar apoyo a los servicios para continuidad de uso: tratamiento de efectos secundarios, promoción comunitaria a las que ejercen "resguardo", seguimiento frecuente y confianza en las ESC a través de campañas de información, educación y comunicación en los poblados (en oposición a la promoción de la planificación familiar)</p> <p>Capacitar de nuevo a todo el personal en temas de atención a la salud y planificación familiar; proveer directrices en calidad de atención para ambos componentes</p> <p>Ampliar los servicios de atención a la salud a los hogares y las comunidades, y agregar la planificación familiar a la promoción comunitaria activa de la salud</p>

parejas o valorar su autonomía de otras maneras. El PCSPF ha iniciado el proceso para reaccionar ante estos intercambios, pero a futuro es mucho lo que falta por hacer; el éxito del proyecto dependerá del resultado de los planes en este campo.

Cuando los trabajadores comunitarios identifican problemas en la comunidad, sus supervisores consultan a los jefes y ancianos. Además, los supervisores toman nota del problema en sus registros, mismos que se revisan en las reuniones mensuales del personal del Equipo Administrativo de Salud del Distrito (EASD). Se elaboran planes y se proponen actividades que requieren de visitas de seguimiento a los jefes y ancianos del poblado por parte del EASD. Este esquema busca establecer un diálogo entre los líderes tradicionales y la administración del programa centrado en los recursos del Ministerio para abordar problemas de la comunidad.

En el transcurso de la revisión, ha sido motivo de especial preocupación el hallazgo de la recurrente mención que hacen las mujeres acerca de su deseo de practicar la anticoncepción, pero su obligación de delegar en otros su decisión. Las actividades comunitarias y la información deben centrarse en las mujeres que mantienen el “resguardo”, y no sólo en las mujeres en edad reproductiva. Al mismo tiempo, la promoción comunitaria se debe diseñar cuidadosamente para que la privacidad y la confidencialidad de los usuarios de la anticoncepción sean siempre respetadas. Por lo que hace a la distribución de anticonceptivos, las sesiones de los grupos focales indican que, en comparación con los habitantes de los poblados, las enfermeras comunitarias a menudo son más dignas de confianza para mantener los secretos.

Se están desarrollando estrategias para responder a las preocupaciones de las mujeres sobre la falta de apoyo de sus esposos y parientes con relación a la planificación familiar. Parte de este trabajo se hará como una actividad de información, educación y comunicación en el nivel comunitario; otra parte requerirá de promoción comunitaria. Se ha diseñado un simple “problema de rutina” a fin de permitir que las ESC designen hombres individuales para las sesiones de promoción comunitaria.

Es probable que la influencia de los adivinos, que es considerable, constituya una fuente de oposición a la promoción de la planificación familiar. Para tratar con esta fuente potencial de malos entendidos, el proyecto ha acudido al sencillo recurso de consultarlos acerca del proyecto y sus correspondientes sistemas de trabajo pagándoles una cuota módica, teniendo en cuenta su consejo y desarrollando en el proceso un vínculo tan estrecho como sea posible en torno a sus inquietudes.²⁷ Este proceso de consulta con ellos proseguirá a fin de que el proyecto disponga de indicaciones oportunas acerca de los problemas, y de un razonable canal de comunicación con los líderes religiosos tradicionales.

Las preocupaciones que impiden el uso de anticonceptivos entre los habitantes de Kassena-Nankana pueden resolverse con ajustes menores a las

estrategias del programa. Como la demanda por la anticoncepción es básicamente una demanda para espaciar la crianza a futuro, y no tanto para limitar la fecundidad, la comunicación y el diálogo acerca del programa deben estructurarse de tal modo que sean consistentes con dichas preferencias y necesidades. Que los términos para la anticoncepción que utiliza hoy en día el programa de planificación familiar se traduzcan como “suspensión de la crianza” —un anatema para las mujeres a quienes se entrevista acerca de este concepto— es preocupante. Entre los pobladores de Kassena-Nankana existe una buena comprensión de lo que significa el espaciamiento.²⁸

Si tu esposa tiene un hijo, durante un breve tiempo sentirás ganas de tener sexo y la buscarás; es posible que mates al niño anterior. Por otro lado, si tu esposa tiene un niño pequeño y tú quieres tener sexo, la alternativa será buscar a otras mujeres. ¿Es bueno esto? Por eso, si la planificación familiar está ahí y tú la traes, dásela al hombre en presencia de esta esposa y dile: ‘esta es medicina que le hemos traído para *adog-maake*. Úsala para prevenir un embarazo, pero cuando tu hijo crezca, suspéndela y ten un hijo otra vez’, entonces nos va a gustar. Esto ayudará a que nuestros hijos crezcan bien.

El panorama que surge de las investigaciones basadas en encuestas de la demanda anticonceptiva es complejo y está plagado de contradicciones. Las mujeres creen que las familias grandes son ideales, a pesar de lo cual muchas de ellas quieren practicar la planificación familiar. Las preferencias personales van acordes con la noción de que muchas mujeres adoptarán la planificación familiar si se les ofrecen los servicios; sin embargo, las mismas mujeres consideran que esas decisiones corresponden, con todo derecho, a otros, quienes serán los que decidan, y creen que esos otros desean y necesitan muchos hijos y pronto. Desde luego, los hallazgos de otros estudios hechos en la región señalan que las mujeres quieren practicar la planificación familiar menos para limitar su fecundidad que para espaciar los nacimientos o para sustituir las formas anticonceptivas tradicionales.

La implicación de esta situación es que un esquema excesivamente simplificado de distribución de anticonceptivos de mujer a mujer puede funcionar por un tiempo, pero es probable que fracase en el largo plazo. Aunque muchas de las necesidades ambulatorias de atención a la salud posiblemente se puedan satisfacer desarrollando un programa clínico basado en el conglomerado en donde residen las enfermeras comunitarias, un componente de visita domiciliaria en el programa es crucial para ofrecer los servicios de planificación familiar. Las inquietudes sobre la confidencialidad de la planificación familiar, aunadas a las restricciones sociales sobre la movilidad de la mujer, sugieren que un enfoque de salud comunitaria será mucho más aceptable que un esquema

categorico de distribución de anticonceptivos. Lo que se requiere es una estrategia extensa que propicie un cambio en las motivaciones e ideas de los hombres que toman las decisiones, tanto como servicios adecuados para las mujeres, para que la puesta en práctica de sus preferencias se haga del modo más sencillo posible. Las mujeres deben poder confiar en que los proveedores de servicios les ayudarán brindándoles información, consejería y atención en caso de que algo salga mal. Es por las débiles características de la demanda que se requiere de un programa sólido y extenso.

Planes para responder a las restricciones económicas

En el cuadro 3 se enumeran los factores económicos que inhiben la introducción de la planificación familiar y se identifican respuestas estratégicas frente a tal situación. Hasta hoy, muchos aspectos críticos no se han resuelto. Entre ellos está el problema del pago por los servicios y los costos sociales que plantean los pagos cuando la mercancía por adquirir es un anticonceptivo. Para las mujeres de las zonas rurales, es indiferente que los precios sean bajos. Los pagos, del tipo que sean, requieren de una negociación con maridos y parientes sobre el monto que se gasta, cuál es el propósito de planificar la familia y el fundamento para gastar un dinero en anticonceptivos cuando hay tantos otros problemas monetarios en la familia que siguen sin resolverse. En la estación previa a la cosecha la comida escasea, y el costo de un anticonceptivo inyectable viene a ser equivalente al del grano suficiente para una comida para ocho personas. En tales circunstancias, los anticonceptivos, tengan el precio que tengan, son caros. Se requiere de una investigación cuidadosa para determinar las implicaciones de estos costos sociales, psicológicos y familiares vinculados con los pagos. La operación de los programas es onerosa; los esquemas de recuperación de costos pueden incurrir en costos adicionales que quizás excedan por mucho las ganancias monetarias que suministran al programa. Los esquemas de cupones para ofrecer suministros gratuitos necesitan experimentarse y probarse.

La población, aunque pobre y tradicional, tiene una organización económica extensa. El cuadro muestra cómo las privaciones han impedido el éxito de las actividades de planificación familiar y de salud, y enumera de qué formas las instituciones sociales y económicas tradicionales pueden contribuir al éxito del programa, ya sea a través de mensajes comunitarios de programa o constituyéndose en mecanismos para organizar la entrega de los servicios. Casi todos los hombres pertenecen a cooperativas laborales que se han establecido para la cosecha colectiva y para otras actividades cooperativas; los líderes que eligen para estas redes se conocen como *Bia Pe*. Muchas mujeres integran redes comerciales para actividades de mercadeo, así como grupos que prestan dinero, conocidos como *sousou*, en donde los ahorros se integran a un fondo común

Cuadro 3. Limitaciones económicas a la introducción de la planificación familiar, limitaciones operacionales relacionadas y respuestas estratégicas al programa PCSPF, Distrito de Kassena-Nankana, Ghana, 1994

Limitación económica	Limitación operacional relacionada	Respuesta estratégica
Pobreza omnipresente	Problemas generales de desarrollo	Ofrecer servicios convenientes a bajo costo
Bajos niveles de desarrollo que llevan a: bajos niveles de alfabetización, especialmente entre las mujeres contacto limitado con ideas e instituciones sociales extrafamiliares acceso limitado al transporte, los mercados y la comunicación falta de electrificación fuera del poblado de Navrongo	Infraestructura inadecuada Sistemas de comunicación, salud y educación inadecuados	Desarrollar esquemas de cupones y para compartir costos a fin de mitigar los costos Experimentar la recuperación de costos para determinar las implicaciones de las cuotas de los usuarios y recomendaciones al Ministerio de Salud Uso de los recursos tradicionales para promover Voluntariedad Donativos de la comunidad y mantenimiento de las viviendas de las ESC Promoción comunitaria activa Discusión abierta de la planificación familiar

Limitación económica	Limitación operacional relacionada	Respuesta estratégica
Economía agraria de subsistencia; exposición limitada a ideas externas	Exposición limitada a los medios masivos Poco dinero en efectivo para transporte, entrega de servicios o compras de mercadeo social	Desarrollar actos culturales, musicales y otras actividades que difundan la planificación familiar y los temas de salud a través de los medios tradicionales Revisar las políticas de precios; investigar las implicaciones de la estructura de cuotas Determinar si las redes tradicionales de préstamos pueden apoyar los gastos de salud y planificación familiar
	No existen vínculos entre los programas del Ministerio de Salud y los programas de desarrollo económico para los agricultores y las mujeres	Trabajar con redes de comercio para edificar programas de promoción comunitaria dentro de las actividades económicas tradicionales Vincular a las mujeres con programas de desarrollo relacionados con los préstamos, con acciones políticas y con esfuerzos de organización de las mujeres
	Limitaciones de tiempo de la población agrícola adulta durante las épocas de siembra y cosecha	Identificar las redes de comercio de las mujeres como posibles medios de comunicación, entrega de servicios o trabajo organizacional Intentar identificar vínculos de colaboración con otros programas comunitarios para agricultores, o con programas de desarrollo comunitario
Flujos de recursos de hijos a padres La seguridad que da tener hijos El valor del trabajo de los niños	No existe un esquema de seguridad social	Construir la credibilidad para el programa de atención a la salud, recursos directos para mejorar la supervivencia infantil. Comunicar información sobre los beneficios de las familias pequeñas
Acceso limitado a la economía moderna	Los programas para mujeres no disponen de recursos para otorgar préstamos o para actividades de generación de ingresos	Realizar investigación de campo para identificar las redes femeninas económicas tradicionales o las redes de comercio de las mujeres Buscar formas para vincular servicios con las redes tradicionales de comunicación

para compartir la carga de la adversidad. Los dos tipos de redes se han utilizado para organizaciones políticas locales de base. Estas redes tradicionales constituyen recursos potencialmente valiosos para organizar servicios de salud y planificación familiar, y pueden también representar mecanismos para que las mujeres que lo requieran puedan disponer de recursos para adquirir suministros anticonceptivos.

El PCSPF ha hecho un inventario de estas redes, ha identificado a sus líderes y ha constituido un programa de actividad voluntaria para varones, que busca ofrecerles información y servicios de planificación familiar. En el idioma local se conoce a los voluntarios como *yezura zenna* (YZ), un término que connota a un líder de salud digno de confianza. Los YZ actúan como proveedores de atención primaria de la iniciativa, y están encargados de promover lo acertado que es regular la fecundidad en el seno de una sociedad tradicional dominada por los hombres.

Planes para responder a las limitaciones de salud

El cuadro 4 enumera algunos de los factores sanitarios y de la mortalidad que obstaculizan la introducción de los servicios de planificación familiar. En términos generales, el proyecto se centrará en las inquietudes en torno a la salud y la promoción de medidas preventivas acordes con su interés en difundir la planificación familiar. Se desconoce la prevalencia de infecciones del tracto reproductor entre esta población; sin embargo, los servicios se diseñan suponiendo que tales problemas son graves y que la promoción comunitaria debe orientarse a identificarlos y resolverlos, y no tanto a promover la planificación familiar por sí misma. Con el tiempo, el PCSPF pretende desarrollar un régimen de servicio lo más amplio posible; pero para facilitar la eventual introducción de este paquete, la capacitación resalta la importancia que tiene escuchar a las mujeres, comprender sus problemas y buscar soluciones, a fin de que la tecnología en salud reproductiva se pueda introducir tan pronto como las capacidades mejoren. Un sistema que se centra en las personas es más sensible a la provisión de servicios de salud reproductiva que un sistema que se orienta con estrechez a las modalidades o metas demográficas.²⁹

La respuesta estratégica

Evidentemente, el sistema de servicios que se requiere necesita de una planeación que va más allá de la simple enumeración de los problemas y la asignación de las tareas que se anotan en los cuadros. Se necesitará un nuevo sistema de operaciones. La razón central del fracaso de la planificación familiar y de la atención primaria a la salud en la zona es la falta de un sistema de trabajo. En el transcurso del proyecto micropiloto, se han desarrollado enfoques

Cuadro 4. Limitaciones de salud de las mujeres a la introducción de la planificación familiar, limitaciones operacionales relacionadas y respuestas estratégicas del PCFS, distrito de Kassena-Nankana, Ghana, 1994

Limitación de salud	Limitación operacional relacionada	Respuesta estratégica
Altas tasas de morbilidad, enfermedades infecciosas y mortalidad	Limitados presupuestos para medicamentos Escasez de recursos para servicios	Centrarse en la resolución de los principales problemas de salud de las madres y sus hijos
Confianza en los consejos de salud de los curanderos tradicionales y los adivinos	Sesgo curativo en el comportamiento de búsqueda de la salud; retrasos imecesarios en la búsqueda de tratamientos para enfermedades infecciosas de los niños	Consultar con los curanderos tradicionales respecto de estrategias de programas
Preocupaciones respecto de la sobrevivencia de los niños que impiden la aceptación de la planificación familiar	Malos entendidos muy difundidos sobre modalidades de salud y planificación familiar . Rumores y falsas creencias sobre efectos secundarios de los fármacos	En las durbars, promover la educación pública sobre inmunizaciones, higiene y prevención de las enfermedades, y planificación familiar
Adversidad nutricional estacional	Limitados presupuestos para aliviar las necesidades de alimentación; problemas logísticos	Desarrollar una estrategia de promoción comunitaria para la educación en nutrición. Utilizar la información de grupos focales para identificar temas apropiados relativos a problemas de población
Problemas de salud reproductiva que prevalecen	Pobres sistemas de diagnóstico de atención a la salud reproductiva y referencia	Mejorar los sistemas de referencia y las instalaciones; desarrollar procedimientos de atención prenatal y procedimientos de detección; mejorar los servicios de promoción comunitaria para mujeres embarazadas
Mutilación genital femenina	Carencia de programas de educación para la salud reproductiva	Investigar acerca de las creencias, costumbres y estrategias de salud reproductiva (todavía no se ha desarrollado una estrategia)

Limitación de salud	Limitación operacional relacionada	Respuesta estratégica
Elevada incidencia de parto obstruido	No existe promoción comunitaria en salud reproductiva Pocas parteras o comadronas tradicionales capacitadas	Capacitar a las ESC en detección en salud reproductiva Capacitar a las ESC para entrenar a las comadronas
Enfermedades infecciosas prevalentes	Instalaciones de laboratorio no desarrolladas, capacidad de detección limitada	Desarrollar procedimientos de detección sincrónica; capacitar a los trabajadores en promoción comunitaria en la referencia sincrónica
Elevadas tasas de mortalidad materna	No existe un programa funcional de detección; ayudantes de parto poco capacitados/as y entrenados/as, y limitados presupuestos para el transporte de referencia, la atención clínica y las instalaciones	Probar y desarrollar el algoritmo de detección Explorar recursos comunitarios para el transporte cuando se presenten referencias por emergencias Realizar análisis situacionales de las instalaciones fijas Revisar las prácticas de parto y volver a capacitar a las parteras y las ESC

en torno a la supervisión, el despliegue, la administración de información y las operaciones de base comunitaria que brinden sistemas de apoyo a la promoción comunitaria. Una mujer que desea regular su fecundidad no tiene en su pueblo una institución a la cual acudir. Por ello, una promotora comunitaria que se desempeñe sola es casi seguro que fracasará en su papel; en el mejor de los casos será fuente de desconcierto para sus clientes, y si su promoción de la planificación familiar es demasiado activa será objeto de mofa, rechazo y desdén. Siendo así, las trabajadoras primarias requieren de un extraordinario sentido de apoyo por parte del programa.

Apoyo técnico

La barrera principal para ofrecer servicios comunitarios de salud a la población del estudio ha sido la falta de un sistema de apoyo técnico básico para los trabajadores comunitarios. Cuando en el área de estudio se preguntó a los trabajadores acerca de los factores que obstaculizan su trabajo, lo que mencionaron más a menudo fue la convicción de que sus esfuerzos serían infructuosos. Los suministros son inadecuados, el combustible escasea, los servicios de referencia no funcionan, y los servicios que la comunidad busca no están incluidos en el régimen de trabajo. Una revisión de esta situación identifica la configuración mínima de las funciones de apoyo técnico que puedan permitir a los trabajadores desempeñar sus tareas. Todavía falta poner en marcha este sistema, el cual comprende: capacitación técnica para que todo el personal pueda brindar servicios de la más alta calidad posible; la planeación logística para contar con transporte, combustible y suministros; y el desarrollo de sistemas de información gerencial para que los trabajadores dispongan de la información que requieren en las rutinas normales del trabajo. Se instituirá un nuevo sistema de apoyo técnico para abordar estos problemas.

Apoyo de la supervisión

Los supervisores tienen a su cargo la vigilancia del sistema de cobertura de hogares, la aclaración del rol de los trabajadores y la resolución de los problemas que se presenten. En la capacitación se enfatiza la responsabilidad que tienen los supervisores de asistir al trabajador (más que la responsabilidad de los trabajadores de reportar al supervisor). Entre tanto, los trabajadores son entrenados para identificar problemas de salud y asistir a las familias en sus necesidades. La capacitación de los supervisores se diseña para establecer orientación de liderazgo de abajo hacia arriba, y se recalca la identificación y resolución de problemas y la movilización de los recursos. Los trabajadores que se enfrentan a esta difícil tarea necesitan saber que hay supervisores que los ayudarán a hacer su trabajo. El establecimiento de rutinas de trabajo adecuadas abarca la colaboración con líderes comunitarios para mantener la responsabilidad

por el trabajo. Al informar a los líderes de la comunidad los detalles del plan de trabajo para su localidad y suministrarles procedimientos sencillos para reportar sus quejas, los supervisores involucran a los líderes tradicionales en el proceso de apoyo al supervisor y desmitifican las rutinas de trabajo.

Apoyo de los pares

Cuando se entrevistó a las ESC para conocer su reacción al trabajo comunitario, expresaron repetidamente su preocupación por el aislamiento, su temor al rechazo por parte de la comunidad y la vulnerabilidad a presiones de diverso tipo, entre las cuales había solicitudes para suministrar medicamentos gratuitos, desempeñar servicios no incluidos en el régimen de trabajo, brindar servicios a clientes que no eran dignos de ellos, y otras más. También surgen problemas técnicos cuando se solicita a las ESC resolver aspectos que no están capacitadas para solucionar. Se debe crear conciencia entre las trabajadoras acerca de problemas mutuos, de soluciones y desempeños, conforme a la estrategia que se haya diseñado.

A fin de propiciar el intercambio entre trabajadoras respecto de problemas, soluciones posibles e ideas para liderazgo de los pares, se convoca a reuniones de zona. Las ESC piloto son empleadas extensamente como entrenadoras haciendo hincapié en la capacitación de la contraparte, en oposición a las instrucciones que se dan en el salón de clase. Cuando el proyecto se incrementa a escala, quienes ya posean experiencia se involucrarán en la capacitación de las nuevas ESC que se desplegarán enfatizando el trabajo de campo conjunto. Las reuniones de zona son encuentros mensuales de personal a las que acuden las ESC responsables de un área de tratamiento (ocho trabajadoras, eventualmente), sus supervisores y ocasionalmente el personal técnico del Equipo Distrital de Administración de la Salud. En estas reuniones se preparan materiales para los líderes comunitarios, y se les informa de la rutina de trabajo y de los problemas que se han encontrado; también se preparan informes acerca de los problemas para el EDAS. Se trata de notas breves sobre cualquier dificultad surgida en la periferia que no pudo resolverse en ese nivel. La referencia en cuanto a los problemas se ha diseñado para reunir los recursos que ayuden a la ESC, según sea necesario. Casi todos los problemas se originan de la necesidad de atender con mucha delicadeza las inquietudes de los esposos o los jefes de los conglomerados. Entre los problemas relativos a arreglos de vivienda de las ESC se cuenta reunir recursos comunitarios con el apoyo diplomático del personal de alto nivel del EDAS.

Apoyo de la comunidad

Para lograr el apoyo de la comunidad se requiere la identificación de aquellas instituciones sociales a las que se pueda recurrir para apoyar la actividad del

programa. Por ejemplo, el apoyo comunitario a las ESC se puede generar promoviendo sus actividades en reuniones públicas. Con este fin, se ha diseñado un cupón que, a cambio de una visita a la ESC, ofrece gratuitamente suministros anticonceptivos y de la salud. En una *durbar* se distribuyeron cerca de 300 de estos cupones de servicio gratuitos, que daban derecho a sus receptoras a ser tratadas por malestares menores, a recibir suministros de planificación familiar durante tres meses y a otros servicios. No se trata de promover cualquier servicio en particular, sino la credibilidad y el papel de las ESC.

Apoyo político

Puede ocurrir que los administradores y los líderes comunitarios tengan poca disposición hacia acciones concertadas, si creen que existen riesgos políticos o administrativos inherentes a la promoción del programa. Por su parte, los líderes políticos pueden estar poco dispuestos a extender el apoyo si creen que habrá controversias. De ahí que el proyecto haya incluido una tentativa para edificar la credibilidad política de sus operaciones y para involucrar a los funcionarios políticos locales en reuniones públicas y actividades promocionales. El propósito de este enfoque es el de establecer, para todas las partes involucradas, que las actividades se llevan a cabo con el apoyo de todos los líderes tradicionales, de los representantes técnicos del Ministerio de Salud y de los representantes políticos en el gobierno local. Para establecer el apoyo político es necesario el diálogo, la diplomacia y la planeación estratégica. Es, no obstante, un elemento esencial para una exitosa planificación familiar de base comunitaria en un contexto tradicional africano. En todas las reuniones realizadas con motivo de este proyecto, los líderes políticos han sido informados acerca de las actividades del proyecto; varios de ellos participan ahora con regularidad en las *durbars* de planificación familiar.

Conclusiones e implicaciones

Además de la estrategia diseñada y desarrollada para que los servicios lleguen a las puertas mismas de las casas de las mujeres de áreas rurales y para lograr la comunicación con sus esposos, con los líderes tradicionales del poblado y con los adivinos, se cree que es necesario realizar otras tareas en áreas diversas.

En primer lugar, pudiera ser que los hombres jóvenes que están casados se opongan a esta iniciativa si no se llevan a cabo pronto esfuerzos concertados para discutir abiertamente en las *durbars* sus inquietudes e intereses, y si no se ponen en marcha campañas de información dirigidas a ellos. Los líderes tradicionales han dado más apoyo a esta iniciativa de lo que se había supuesto. La fuerte vinculación que se ha establecido entre los administradores del programa y los jefes y ancianos constituirá la base para establecer una comunicación efectiva con los jóvenes.

En segundo lugar, se deben desarrollar estrategias para acceder a los hombres mediante redes sociales informales. Aunque la comunicación a través de las *durbars* es útil para legitimar las actividades del programa entre los hombres, la promoción comunitaria a las redes masculinas puede ser una forma más eficaz de llegar a ellos de forma continua. Es evidente el valor que tiene comprender de qué modo se forman y encauzan las redes económicas masculinas, cuáles son las funciones que desempeñan, y si tales grupos pueden constituir una manera eficaz de acceder a los hombres jóvenes.

En tercer lugar, se requieren estrategias adicionales para incrementar el contacto de las mujeres con el programa. El concepto de las rondas de visita a los conglomerados es popular y está teniendo repercusiones; pero la población está dispersa y el ritmo de la promoción comunitaria se reduce en virtud del patrón de asentamientos. De las mujeres actualmente casadas que se encontraron en la primera ronda, cerca de 2 por ciento adoptó un método, y todas ellas, con una sola excepción, eligieron el anticonceptivo inyectable DMPA. En la segunda vuelta se registraron niveles similares de aceptación. Que en un año solamente se puedan terminar cuatro rondas, sugiere que la promoción comunitaria en el conglomerado no será capaz, por sí misma, de satisfacer adecuadamente las necesidades de servicios comunitarios. Es por eso que el PCSPF está desarrollando un programa clínico comunitario que coincidirá con los días de mercado. Además, está explorando formas para promover la planificación familiar en reuniones públicas e investigando la naturaleza del comercio femenino y sus redes de comunicación, y también evaluando iniciativas de programas diseñados para estimular la formación de grupos económicos femeninos. Se espera que la efectividad de la promoción comunitaria mejore al aumentar las visitas al conglomerado, y con el trabajo promocional y de servicio a través de las redes.

En cuarto lugar, en esta fase del proceso de planeación estratégica no se ha abordado el componente de voluntariedad del programa. La aclaración adicional del papel social del sistema de linaje y de las redes de pares femeninos y masculinos quizá llegue a producir ideas que conduzcan a un programa de voluntariado eficaz.

Aunque los sistemas prototipo vigentes funcionan bien, no todos los sistemas administrativos se desarrollarán completamente al comenzar el experimento. El proyecto necesitará cuatro años de trabajo de campo no sólo para someter a prueba resultados demográficos, sino también para disponer de un laboratorio de campo continuo capaz de desarrollar sistemas gerenciales para los trabajadores de salud y planificación familiar. De cualquier modo, lo aprendido hasta hoy bien puede llegar a tener repercusiones en las políticas. Si las ESC disponen de un sistema de trabajo y de una motocicleta se intensificará

enormemente la presencia de la salud pública en la comunidad. Una sola ESC brinda bastantes más servicios, a menor precio, que una clínica de nivel B con todo su personal. Los EDAS de distritos aledaños a Ghana han visitado el proyecto. Un distrito ya está replicando el enfoque de la promoción comunitaria de las ESC. Ellas mismas pueden demostrar estrategias gerenciales válidas y replicables que pueden traducirse en acciones de forma mucho más rápida que las directivas de política promulgadas desde el centro. Ese tipo de difusión constituirá un proceso continuo que abarcará la observación de campo y la colaboración que aborda cuestiones prácticas acerca de lo que funciona mejor en un entorno difícil.

Por último, el trabajo micropiloto que algunos han criticado señalándolo como una distracción prolongada, ha sido una herramienta valiosa en el proceso de desarrollo del proyecto. Ha creado la capacidad para administrar y planear la iniciativa antes de que las tareas de capacitación y de supervisión en gran escala sobrecarguen la agenda. Ha centrado la atención en el vínculo comunitario, la innovación estratégica y la planeación, reduciendo al mínimo las distracciones implícitas en cualquier iniciativa distrital que debe ser administrada por un pequeño equipo técnico. La prueba piloto ha asegurado que la totalidad de los problemas potenciales se examine, y que todos los enfoques y estrategias posibles se sopesen para adaptar el programa a las realidades ecológicas, sociales, económicas e institucionales del contexto de Navrongo.

Notas

1. Para una discusión del tema, ver Askew (1989).
2. El diseño del experimento de Navrongo se describe en Binka y colaboradores (1995). El distrito de Kassena-Nankana tiene una extensión de cerca de 1,674 kms² y se ubica en la región del Alto Este de Ghana. El nombre Kassena-Nankana se refiere a dos grupos étnicos del distrito. Kassena-Nankana pertenece al grupo Grussi-Gurma, uno de los mayores grupos étnicos de Ghana. Los dos grupos —Kassena y Frafra— eran distintos originalmente y con el tiempo se fusionaron en un grupo étnico homogéneo con una cultura común. Forman parte del grupo lingüístico *gur* y hablan dos idiomas principalmente, conocidos como *kassim* y *nankan* que poseen, cada uno, dialectos diversos. Aunque las lenguas son sustancialmente distintas, las características sociales de los grupos son similares.
3. Los apoyos tradicionales de las instituciones sociales hacia una alta fecundidad se revisan en Adongo y colaboradores (1994) y en Fayorsey y colaboradores (1994).
4. De esta serie de estudios surgieron cuatro recomendaciones: (1) se asigna importancia capital a la atención a la salud y a las inquietudes sobre los riesgos de mortalidad de los niños. La planificación familiar debe ofrecerse a las madres y los niños en el contexto de la extensión de los servicios de salud comunitaria; (2) en los grupos focales las respuestas subrayan a menudo la importancia de elegir a trabajadores confiables capaces de mantener la confidencialidad. A este respecto, los estudios muestran de manera consistente que los tipos de miembros pre-electos de la población, como las parteras tradicionales, no son adecuados. Con frecuencia

- se prefiere a los forasteros y no a los habitantes del poblado; no se cree que estos últimos sean capaces de mantener la confidencialidad; (3) el programa que ya existe para información, educación y comunicación, ha llevado a malos entendidos y confusión. Se requiere llevar a cabo experimentos cuidadosos y la revisión de temas de comunicación que sean culturalmente apropiados; (4) en Ghana, la opción anticonceptiva es sumamente valorada. Si algún método se prefiere, éste es el anticonceptivo inyectable, el cual ha sido excluido de la DBC (ver Ministry of Health, 1991a, 1991b, 1991c y 1992).
5. En 1995, una cuarta población se agregó a la Fase I para poner a prueba esquemas del trabajador-voluntario. Este artículo describe el proyecto piloto inicial de tres poblados.
 6. Se considera que las organizaciones formales son sistemas abiertos en equilibrio con su medio ambiente (Katz y Khan, 1978; Perrow, 1978). Eso implica comprender que la organización de los servicios sociales requiere de una comprensión del sistema social.
 7. Desde esta perspectiva, las organizaciones eficaces tienen la capacidad de adaptarse respondiendo de forma continua a las necesidades cambiantes (ver Sarri y Hasenfield, 1978). Esta perspectiva ha influido sobre aplicaciones de investigación comercial y de negocios especialmente (ver, por ejemplo, Peters y Waterman, 1982), aunque algunas aplicaciones de la investigación de sistemas abiertos se citan también en la literatura del desarrollo (ver, por ejemplo, Paul, 1982; Freedman, 1987a; y Simmons y Simmons, 1987). Por esta razón, algunos analistas argumentan que la investigación es crucial para el diseño y desarrollo de programas exitosos de planificación familiar. En tanto que las perspectivas de sistemas abiertos son, en teoría, atractivas, es poco lo que se ha hecho para aplicar estos principios a situaciones prácticas y para reportar sobre pasos y procedimientos que puedan utilizarse para desarrollar programas (Freedman, 1987b; Phillips y Greene, 1993).
 8. Los métodos de línea base de las discusiones de los grupos focales y sus resultados aparecen en Adongo y colaboradores, 1995.
 9. En estas sociedades, el término "propietario de la tierra" se refiere a las personas que actúan como custodios o fideicomisarios de la tierra; estos individuos no poseen la tierra ni la rentan a otros.
 10. Los participantes de los EDAS eran funcionarios del Ministerio de Salud a quienes atañía la supervisión de operaciones de campo. El personal de supervisión clínica no se involucró en el proceso de planeación estratégica. El equipo incluye al investigador principal del proyecto que es un médico en salud pública, a una enfermera supervisora, a una enfermera en salud pública, y a una enfermera supervisora en salud pública regional que está jubilada. En la sesión final del proceso de planeación participaron enfermeras del proyecto piloto de salud comunitaria. Esta estrategia gerencial se ha etiquetado de diversas maneras; de ellas, la más general es "planeación estratégica" (ver Paul, 1987 y 1988) –un enfoque para desarrollar sistemas de organización que resuelven problemas complejos (ver también Kortzen, 1980 y 1984).
 11. Al observar estas limitaciones en otros sitios de la región, varios observadores influyentes han concluido que los programas de planificación familiar no pueden ser exitosos en este contexto (ver, por ejemplo, Frank 1987 y 1988, y van de Walle y Foster, 1990).
 12. Las reacciones de la comunidad a la Fase I del estudio piloto y el diseño operativo final se revisan en Antwi-Nsiah y colaboradores (1995) y en Nazzar y colaboradores (1995).
 13. En Kassena-Nankana, el conocimiento de los métodos anticonceptivos es alto (82 por ciento); pero el uso alguna vez de los anticonceptivos es de sólo 8 por ciento, en

tanto que la prevalencia de uso en la actualidad es muy baja, de sólo 4 por ciento (Debpuur y cols., 1994). Las razones de no uso no se comprenden con precisión, pero se cree que son complejas y sistémicas y que están inculcadas en las instituciones de la cultura tradicional (Fayorsey y cols., 1994, Adongo y cols., 1995). La tasa global de fecundidad en el área de estudio es de 6,0 hijos por mujer en edad reproductiva. Aunque este nivel es bajo en comparación con los que se observan en otros sitios de África, la reducción en la fecundidad surge enteramente de prácticas tradicionales de separación de la pareja en el post-parto y de la amenorrea de la lactancia, y no de la anticoncepción.

14. La tasa de mortalidad infantil —85 muertes por cada 1,000 nacidos vivos— se ubica entre las más altas registradas en un entorno contemporáneo. Los sistemas que gobiernan los sectores socioeconómicos, de salud, religiosos y tradicionales de las personas en el distrito de Kassena-Nankana son más típicos de los países sahelianos vecinos que de los moradores de las regiones sur y central de Ghana. En la región saheliana, la mortalidad es la mayor de cualquier subregión del mundo (ver Hill, 1991). Las tasas de uso de anticonceptivos en el Sahel son las más bajas de cualquier región (Ross y cols., 1993). Varios observadores influyentes han comentado el vínculo entre una elevada mortalidad y la cultura de la fecundidad alta (Caldwell y Caldwell, 1987; Caldwell y cols., 1992).
15. El término *adog-maake* se utiliza, en general, como equivalente de la planificación familiar. Si el término se traduce literalmente significa “detener el nacimiento de los niños”.
16. Evidencias del Sistema de Vigilancia Demográfica de Navrongo (SVDN) sugieren que la mortalidad infantil puede haber disminuido ligeramente en años recientes, cosa que se está investigando.
17. En la población del estudio se ha demostrado que un suplemento de vitamina A reduce la mortalidad de los niños. La adversidad nutricional es cómplice de todas las causas principales de muerte entre los niños (Ross y cols., 1995).
18. Ver, por ejemplo, Caldwell (1979). Es relativamente poco lo que se ha escrito acerca de cómo diseñar programas que mitiguen la oposición religiosa. Sin embargo, existen unas pocas y notables excepciones. Ver, por ejemplo, Askew y colaboradores (1992).
19. En diversos entornos, la investigación ha demostrado que la poligamia reduce la fecundidad natural. Siendo así, a falta de otros cambios, la conversión a familias nucleares y el matrimonio monógamo llevan a una alta fecundidad. No obstante, la poligamia conduce a normas, valores y prácticas que inhiben la introducción de la planificación familiar sosteniendo la fecundidad natural en niveles mucho menores que el máximo biológico, pero muy por encima de los niveles que los planificadores de políticas consideran como óptimos. Para discusiones sobre este tema ver Caldwell y Caldwell (1981, 1987 y 1990). En los lugares en donde la poligamia se practica ampliamente, se considera que el vínculo conyugal es débil. De ello resultan arreglos en la economía doméstica en donde los costos de los hijos los asumen las madres, mientras las decisiones acerca de la reproducción las asumen los padres. Esta característica de las uniones poligámicas ha quedado documentada en diversos estudios de familias africanas. Ver, por ejemplo, Kalipeni y Zulu (1993). Para una discusión de los roles de género en Ghana ver Lloyd y Gage-Brandon (1993).
20. La investigación detallada del papel de la religión en el comportamiento reproductivo ha determinado que se recurre a los adivinos en aquéllo que concierne a la crianza, pero no en referencia a cuestiones que atañen a la anticoncepción. Las implicaciones de este hallazgo en el comportamiento son objeto de continua investigación (Antwi-Nsiah y cols., 1995).

21. Para todos los fines prácticos, el nivel A continúa siendo un concepto que rara vez se pone en práctica.
22. Las organizaciones burocráticas formales han carecido siempre de bases históricas en el contexto saheliano. El tardío arribo de los británicos y sus intentos de introducir gobiernos en territorios que hoy en día forman parte del norte de Ghana, no llevaron nunca al establecimiento de una burocracia civil en la región. Tampoco las instituciones de la era post-colonial tuvieron un gran impacto sobre las vidas de los habitantes del norte de Ghana. Las burocracias sociales, sanitarias, agrícolas y educativas contemporáneas sólo ejercen impactos marginales sobre la vida de los poblados. Los informes de los esfuerzos para organizar el servicio social en la comunidad suenan como los tempranos informes de las incursiones británicas en las regiones sureñas (Rattray, 1932).
23. Las ESC son trabajadoras comunitarias del Ministerio de Salud –paramédicas capacitadas en los centros de entrenamiento de enfermeras del Ministerio durante dos años y asignadas a clínicas rurales de nivel subdistrital. Todas las ESC son mujeres.
24. Una pregunta razonable que puede plantearse es si los trabajadores sanitarios del poblado pueden funcionar como agentes frontales del programa de mercadeo social. Un cambio de tal naturaleza alteraría su función de vendedores ambulantes de antibióticos, para asumir un papel más responsable de servicio a la comunidad como agentes de ventas de sales para rehidratación oral, condones y anticonceptivos orales. A una ESC se le acercó una vez un comerciante que buscaba suministros para vender en un pueblo. Otras ESC están experimentando con la distribución de condones a través de agentes de ventas de los pueblos que tienen bodegas en sus casas.
25. Una discusión en torno a este punto se encuentra en el informe del National Research Council (1993). Los microeconomistas se refieren a la negociación entre la cantidad y calidad de los niños, y observan que las aspiraciones de los padres respecto de sus hijos se vinculan con sus propias metas reproductivas.
26. Sorprende que en el pasado se haya dado poca atención a involucrar a jefes y ancianos en programas o actividades del Ministerio de Salud. De los 12 jefes supremos con quienes se estableció contacto, ninguno había sido visitado por un funcionario del EDAS o por una ESC con anterioridad al proyecto piloto.
27. Esta estrategia se allega información de la investigación del cliente misterioso respecto de la calidad de los servicios de atención en salud y planificación familiar (Schulet y cols., 1985). En la metodología del cliente misterioso, trabajadores de investigación capacitados fungen como clientes en determinados puntos de servicio, observan la calidad de los servicios que se brindan y reportan sus observaciones a los investigadores. Por la naturaleza de la adivinación, se utiliza un enfoque más abierto respecto de la naturaleza del encuentro: los trabajadores del servicio se interesan por aspectos de la planificación familiar en la comunidad y consultan a los adivinos acerca del futuro de la iniciativa y su aceptación en este entorno. Se ha solicitado a seis adivinos consultar con espíritus ancestrales en relación a estos temas; los seis mencionaron que el proyecto tendría éxito si los diversos ritos se llevaban a cabo siguiendo las instrucciones.
28. Ver el análisis de este tema en Bledsoe y colaboradores (1994). Con datos de la zona rural de Gambia, se sugiere que el concepto clásico de “fecundidad natural” es poco apropiado para las sociedades tradicionales del occidente africano, en donde las mujeres conscientemente regulan los intervalos de nacimiento de sus hijos. En la zona rural de Gambia la anticoncepción tiene una amplia aceptación y se le procura; pero el uso de los anticonceptivos occidentales tiene poco impacto sobre la

fecundidad, pues el propósito que se persigue al adoptarla es mantener los intervalos de espaciamiento deseados, que se obtienen mediante otros métodos tradicionales cuando no se dispone de la anticoncepción.

29. Algunas prácticas culturales representan aspectos de la salud reproductiva que constituyen verdaderos desafíos. Por ejemplo, una práctica muy difundida es la mutilación genital femenina, cuya prevalencia se desconoce. Las implicaciones más generales de esta costumbre para la salud reproductiva requieren aclararse. Las posibles intervenciones para abordarla merecen investigarse.

Reconocimientos

El Proyecto Comunitario de Salud y Planificación Familiar de Navrongo está financiado con recursos asignados al Centro de Investigación en Salud de Navrongo por la Fundación Rockefeller, la Agencia Internacional para el Desarrollo de Finlandia y el Proyecto de Investigación Operativa y Asistencia Técnica de África; este último es un proyecto regional del Population Council financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos.

Referencias

- Adongo, Philip B., James F. Phillips, Beverly Kajihara, Clara Fayorsey, Cornelius Debpuur, y Fred N. Binka. 1995. "Cultural factors constraining the introduction of family planning among the Kassena-Nankana of northern Ghana". Navrongo, Ghana: Navrongo Health Research Centre, Community Health and Family Planning Project. No ha sido publicado.
- Antwi-Nsiah, Cherub, James F. Phillips, Placide Tapsoba, Philip Adongo, Kofi Asobayire. 1995. "Community reactions to the Navrongo experiment". Navrongo, Ghana: Navrongo Health Research Centre, Community Health and Family Planning Project. No ha sido publicado.
- Askew, Ian. 1989. "Organizing community participation in family planning projects in South Asia". *Studies in Family Planning* 20,4: 185-202.
- Askew, Ian, S. F. Njie, y A. Tall. 1992. "Overcoming religious barriers to family planning in rural Gambia". Trabajo presentado en la reunión anual del National Council for International Health, Arlington, VA, junio.
- Binka, Fred N., Alex Nazzar, y James F. Phillips. 1995. "The Navrongo Community Health and Family Planning Project". *Studies in Family Planning* 6, 3: 121-139.
- Bledsoe, Caroline H., Allan G. Hill, Umberto D'Alessandro, y Patricia Langerock. 1994. "Constructing natural fertility: The use of Western contraceptive technologies in rural Gambia". *Population and Development Review* 20,1: 81-113.
- Caldwell, John C. 1979. "Variation in the incidence of sexual abstinence and the duration of postnatal sexual abstinence among the Yoruba". En *Natural Fertility* Eds. H. Leridon y J. Menken. Liège: Ordina Editions.
- Caldwell, John C. y Pat Caldwell. 1981. "The function of child-spacing in traditional societies and the direction of change." En *Child-Spacing in Tropical Africa: Fadtitions and Change*. Eds. H. Page y R. Lesthaeghe. London: Academic Press. Pp. 73-92.
- . 1987. "The cultural context of high fertility in sub-Saharan Africa". *Population and Development Review* 13,3: 409-437.
- . 1990. "High fertility in sub-Saharan Africa". *Scientific American*, mayo. Pp. 118-125.
- Caldwell, John C., I. O. Orubuloye, y Pat Caldwell. 1992. "Fertility decline in Africa: A new type of transition?" *Population and Development Review* 18,2: 211-242.

- Debpuur, Cornelius, Alex Nazzar, James F. Phillips, y Fred N. Binka. 1994. "Baseline Survey on Contraceptive Knowledge and Use, Reproductive Preferences and Study Population Characteristics: A Report of Key Findings". *Community Health and Family Planning Project Documentation Note* Número 7. Navrongo, Ghana: Navrongo Health Research Centre.
- Fayorsey, Clara, Philip B. Adongo, y Beverly Kajihara. 1994. "Findings and recommendations—The Social Organization in Kassena-Nankara District: Assessing the Context for Reproductive Change in a Traditional African Society". *Community Health and Family Planning Project Documentation Note* Número 10. Navrongo, Ghana: Navrongo Health Research Centre.
- Frank, Odile. 1987. "The demand for fertility control in sub-Saharan Africa". *Studies in Family Planning* 18,4: 181–201.
- . 1988. "The childbearing family in sub-Saharan Africa: Structure, fertility, and the future". Trabajo presentado durante los seminarios sobre Determinants and Consequences of Female-Headed Households. New York: The Population Council and International Centre for Research on Women.
- Freedman, Ronald. 1987a. "The social and political environment, fertility, and family planning effectiveness". En *Organizing for Effective Family Planning Programs*. Eds. Robert J. Lapham y George B. Simmons. Washington, DC: National Academy Press, Pp. 37–58.
- . 1987b. "The contribution of social science to population policy and family planning program effectiveness". *Studies in Family Planning* 18,2: 57–82.
- Hasenfield, Y. 1978. "Client-organization relations: A systems perspective". En *The Management of Human Services*. Eds. R.C. Sarri y Y. Hasenfeld. New York: Columbia University Press.
- Hill, Althea. 1991. "Infant and child mortality levels, trends, and data deficiencies". En *Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa*. Eds. Richard G. Feachem y Dean T. Jamison. Washington, DC: The World Bank and Oxford University Press. Pp. 37–74.
- Kalipeni, Ezekiel y Eliya M. Zulu. 1993. "Gender differences in knowledge and attitudes toward modern and traditional methods of child spacing in Malawi". *Population Research and Policy Review* 12,2: 103–122.
- Katz, D. y R. L. Kahn. 1978. *The Social Psychology of Organization*. Second edition. New York: Wiley and Sons.
- Korten, David C. 1980. "Community organization and rural development: A learning process approach". *Public Administration Review* 40,5: 480–511.
- . 1984. "Strategic organization for people-centered development". *Public Administration Review* 44: 341–352.
- Lloyd, Cynthia B. y Anastasia J. Gage-Brandon. 1993. "Women's role in maintaining households: Family welfare and sexual inequality in Ghana". *Population Studies* 47: 115–131.
- Ministry of Health (MOH), Health Research Unit. 1991a. "First make sure our children won't die: An appraisal of community potential to support family planning services in Bolgatanga District". Accra, Ghana: MOH. No se ha publicado.
- . 1991b. "Won't it cause infertility?: An appraisal of community potential to support family planning services in Berekum District". Accra, Ghana: MOH. No se ha publicado.
- . 1991c. "The ability to keep secrets: An appraisal of community potential to support family planning services in Dangbe West District". Accra, Ghana: MOH. No se ha publicado.
- . 1992. *Contraception and Misconceptions: Community Views of Family Planning*. Accra, Ghana: MOH. No se ha publicado.

- Nazzar, Alex, James F. Phillips, Kofi Asobayire, Olivia Aglah, y Fred N. Binka. 1995. "Developing the Navrongo Project with Community-based Strategic Planning". *Community Health and Family Planning Project Documentation Note* Número 20. Navrongo, Ghana: Navrongo Health Research Centre.
- Paul, Samuel. 1982. *Managing Development Programs: The Lessons of Success*. Boulder, CO: Westview Press.
- . 1987. "Community Participation in Development Projects: The World Bank Experience". *World Bank Discussion Paper* 6. Washington, DC: The World Bank.
- . 1988. "Governments and grass-roots organizations: From coexistence to collaboration". In *Strengthening the Poor*. Ed. John P. Lewis. Washington, DC: Overseas Development Council.
- Perrow, C. 1978. "Demystifying organizations". In *The Management of Human Services*. Eds. R. C. Sarri y Y. Hasenfeld. New York: Columbia University Press. Pp. 105-120.
- Peters, T. J. y R. H. Waterman, Jr. 1982. *In Search of Excellence: Lessons from America's Best-Run Companies*. New York: Harper and Row.
- Phillips, James F. y W. Greene. 1993 "Community-based distribution of family planning in Africa: Lessons from operations research". New York: The Population Council Africa Operations Research and Technical Assistance Project. No se ha publicado.
- Rattray, R. S. 1932. *The Tribes of Ashanti Hinterland*. Oxford: Clarendon Press.
- Ross, John A., W. Parker Mauldin, y Vincent C. Miller. 1993. *Family Planning and Population: A Compendium of International Statistics*. New York: The Population Council.
- Ross, David A., Betty R. Kirkwood, Fred N. Binka, Paul Arthur, Nicola Dollimore, Saul S. Morris, Rosaleen P. Shier, John O. Gyapong, y Peter G. Smith. 1995. "Child morbidity and mortality following vitamin A supplementation in Ghana: Time since dosing, number of doses, and time of year". *American Journal of Public Health* 85,9: 1,246-1,251.
- Sarri, R. C. y Y. Hasenfield. 1978. *The Management of Human Services*. New York: Columbia University Press.
- Schuler, Sidney Ruth, E. Noel McIntosh, Melvyn C. Goldstein, y Badri Raj Pande. 1985. "Barriers to effective family planning in Nepal". *Studies in Family Planning* 16,5: 260-270.
- Simmons, Ruth y George B. Simmons. 1987. "The task environment of family planning". En *Organizing for Effective Family Planning Programs*. Eds. R. J. Lapham y George B. Simmons. Washington, DC: National Academy Press. Pp. 59-78.
- van de Walle, Etienne, y A. D. Foster. 1990. "Fertility Decline in Africa: Assessment and Prospects". *World Bank Technical Paper* Number 125. Africa Technical Department Series. Washington, DC: The World Bank.
- Warwick, D. P. 1988. "Culture and the management of family planning programs". *Studies in Family Planning* 19,1: 1-18.
- Wulf, D. 1985. "The future of family planning in sub-Saharan Africa". *International Family Planning Perspectives* 11,1: 1-8.

Proyectos de investigación de campo sobre planificación familiar: equilibrio entre la validez interna contra la validez externa

Andrew A. Fisher y Raymond W. Carlaw

En el mundo entero, los programas de planificación familiar se han fundamentado de manera sustancial en los proyectos de investigación de campo como mecanismo para someter a prueba nuevas estrategias para la prestación de servicios. Cuca y Pierce revisan 96 de esos proyectos,¹ y un reporte elaborado por Osborn y Reinke comenta 28 esfuerzos de distribución de anticonceptivos de base comunitaria financiados por la Agencia para el Desarrollo Internacional, USAID.² Estas dos revisiones subrayan la dificultad de tratar de ejecutar y evaluar proyectos de campo en la forma en la que se planearon originalmente. Los sucesos imprevistos a menudo obligan a cambios en el diseño del estudio, y los objetivos de investigación en ocasiones entran en conflicto con los objetivos de la prestación de los servicios.

Los proyectos de campo están diseñados para ofrecer datos pertinentes para la formulación de políticas y para los cambios de programas. Su objetivo es indicar, en pequeña escala, el impacto potencial que podría esperarse de un programa a un nivel más alto o a nivel nacional. También sirven para destacar los problemas administrativos y las barreras sociales y culturales que encara la mayoría de los proyectos de planificación familiar y salud materno-infantil en los países en vías de desarrollo.

Desde el punto de vista de los gerentes de programa, los proyectos de investigación de campo se consideran a veces como oportunidades para manipular la organización y la administración de elementos tales como fondos, personal, suministros y equipo. Por otro lado, los evaluadores tienden a percibir estos proyectos como experimentos diseñados para medir los resultados de los programas con un cierto grado de confianza. En algunos casos, la manipulación de elementos que realizan los gerentes de programas para cumplir los objetivos de prestación del servicio opera de manera contraria al deseo del evaluador por mantener un control experimental rígido a fin de alcanzar los objetivos de la

Reimpreso con autorización del Population Council de *Studies in Family Planning* 1983. 14, 1: 3-8.

investigación. En estas situaciones, los objetivos de la prestación de servicios generalmente se sitúan en un plano superior al de los meros objetivos de investigación.

Si un elemento experimental, como sería el caso de un nuevo sistema logístico, no hace que los artículos lleguen a los puntos de distribución, el gerente de programa probablemente lo modificará independientemente del efecto que esto tenga sobre el diseño experimental. Si el personal del proyecto entra en huelga, existen mayores probabilidades de que salarios incrementados o condiciones de trabajo modificadas motiven al personal para regresar al trabajo con una actitud diferente a la que se requiere para mantener el diseño original del estudio y continuar trabajando como antes. Y si en el área experimental una inundación provocada por un monzón obliga a que el personal del proyecto se distraiga de su trabajo regular para colaborar en tareas de auxilio, es muy poco lo que el evaluador podrá hacer, salvo tratar de dar cuenta de estos eventos en los datos.

En este informe se discute la experiencia de un proyecto de salud materno-infantil y planificación familiar de base comunitaria que se realizó en Nepal durante dos años. Aunque el proyecto se planeó como un experimento de investigación de campo para comparar una estrategia de prestación de servicios con otra, se presentaron factores imprevistos que obligaron a modificar el diseño original del estudio. Es indudable que estas modificaciones debilitan la validez de las inferencias que se pueden obtener a partir de los datos. No obstante, el proyecto ofreció al mismo tiempo una demostración visible, bajo condiciones de campo reales, de una nueva estrategia (en Nepal) para la prestación de servicios de salud y de planificación familiar. También suministró al personal de planificación familiar una rica fuente de experiencia que posteriormente influyó sobre las decisiones del programa en lo que se refiere a capacitación del personal, prestación de los servicios y compromiso de los funcionarios locales con las actividades del programa.

Ya se ha hecho una descripción completa de las muchas facetas del proyecto de Nepal.³ No es nuestro propósito repetir tal descripción aquí, sino más bien basarnos en la experiencia de Nepal para ilustrar la naturaleza dinámica de los proyectos de campo, los múltiples objetivos a los que éstos sirven (algunos planteados, pero otros no), los eventos imprevistos que se encontraron, y la dificultad de equilibrar las inquietudes referentes a la validez interna con aquéllas relacionadas con la validez externa. La validez interna es la medida en la que una relación observada entre dos o más variables dentro de un entorno experimental en particular es causal. La validez externa es la medida en la que la relación causal observada que se encontró dentro de ese entorno experimental puede ser generalizada a otras áreas y poblaciones.

El proyecto de Gorkha y Dhanusha

Iniciado en febrero de 1976 y continuado durante dos años hasta febrero de 1978, el proyecto distrital de Gorkha y Dhanusha fue diseñado para: (1) someter a prueba un nuevo modelo empírico de capacitación para Nepal; (2) comparar el desempeño laboral de los trabajadores de base *panchayat*⁴ contra una categoría similar de trabajadores de base clínica, y (3) evaluar el efecto, en caso de existir, que estos trabajadores tenían sobre el nivel de conocimiento en planificación familiar y sobre la práctica anticonceptiva de mujeres que en ese momento estaban casadas.

El distrito de Gorkha, que se ubica en la región montañosa occidental de Nepal, y el distrito de Dhanusha, que se encuentra en las planicies centrales, fueron seleccionados como áreas para el proyecto porque cada uno de ellos había sido incluido anteriormente en una encuesta longitudinal de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre planificación familiar en cuatro distritos. Estas investigaciones habían comenzado en 1975, antes del inicio del proyecto experimental, y continuaron hasta 1978, después de que el proyecto concluyó.⁵ Entre otros objetivos, las encuestas tenían el propósito de suministrar mediciones pre y post proyecto para fines de evaluación. Los otros dos distritos incluidos en las encuestas, el de Kaski en la zona montañosa y el de Parsa en las planicies, sirvieron como controles equiparados para los distritos de Gorkha y Dhanusha. La equiparación de distritos se realizó con base en las similitudes de tamaño geográfico, densidad de población, número de hospitales, número de clínicas de salud, composición étnica y proporción de hombres y mujeres sin educación.

Antes de la introducción del proyecto experimental en los distritos de Gorkha y Dhanusha, los servicios de planificación familiar y salud básica en las áreas rurales de Nepal los ofrecían trabajadores de base clínica. En teoría, los trabajadores clínicos visitaban los hogares en los poblados cuatro veces a la semana. Los otros dos días de la semana los pasaban en una clínica de salud rural. En la práctica, casi todos ellos pasaban cuatro días a la semana en la clínica y únicamente dos realizando visitas domiciliarias. Rara vez era posible que cubrieran áreas más allá de unas cuantas millas alrededor de la clínica. Como resultado de ello, grandes áreas del *panchayat* quedaron sin atención.

En contraste con el modelo clínico de prestación de servicios, el proyecto de Gorkha y Dhanusha introdujo un sistema de prestación de servicios de planificación familiar y salud de base comunitaria. Cada trabajador de *panchayat* utilizaba como base de operación su propio hogar, y dedicaba seis días completos a la semana para visitar parejas elegibles, reunirse con líderes en los poblados y organizar reuniones de grupo. Los trabajadores de *panchayat* ofrecían suministros anticonceptivos, tabletas multivitamínicas y de hierro, paquetes con soluciones para rehidratación oral y medicinas sencillas tales como

aspirinas y yodo. También se les impartió un nuevo curso de capacitación de cinco semanas de duración. En casi todos los aspectos, este curso era diferente al programa que se ofrecía a los trabajadores de base clínica. En Katmandú, los trabajadores clínicos recibieron un curso didáctico en un salón de clase durante dos semanas, mientras que a los trabajadores de *panchayat* se les impartió un programa empírico de base de campo que duró cinco semanas, ya fuera en Gorkha o en Dhanusha. El curso hacía hincapié en el desarrollo de un equipo eficaz de prestación de servicios de planificación familiar y de salud comunitaria, con el funcionario de planificación familiar del distrito como líder.

Eventos imprevistos

Selección de sitios para el proyecto

El distrito de Gorkha tenía un total de 56 *panchayats* y el de Dhanusha 69. De cada distrito se seleccionaron 12 *panchayats* como sitios experimentales para introducir el proyecto de planificación familiar y de salud de base *panchayat*. A más de esto, los seis *panchayats* en cada Distrito en los que había clínicas que ofrecían servicios fueron seleccionados como áreas de comparación.

La selección de los *panchayats* experimentales fue hecha por un comité integrado por el jefe del distrito, el oficial de planificación familiar distrital y otro funcionario gubernamental. El apoyo de éstos y otros oficiales locales fue considerado como un elemento esencial para la ejecución del proyecto. De hecho, el compromiso activo de personas de la localidad en las actividades de planificación familiar y de salud fue uno de los objetivos no planteados por el proyecto.

Aunque al comité de selección se le explicó que para fines de investigación era necesario seleccionar de entre los *panchayats* de cada distrito a *panchayats* experimentales que ya se habían incluido en el marco de muestreo de la encuesta CAP, el comité sintió que tal cosa no podría hacerse en todos los casos. El proyecto de Gorkha y Dhanusha era considerado por muchos funcionarios locales como un medio adecuado para extender los servicios a áreas que anteriormente sólo habían recibido servicios mínimos o ninguno absolutamente. En consecuencia, algunos de los *panchayats* experimentales seleccionados por el comité eran áreas muy remotas, lo que complicó la prestación de servicios y el monitoreo del proyecto. También introdujo un cambio significativo en el diseño de la investigación original. Los *panchayats* experimentales remotos definitivamente no eran equivalentes, sobre la base de muchas mediciones, a los *panchayats* más accesibles en los que existían clínicas que daban servicio y que habrían de ser utilizados como áreas de comparación. Igualmente importante desde el punto de vista del diseño del proyecto original fue la selección, por parte del comité, de *panchayats* experimentales que no coincidían con los *panchayats* incluidos en la estructura de muestreo de la encuesta CAP. Sin las

encuestas CAP no existían mediciones de línea base anteriores al proyecto con respecto a conocimientos, actitudes y prácticas de planificación familiar, y las mediciones postproyecto subsecuentes eran difíciles de obtener. La selección de algunos *panchayats* experimentales en Gorkha y Dhanusha que se encontraban muy lejos (y que, por lo tanto, resultaban muy atípicos), o bien que no estaban incluidos en la estructura de muestreo de CAP, constituyó la primera desviación significativa a partir del diseño del proyecto original y una alteración importante respecto de los objetivos de investigación en favor de los objetivos de prestación de servicios.

Personal de campo del proyecto

Cuando se hizo la planeación inicial del proyecto experimental, la intención era reclutar y capacitar a 18 trabajadores de *panchayat* y a cuatro supervisores para cada distrito. En Dhanusha, se reclutaron y capacitaron únicamente a 16 trabajadores de *panchayat* y uno renunció después de un año, con lo que permanecieron únicamente 15. Asimismo, de los cuatro supervisores, dos fueron despedidos por su mal desempeño después de 13 meses, y su trabajo se asignó a los dos supervisores restantes. En el distrito de Gorkha, se reclutaron y capacitaron a los 18 trabajadores de *panchayat* y a cuatro supervisores; pero el oficial de planificación familiar del distrito, una figura importante para la ejecución y el monitoreo del proyecto, se ausentó de su puesto por espacio de seis meses durante el primer año. A este oficial lo sustituyó posteriormente otro oficial de planificación familiar que, a su vez, se ausentó de su puesto por espacio de ocho meses durante el segundo año del proyecto.

Aunque los problemas de personal como éstos son muy comunes en la historia de casi cualquier programa de prestación de servicios, representan desviaciones poco toleradas a partir del controlado mundo de los estudios de investigación. En Dhanusha, el problema del personal de supervisión y campo incompleto, al igual que la disponibilidad intermitente de liderazgo administrativo en el nivel superior en Gorkha, constituyeron el segundo evento imprevisto más importante y otra perturbación al diseño original del proyecto. Desde un punto de vista administrativo, los problemas de personal resultaban ciertamente molestos, pero al mismo tiempo eran controlables. Desde el punto de vista de la investigación, representaban alteraciones al diseño del estudio con probables efectos en el desempeño y la moral del trabajador de campo y en los resultados del proyecto, tales como el uso de anticonceptivos, que prácticamente no podían medirse.

Campamentos de esterilización

En el transcurso del proyecto, se establecieron en el distrito de Dhanusha dos campamentos de esterilización por medio de laparoscopia. Cada uno de estos

campamentos recibió una amplia publicidad, y en cada uno se realizaron aproximadamente 1.000 procedimientos de esterilización. Aunque los gerentes de programa que los planearon consideraron que estos campamentos habían sido actividades de prestación de servicios muy exitosas, los evaluadores los consideraron como un tercer evento imprevisto que, en este caso, tuvo un efecto histórico⁶ para la validez interna de evaluación del proyecto. Eventos masivos de este tipo realizados en un distrito complican las comparaciones entre distritos. Cada uno de los campamentos requirió del compromiso de todos los trabajadores distritales por espacio de casi dos meses. Las actividades de rutina del proyecto se interrumpieron, incluyendo los servicios de seguimiento para usuarios de condones y de píldoras. Tanto los trabajadores de los *panchayats* experimentales como los trabajadores clínicos dedicaron su tiempo y energía a reclutar clientes para esterilización. Es probable que sus esfuerzos, combinados con la publicidad por radio y prensa, hayan tenido el efecto de aumentar el nivel de concientización de la gente en el distrito de Dhanusha, tanto como su conocimiento y aceptación de la planificación familiar. Al mismo tiempo, el hecho de que el personal se haya apartado de su trabajo regular probablemente haya dado como resultado cierta pérdida de confianza entre la gente que había llegado a depender de este personal para recibir suministros; y esto probablemente llevó a la discontinuación de uso de los métodos en algunos casos.

Panchayats de comparación y experimentales

Durante el segundo año del proyecto, reportes de campo tanto de Gorkha como de Dhanusha indicaron que algunos de los trabajadores de *panchayat* estaban operando en *panchayats* vecinos a aquéllos que se les habían asignado, por lo menos parte del tiempo. Es posible que estos *panchayats* vecinos fueran más receptivos a ese trabajador. Posiblemente era más fácil acceder a ellos desde la base de operaciones del trabajador de *panchayat*; o bien que él pensara que el conjunto de aceptantes interesados ya se había agotado en el área asignada. Este cuarto evento imprevisto tuvo varias implicaciones para el proyecto. En primer lugar, significó que el trabajador de *panchayat* no dedicó, y no pudo dedicarle, tanto tiempo y atención a las parejas en el *panchayat* experimental asignado. En segundo lugar, como algunos de los *panchayats* vecinos también recibían servicio por parte de trabajadores clínicos, existía una contaminación evidente en estas áreas, en comparación con las que recibían servicio de las clínicas. Por último, parecía muy probable que la cobertura de *panchayats* que recibían servicios clínicos dobles, por parte tanto de trabajadores de *panchayat* como de trabajadores clínicos, pudiera haber dado como resultado un reporte de clientes duplicado y, en consecuencia, estadísticas de servicio infladas.

Pago de salarios

Cada mes, los supervisores de campo recogían los cheques de sueldo de los trabajadores de *panchayat* de la oficina de planificación familiar del distrito. Después, cuando el supervisor hacía la visita de campo normal de cada mes, los salarios se le entregaban al trabajador. Este sistema funcionó bien hasta que se presentó un problema de flujo de caja, casi un año y medio después de que el proyecto comenzó. Durante dos meses no se pagaron salarios ni a los supervisores ni a los trabajadores. Era comprensible que la moral y el entusiasmo hubieran decrecido; los patrones de trabajo diario cambiaron y algunos clientes de planificación familiar no recibieron los servicios que, en otras circunstancias, habrían recibido. Igualmente importante fue la erosión del nivel de compromiso de los trabajadores motivada por la interrupción del pago de salarios a los trabajadores de campo; el impulso del proyecto también se perdió durante los últimos seis meses.

Evaluación del proyecto

Como parte de la evaluación del proyecto de Gorkha y Dhanusha, se planearon tres tipos de análisis. En primer lugar, las estadísticas de servicio recolectadas de manera continua durante el proyecto se utilizarían para comparar el desempeño de los trabajadores de *panchayat* y de los trabajadores clínicos. En segundo lugar, los datos de la encuesta CAP recolectados anualmente entre 1975 y 1978 iban a utilizarse para comparar el conocimiento, las actitudes y las prácticas sobre planificación familiar de un panel de mujeres que estaban casadas en las áreas de los trabajadores de *panchayat* y de un panel similar de mujeres de las áreas de los trabajadores clínicos. En tercer lugar, los datos de CAP iban a utilizarse de nuevo para comparar el conocimiento, las actitudes y las prácticas sobre planificación familiar de todas las mujeres entrevistadas en Gorkha y Dhanusha, y de todas las mujeres entrevistadas en los distritos de control equiparados de Kaski y Parsa.

Tomando en consideración las alteraciones al diseño original del proyecto, no debe sorprender que los tres planes de análisis resultaran difíciles de realizar y que los resultados fueran difíciles de interpretar. Cada uno de los eventos imprevistos tuvo uno o más efectos que representaron amenazas a la validez de la evaluación. En el cuadro 1 se presentan los efectos más probables.

Discusión

Casi siempre, los proyectos experimentales de investigación de campo deben enfrentar eventos imprevistos que plantean un dilema tanto para el evaluador de la investigación como para el diseñador de políticas de programa. El dilema se

relaciona con la medida en la que los proyectos de campo pueden mantener un alto grado de validez interna sin sacrificar al mismo tiempo la validez externa. Hacer inferencias causales con cierto grado de confianza estadística (lo que Cook y Campbell denominan la “validez de la conclusión estadística”)⁷ requiere, por lo general, de un diseño de investigación de carácter aleatorio, con un estricto control sobre la introducción y la medición de las variables experimentales. Más aún, entre más rígido sea el diseño y mejor el control, es menos probable que el proyecto experimental refleje las condiciones de campo reales y, en consecuencia, es menos probable que las inferencias causales puedan ser generalizadas a otros entornos de campo.

En el proyecto de Gorkha y Dhanusha la validez interna se vio alterada en repetidas ocasiones por una serie de eventos imprevistos. Tal vez hubiera sido posible aminorar los efectos de estos eventos, o por lo menos dar cuenta de ellos, modificando el entorno de campo. Se podría haber evitado el uso de un comité de selección de *panchayats* local. Podría haberse reclutado y empleado a un trabajador de campo mejor pagado y más educado. Se podría haber instituido una mejor atención al monitoreo del proyecto a través de una mayor proporción entre el número de supervisores y el personal de campo. Aun cuando estas medidas y otras similares podrían haber servido para aumentar la validez interna permitiendo que las hipótesis de investigación fueran sometidas a prueba con un grado de confianza estadística, habrían creado un entorno de campo atípico y un tanto artificial que probablemente no podría duplicarse en ningún otro lugar de Nepal.

Cook y Campbell plantean una pregunta: “¿Qué es lo que determina en qué medida debe uno asignarle una mayor prioridad a la validez interna por encima de otros tipos de validez?” Y responden diciendo: “Los intereses de la validez interna son de primordial importancia cuando es alto el costo de equivocarse en relación con una inferencia causal —por ejemplo, cuando como consecuencia de los resultados experimentales pudiera ponerse en vigor una política no eficaz en amplia escala, o reducirse el alcance de una política eficaz.”⁸

El proyecto de Nepal comenzó como un esfuerzo de investigación experimental que requería un alto grado de validez interna para responder a preguntas tales como en qué medida los trabajadores de *panchayat* podrían influir sobre el conocimiento, las actitudes y las prácticas de planificación familiar de las parejas, y en qué medida su desempeño laboral sería significativamente diferente del de los trabajadores clínicos. En retrospectiva, “el costo de equivocarse” al responder a estas preguntas fue mucho menor que “el costo de equivocarse” al responder a una serie de preguntas de proceso relacionadas con la validez externa, o la medida en la que los hallazgos del proyecto pudieran ser generalizados a otro sector. Estas preguntas, que son de importancia capital para

Cuadro 1. Efectos probables de los eventos imprevistos en la evaluación del proyecto

Eventos imprevistos	Efectos
<p>Selección de sitios del Proyecto: el comité local selecciona algunos panchayats experimentales que se encuentran distantes o que no coinciden con los panchayats muestreados por la encuesta CAP .</p>	<p>1. Panchayats remotos difíciles de supervisar y con dificultad para recibir servicio. La precisión de las estadísticas de desempeño de los trabajadores en estas áreas es cuestionable.</p> <p>2. Panchayats remotos que en principio no son equivalentes sobre la base de muchas mediciones a panchayats de comparación más accesibles.</p> <p>3. No existen mediciones de encuestas de línea base y subsecuentes en aquellos panchayats experimentales seleccionados que no coincidieron con los panchayats del muestreo CAP . Número reducido de casos disponibles para análisis. Evaluación en panchayats no muestreados por encuestas CAP limitada a consideración de estadísticas de servicio u otras fuentes de datos.</p>
<p>Personal de campo del proyecto: en Dhanusha, no se contó con todo el personal de supervisión y de campo necesario. En Gorkha, el oficial de planificación familiar del distrito se ausentó durante 14 de 24 meses.</p>	<p>1. El reducido personal de campo en Dhanusha limitó la cobertura geográfica del proyecto.</p> <p>2. Es probable que el hecho de no contar con el personal de supervisión completo en Dhanusha haya afectado la precisión de los reportes de campo y el desempeño de los trabajadores.</p> <p>3. El monitoreo y la supervisión del proyecto en Gorkha resultó difícil sin un liderazgo administrativo superior . Es probable que hayan decrecido el nivel de desempeño, el compromiso y la moral de los trabajadores. Precisión de reportes de campo cuestionable.</p>
<p>Campamentos de esterilización: durante el período del proyecto se realizaron dos grandes campamentos de esterilización en Dhanusha.</p>	<p>1. Las actividades rutinarias de salud y planificación familiar del proyecto se interrumpieron durante dos meses.</p> <p>2. Es probable que la intensa publicidad haya servido para incrementar la práctica y el nivel de conocimiento sobre planificación familiar en el distrito.</p> <p>3. Probable aumento en el cambio de métodos.</p> <p>4. Probable pérdida de confianza de la gente en los trabajadores de campo, y cierta discontinuación de métodos por parte de los clientes.</p>
<p>Panchayats experimentales y de comparación: algunos trabajadores de panchayat comienzan a trabajar en áreas de trabajadores clínicos.</p>	<p>1. Se redujo el esfuerzo de trabajo en las áreas experimentales y aumentó el esfuerzo en los panchayats de comparación.</p> <p>2. Posible duplicación de reportes de clientes por parte de trabajadores clínicos y de panchayat, que dio como resultado estadísticas infladas.</p>
<p>Pagos de salario: se interrumpieron pagos por espacio de dos meses.</p>	<p>1. Decrecieron el nivel de compromiso y la moral de los trabajadores de campo. Durante los últimos seis meses el proyecto perdió su impulso.</p> <p>2. Es probable que algunos clientes no hayan recibido servicios, lo que dio como resultado cierta discontinuación del método.</p>

los diseñadores de políticas de programas, se relacionaban con cuestiones tales como: ¿Qué tipos de problemas se encontrarían en la organización y en la realización de un programa de capacitación a nivel de distrito? ¿Cómo es que debería integrarse un comité de planificación familiar de *panchayat*, cuáles deberían ser sus funciones y qué tanta autoridad debería tener? ¿Podrían identificarse, reclutarse y capacitarse a personas de la localidad como trabajadores de planificación familiar y de salud, y trabajarían esas personas en aéreas remotas con una supervisión mínima? ¿Se desarrollaría una oposición política o social hacia los trabajadores de *panchayat*? ¿Podrían los trabajadores llenar formas, reclutar casos, realizar un seguimiento regular y canalizar a aquellas clientes que experimentarían efectos colaterales como resultado del uso de anticonceptivos? ¿Podría organizarse un sistema logístico a base de cargadores para distribuir suministros de manera regular?

El proyecto de Gorkha y Dhanusha fue capaz de ofrecer respuestas a estas preguntas. Lo que comenzó como un esfuerzo de investigación con una evaluación de resultados cuantitativos se transformó, por una serie de eventos imprevistos, en una demostración de campo para la prestación de servicios con una evaluación del proceso. El proyecto tuvo una serie de implicaciones programáticas importantes; pero hay tres que se destacan en particular. En primer lugar, demostró que era posible organizar y llevar a cabo programas de capacitación en entornos de campo y sobre una base móvil, según fuera necesario. En parte como resultado de esta demostración y de la experiencia y la confianza que proporcionó a los capacitadores, el programa de entrenamiento para trabajadores de *panchayat* en Nepal se descentralizó y se mudó a tres centros rurales fuera de Katmandu. Ahora, la capacitación se ofrece en estos centros y se traslada a los distritos según se requiere. Adicionalmente, la capacitación de campo tiene un énfasis mucho mayor que la capacitación en salones de clase.

En segundo lugar, el proyecto demostró que los trabajadores de *panchayat* reclutados localmente podían trabajar, y trabajarían, en áreas remotas sin una supervisión constante. Con base en las estadísticas de servicio del proyecto (que se reconoce que a menudo eran de calidad deficiente), y en evaluaciones subsecuentes realizadas en años posteriores,⁹ los trabajadores han demostrado que pueden cubrir un área geográfica más grande que sus contrapartes clínicos, y que su desempeño en el trabajo parece ser igual o ligeramente mejor que el de los trabajadores clínicos en términos del reclutamiento mensual de nuevos aceptantes, tasas de continuación de usuarias de píldoras, visitas de seguimiento y otros indicadores. En parte a consecuencia de lo anterior, la estrategia que tomaba como base a los trabajadores de *panchayat* para la prestación de servicios se expandió a otros distritos del país. Actualmente existen más de 1.100 trabajadores de *panchayat* operando en 13 de las 14 zonas administrativas de Nepal.¹⁰

En tercer lugar, el proyecto demostró que si a los líderes locales se les alentaba y se les daba la oportunidad, se involucraban más en las actividades de planificación familiar. En parte como resultado de esta experiencia de participación comunitaria, los comités de distrito locales y de *panchayat* en Nepal son empleados ahora para ayudar a identificar y reclutar a nuevos trabajadores de *panchayat*.

Las decisiones para descentralizar la capacitación, expandir la estrategia de *panchayats* a la prestación de servicios e involucrar a los comités locales en el programa de planificación familiar, se tomaron básicamente sobre la base de experiencias de campo acumuladas durante los dos años de duración del proyecto. Ciertamente, no se tomaron exclusivamente con base en los hallazgos de la evaluación de los resultados cuantitativos.

El proyecto de Gorkha y Dhanusha sugiere varios lineamientos útiles. En primer lugar, es probable que el valor de los proyectos de campo en planificación familiar resida tanto en la experiencia formativa acumulada durante la vida del proyecto, como en la evaluación sumatoria de los hallazgos al finalizar el proyecto. Manejar problemas inesperados aumenta el nivel de entendimiento y las habilidades administrativas. En segundo lugar — y como corolario del primer punto— es importante dedicar tanto tiempo y atención a evaluar el proceso de desarrollo de un proyecto como el que se destina a evaluar su resultado final. Aun cuando existe una necesidad obvia de ocuparse de aspectos relacionados con la validez interna, especialmente cuando el objetivo es hacer inferencias causales, existe una necesidad de atención igual hacia los aspectos relacionados con la validez externa, particularmente cuando el objetivo es comprender la operación de los procesos del programa en un entorno de campo natural.

Referencias y notas

1. R. Cuca. y C.S. Pierce, *Experiments in Family Planning* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1977).
2. R.W. Osborn y W.A. Reinke (eds.), *Community Based Distribution of Contraception: A Review of Field Experience* (Baltimore: Johns Hopkins Population Center, Johns Hopkins University, enero de 1981)
3. B. R. Pande, A. A. Fisher, K. Vaidya y R. Carlaw, *The Ghorka and Dhanusha Experimental Service Delivery Project*, The Family Planning and Maternal Child Health Project, Katmandu, Nepal, agosto de 1978. También es posible encontrar un reporte completo del programa en *Nepal FP/MCH Data Analysis Final Report*, Gobierno de su Majestad, Ministerio de Salud, Proyecto de Planificación familiar y SMI de Nepal, The Population Council, 1979.
4. Un *panchayat* (comunidad) es una unidad administrativa en Nepal que consta de entre 1.000 y 6.000 personas.
5. Para un análisis de las cuatro encuestas CAP anuales en los Distritos de Gorkha, Dhanusha, Kaski y Parsa, ver J. M. Tuladhar y John Stoeckel, "The Relative Impacts

- of Vertical and Integrated FP/MCH Programs in Rural Nepal”, *Studies in Family Planning*, 13, No. 10 (1982): 275–286.
6. Donald T. Campbell y Julian C. Stanley, *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research* (Chicago: Rand McNally, 1966).
 7. Tomas D. Cook y Donald T. Campbell, *Quasi-Experimentation: Design and Analysis Issues for Field Settings* (Chicago: Rand McNally, 1979).
 8. Cook y Campbell, *Ibid*, p. 385.
 9. “Evaluation of the FP/MCH project’s *panchayat* based health workers”, preparado por NEW ERA, Katmandu, Nepal, sometido a la USAID, Katmandu, Nepal, septiembre de 1981.
 10. “Evaluation of the FP/MCH project’s *panchayat* based health workers”, citado en la nota 9, p. 7.

Lineamientos para superar problemas de diseño en la investigación operativa en planificación familiar

Andrew A. Fisher, John Laing y John Stoeckel

Desde 1981, como parte de un programa de investigación operativa (IO) en planificación familiar que se encuentra en curso, se han realizado 14 estudios de investigación en Tailandia, Filipinas, Sri Lanka y Nepal. Once de ellos son estudios de campo longitudinales en pequeña escala que están sometiendo a prueba nuevas estrategias para la prestación de servicios. Los otros tres buscan diagnosticar o explorar problemas particulares que afectan a los programas de planificación familiar. Los 14 estudios emplean una variedad de diseños de investigación y utilizan diferentes combinaciones de técnicas para recolectar datos.

En este informe nos preocupan los diseños experimentales para estudios de intervención de campo utilizados en la investigación operativa en planificación familiar. Dado que existen dificultades numerosas asociadas al uso de los diseños “experimentales verdaderos” —como serían la falta de capacidad para cumplir con requisitos de selección aleatoria y problemas para mantener el control sobre la intervención del estudio— proponemos el uso de estudios cuasiexperimentales y describimos lineamientos para seleccionarlos y diseñarlos. Al centrarse de manera específica en el uso de múltiples replicaciones del estudio de intervención, estos lineamientos deberán ayudar a que los investigadores y los trabajadores de campo se den cuenta de los posibles efectos de eventos imprevistos durante los estudios de campo de la investigación operativa.

Los estudios de campo para la investigación operativa

Durante la última década, los programas nacionales de planificación familiar y salud asiáticos han experimentado una enorme expansión en términos de gastos, personal, cobertura geográfica y actividades. Estos programas se han convertido en empresas grandes y complejas que requieren de una planeación detallada, una estrecha coordinación de esfuerzos, una cuidadosa supervisión y capacitación, y una vigilancia continua de la dirección de los programas, su proceso y su impacto. En todas estas áreas, la investigación y la evaluación pueden jugar un

papel de apoyo fundamental como fuentes de información para los gerentes de programa que se enfrentan día con día a cuestiones inquietantes vinculadas con los mecanismos para la prestación de servicios más eficientes y costo-efectivos.

Las numerosas encuestas de planificación familiar y de salud realizadas prácticamente en todos los países de Asia han representado una valiosa fuente de información para los diseñadores de políticas y para otras organizaciones y personas. Combinadas con sistemas de estadísticas de servicios mejorados, las grandes encuestas nacionales se han empleado para medir el impacto de las actividades de los programas sobre los índices de natalidad, mortalidad y morbilidad. Por otro lado, como estas encuestas no siempre se han centrado en la detección de problemas ni en la búsqueda de soluciones para los programas, han resultado poco menos que útiles para los gerentes de programas.

Es típico que los gerentes se enfrenten diariamente a preguntas tales como: ¿Qué tipo de capacitación deben recibir los trabajadores de campo y por cuánto tiempo? ¿Cuál es el mecanismo más costo-efectivo para ofrecer información precisa acerca de la disponibilidad de los servicios a numerosas personas en áreas rurales? ¿Los incentivos incrementan la prevalencia anticonceptiva? Si eso es así, ¿cuáles son esos tipos de incentivos? ¿Cómo se puede identificar a los líderes comunitarios informales y cómo se les puede utilizar para promover las prácticas de salud y de planificación familiar? ¿Cuál es el nivel de precios óptimo que se debe cobrar por los anticonceptivos?

En general, es imposible responder de manera satisfactoria a estas preguntas o a otras similares con base en los datos obtenidos a partir de encuestas transversales a nivel nacional, o con base en estadísticas de servicio recolectadas de manera rutinaria. Muchos de los problemas de interés primordial para los gerentes no son necesariamente nacionales en lo que a alcance se refiere, sino que están limitados a áreas específicas y pueden ser abordados de mejor manera a través del diseño y la ejecución de estudios de investigación operativa.

El término “investigación operativa” provoca confusión, dado que tiene diferentes significados. En la forma en que se le usa aquí, se refiere a los estudios de evaluación e investigación relacionados con las actividades u “operaciones” de programas de planificación familiar y salud. Estos estudios tienden a ser pequeños en escala, limitados en tiempo, y altamente centrados en objetivos. Su propósito es generar una retroalimentación de información relativamente rápida para fines de mejoramiento del programa. Aunque para fines de identificación de problemas pueden basarse en datos obtenidos a partir de encuestas nacionales grandes, los estudios de investigación operativa pueden categorizarse como de exploración/diagnóstico o bien como experimentales. A menudo son de ambos tipos: suelen comenzar con una etapa exploratoria y seguir con una intervención experimental

de campo que somete a prueba una nueva estrategia para la prestación de servicios. La intervención que se somete a prueba puede ser el uso de una nueva categoría de personal de campo, un nuevo plan de estudios para capacitación, una combinación de canales de comunicación que no se ha intentado anteriormente, una nueva estrategia de organización comunitaria, o cualquier otra serie de actividades que pudieran mejorar la eficiencia y la efectividad del programa.

Problemas con la selección de un diseño de investigación

Tomando en consideración el énfasis de los estudios de investigación operativa en lo que se refiere a someter a prueba el impacto de una nueva estrategia para la prestación de servicios, lo más deseable es idealmente usar un diseño experimental. Esos diseños, denominados diseños “experimentales verdaderos” por Campbell y Stanley, incluyen el diseño de grupos de control pre y post prueba, el diseño de cuatro grupos de Solomon, el diseño de un grupo de control postest únicamente, y variaciones de éstos.¹ Independientemente de lo deseables que pudieran resultar estos diseños, dos características de los diseños experimentales verdaderos a menudo demuestran ser problemáticas para los estudios de campo de planificación familiar y salud.

La primera es la selección aleatoria de las unidades de estudio (individuos, hogares, pueblos, distritos y demás), a partir de alguna agrupación mayor de estas unidades, y luego la asignación aleatoria posterior de estas unidades a grupos de control y experimentales. La selección aleatoria, dentro de los límites conocidos del error de muestreo, ayuda a garantizar que las unidades de estudio sean representativas del universo a partir del cual se obtuvieron. La representatividad se relaciona con la validez externa y con la medida en que los hallazgos del estudio pueden ser generalizados. La asignación aleatoria de las unidades de estudio a los grupos de control y experimentales se relaciona con la validez interna, y es importante si el objetivo de un estudio es el de hacer inferencias causales en relación con el impacto de una intervención de programa. La segunda característica de los diseños experimentales verdaderos que resulta problemática en entornos de campo es aquella relacionada con el mantenimiento de un control total sobre la ubicación en el tiempo, la intensidad y la duración de las variables de intervención experimentales.

La selección aleatoria y la asignación de las unidades de estudio

Por lo general, la selección inicial de una población y un área de estudio de investigación operativa es deliberada y no aleatoria. La selección tiende a basarse en consideraciones de disponibilidad de recursos del estudio, la presencia del problema que está siendo abordado por el estudio, la conveniencia para los investigadores, y la relativa facilidad para la ejecución de la intervención

experimental, incluyendo caminos de acceso, comunicaciones e instalaciones físicas, personal existente y la ausencia de conflictos civiles. Aunque la selección deliberada limita la capacidad de un estudio para generalizar los hallazgos, es probable que para la mayoría de los esfuerzos de investigación operativa esta cuestión no sea tan importante como la capacidad para hacer inferencias causales válidas acerca del impacto de una intervención de programa *dentro de* un área de estudio. No obstante, los estudios de investigación operativa también encaran aquí dificultades.

Las consideraciones de orden administrativo, logístico, ético y político, a menudo impiden el uso de procedimientos aleatorios para asignar las unidades de estudio a grupos experimentales y de control. Los servicios de salud y planificación familiar, por ejemplo, no pueden brindarse de manera selectiva a un hogar que se asigne de manera aleatoria a un grupo experimental, y luego negárseles a un hogar vecino incluido en el grupo de control. Incluso en situaciones en las que pudiera ser posible ofrecer servicios experimentales a unidades más grandes, tales como distritos o pueblos enteros, no siempre es posible utilizar los procedimientos aleatorios para asignar estas unidades. En ocasiones, los líderes de los pueblos no comprenden bien la lógica del diseño experimental, y se molestan cuando su poblado se asigna a un grupo de control mientras una aldea vecina, y posiblemente rival, recibe servicios como parte de un grupo experimental. A veces, los gerentes de programa encuentran que sencillamente no pueden llevar a cabo una actividad experimental particular en un distrito seleccionado aleatoriamente, por el hecho de que no existen caminos, instalaciones para almacenamiento, vehículos, personal capacitado, o porque se carece de otros pre-requisitos indispensables.

En otros casos, se presentan problemas por contaminación y por fugas de información cuando un área de control y una experimental se encuentran contiguas. Por ejemplo, los directores de los centros de capacitación asignados a un grupo de control tienen una misteriosa habilidad para obtener los nuevos planes de trabajo que se utilizan en los centros experimentales. De manera similar, los experimentos de comunicación dirigidos a una provincia suelen afectar a provincias de control vecinas. En parte para evitar estas dificultades, los estudios de investigación operativa seleccionan deliberadamente áreas de control que son similares y que, no obstante, se encuentran geográficamente separadas de la población y del área experimentales. Esto puede dar como resultado la selección de grupos de comparación no equivalentes, cosa que puede complicar la tarea de hacer inferencias causales.

Aunque los procedimientos de selección aleatoria ofrecen una serie de ventajas en comparación con la selección deliberada, debe reconocerse que solamente establecen las condiciones iniciales de equivalencia entre grupos. No

garantizan que los efectos experimentales subsecuentes podrán ser atribuidos con confianza a las variables de intervención, o que estos mismos efectos puedan esperarse de una intervención similar aplicada en otro entorno de campo. La equivalencia inicial establecida entre grupos a través del azar no puede asumirse como algo que habrá de continuar indefinidamente en el tiempo. Numerosos factores ajenos a un estudio de investigación pueden introducir un grado de no equivalencia entre grupos que puede conducir a relaciones espurias y confundir los resultados del estudio. Aunque algunos de estos factores pueden distribuirse de manera uniforme entre los grupos de control y los experimentales y anular sus efectos, éste no es siempre el caso.

Los gerentes gubernamentales de programa, por ejemplo, pueden decidir el inicio de campañas de salud y planificación familiar especiales e intensivas en distritos que las estadísticas de servicio identifican como áreas de bajo desempeño. Estos distritos pueden constar básicamente de áreas de control que tienen un bajo desempeño porque están siendo comparadas con áreas experimentales en donde existe una intervención de investigación operativa que está teniendo un efecto. En ocasiones, dos agencias pueden encontrarse con que se encuentran ejecutando actividades similares de entrega de servicios en la misma área y dirigidas a la misma población. En otras situaciones, pueden presentarse disturbios civiles que podrían influir sobre la migración hacia el exterior de un distrito, pero no de otro que está siendo utilizado como control. Proceder aleatoriamente, sin importar lo bien que se ejecute, no puede superar el efecto que estas situaciones podrían tener sobre un estudio de investigación operativa.

El control sobre la intervención del estudio

Un segundo aspecto de los diseños experimentales que resulta problemático en entornos de campo es el de mantener el control sobre la ubicación en el tiempo, la intensidad y la duración de la intervención experimental. Probablemente no va a ser posible jamás adquirir un control total; pero con el fin de señalar hipótesis respecto a las relaciones esperadas entre las variables independientes y dependientes, y obtener conclusiones razonables acerca de estas relaciones, un investigador necesita mantener control sobre cuándo, dónde, para quién, en qué cantidades y por cuánto tiempo se introduce una intervención. Desde luego, este grado de control no siempre es posible. Es muy raro que los estudios de intervención den inicio, continúen o terminen de acuerdo al programa preestablecido.² Es probable que el equipo y el personal requeridos para prestar un servicio no se encuentren disponibles en las cantidades y en la especie originalmente planeados. Las actividades se llevarán a cabo probablemente fuera de secuencia o con una intensidad mayor o menor a la esperada. Es probable también que algunas actividades ni siquiera se ejecuten; o

bien que, por ejemplo, la cadena de frío requerida para un programa de inmunización se interrumpa en un área, pero no en otra. Quizás los trabajadores multiservicios de salud recién capacitados eviten por completo ofrecer determinados servicios de prevención y que, en su lugar, se concentren en servicios de curación. Aunque el número de estos problemas puede reducirse a través de una supervisión de campo y una planeación cuidadosas, es poco probable que puedan ser eliminados en su conjunto.

Selección de un diseño cuasiexperimental

La única alternativa razonable a los diseños experimentales verdaderos es el uso de diseños cuasiexperimentales. Campbell y Stanley hacen notar que aun cuando estos diseños no le permiten a un investigador mantener un control total sobre “el *cuándo* y el *a quién* de la exposición, ni la capacidad para realizar aleatoriamente las exposiciones”, por lo menos le permiten el control sobre “el *cuándo* y el *a quién* de las mediciones”.³ Lo anterior no garantizará la existencia de grupos equivalentes, ni evitará la intromisión de factores ajenos, ni tampoco garantizará el control sobre la intervención. Lo único que puede hacer es ayudarle al investigador a cobrar conciencia de posibles factores invalidadores del estudio y a evitar llegar a conclusiones erróneas. Un diseño cuasiexperimental es “bueno” cuando es capaz de medir cualquier cosa que suceda en un entorno de campo, ya sea que se trate de un evento planeado o no planeado. De esta forma, el factor experimental crucial a considerar en la selección de un cuasidiseño “bueno” es si la temporalidad y el enfoque de las observaciones de medición son adecuados para los objetivos del estudio. Por todo lo anterior, proponemos el *Principio de los Tres Múltiples* como lineamiento para seleccionar un diseño de investigación de campo:

- 1 Buscar múltiples fuentes de datos para obtener información sobre las mismas variables.
- 2 Buscar mediciones múltiples de las mismas variables a lo largo del tiempo.
- 3 Buscar replicaciones múltiples de la intervención del estudio en diferentes entornos del campo.⁴

El uso de múltiples fuentes de datos sirve a varios fines. En primer lugar, cada fuente puede ofrecer una verificación de confiabilidad acerca de las otras fuentes. En segundo lugar, cada fuente puede ofrecer un conocimiento adicional acerca de un evento en particular, o de una relación entre eventos. En tercer lugar, el uso de múltiples fuentes de datos ofrece la oportunidad de obtener tanto información cualitativa como la información cuantitativa más común acerca de la intervención de un estudio. La información cualitativa sobre el proceso puede resultar particularmente útil para determinar cómo y por qué se obtuvo o no se obtuvo un efecto de intervención.

Las mediciones múltiples de las mismas variables a lo largo del tiempo pueden ofrecer información acerca de las tendencias antes, durante y después de la introducción de una intervención. Esta información puede ser extremadamente valiosa para los estudios de campo. Las desviaciones radicales y repentinas a partir de tendencias pasadas pueden ser el primer indicador de que existen factores ajenos a la intervención de un estudio que se encuentran afectando a una población o área experimental.

Por último, las replicaciones múltiples de un mismo estudio en diferentes entornos pueden ofrecer información acerca de la medida en la que los efectos de la intervención son exclusivos para una área y una población en particular, o pueden ser generalizados a otras áreas y poblaciones. De manera ideal, el uso de replicaciones múltiples significa la realización de uno o más estudios de seguimiento con los mismos objetivos y el mismo diseño de investigación, pero implantados en diferentes áreas. En la práctica, esto es difícil de lograr debido a las limitaciones de recursos y de tiempo. Por lo tanto, una alternativa consiste en introducir la intervención en varios tipos de entornos de campo al mismo tiempo. Este procedimiento ofrece no sólo un indicador en lo que se refiere a la confianza con la cual, y la medida en la que, el impacto de la intervención puede ser generalizado, sino que brinda también cierta garantía en el sentido de que si un área experimental se ve afectada por inundaciones, revueltas, retrasos administrativos, huelgas, migraciones o algún otro tipo de sucesos, al menos el estudio podrá continuar en las otras áreas.

Obviamente, existen muchas maneras para que las múltiples fuentes de datos se combinen con múltiples mediciones en el tiempo y múltiples replicaciones para construir un diseño de investigación cuasiexperimental. Aunque la combinación particular de observaciones de medición e intervenciones de programa depende en gran medida de los objetivos y los recursos disponibles, nuestra experiencia a lo largo de los últimos tres años con 14 estudios de campo de investigación operativa en planificación familiar en Asia sugiere que un diseño cuasiexperimental “bueno” incluye la mayoría de, si no es que todos, los siguientes procedimientos:

- 1 *Obtener antecedentes a partir de fuentes secundarias.* Como primer paso para el diseño de una intervención de campo de investigación operativa, es necesario obtener datos de investigación anteriores provenientes de estudios nacionales y locales y de estadísticas de servicio actuales y pasadas. Esta información resulta útil para identificar los parámetros de la situación de un problema y para definir las características de una población y un área de estudio. También se puede utilizar para comparar los grupos de control y experimentales en relación con variables clave, o servir como una verificación de la medida en la

- que estos grupos son equivalentes, si se utilizaron procedimientos aleatorios para seleccionarlos.
- 2 *Seleccionar sitios múltiples para la replicación de la intervención en estudio.* En la medida en que lo permitan el tiempo y los recursos, deberá realizarse la intervención en tantos sitios diferentes como sea posible –pequeñas clínicas y grandes hospitales, comunidades agrícolas y comunidades pesqueras de la costa, altiplanicies y bajíos, áreas de clima húmedo y de clima seco, áreas con diferentes religiones y grupos étnicos, y así sucesivamente.
 - 3 *Recolectar datos cualitativos preliminares.* Una vez que se han seleccionado los sitios del estudio, resulta de utilidad recolectar datos cualitativos a través de técnicas tales como reuniones en aldeas, discusiones de grupos focales y reuniones informales con líderes comunitarios y de pueblos, funcionarios gubernamentales y agencias privadas. Este tipo de información es particularmente útil para elaborar cuestionarios y las definiciones operacionales de variables clave del estudio.
 - 4 *Realizar una encuesta de línea base.* En casi todos los estudios de investigación operativa, es esencial obtener mediciones cuantitativas iniciales acerca de las variables dependientes e independientes relacionadas con los objetivos del estudio.
 - 5 *Implantar un sistema para el monitoreo del estudio.* Como resultado de los muchos eventos imprevistos que por lo general se presentan en el transcurso de un estudio de campo, es importante establecer un sistema de monitoreo que, de manera rutinaria, permita recolectar datos tanto cuantitativos como cualitativos, antes, durante la intervención en estudio y mucho tiempo después. Las fuentes para este tipo de datos incluyen las estadísticas de servicios de agencias gubernamentales y privadas, los diarios que elaboran los trabajadores de campo, las visitas de observación, las reuniones de grupo, los informantes clave, los formatos de registro mensual sencillos, los registros financieros y las opiniones de los gerentes. Es útil monitorear los datos para comprender cómo y por qué una intervención fue exitosa o no. Además del monitoreo continuo, a menudo resulta útil realizar actividades de investigación en pequeña escala durante el período del estudio, con el fin de determinar si la intervención está siendo ejecutada en la forma planeada. Los métodos de investigación diseñados para proporcionar datos cualitativos, como sería el caso de encuestas en profundidad aplicadas a personal de campo, discusiones con clientes a través de grupos focales, o la observación sistemática de las operaciones de campo, tienen una probabilidad particularmente alta de resultar útiles. Los gerentes de proyecto pueden

utilizar la retroalimentación de esa investigación para identificar y responder a problemas de ejecución mientras el estudio se encuentra todavía en marcha.

- 6 *Realización de una encuesta de seguimiento.* Deberá llevarse a cabo una encuesta de seguimiento post-intervención inmediata, en los términos de la encuesta de línea base.
- 7 *Recolección de datos cualitativos post-intervención.* Con el fin de obtener una comprensión más profunda de los procesos del estudio y de las reacciones de los clientes a la intervención, deberá realizarse una segunda ronda de reuniones en pueblos, discusiones con grupos focales y entrevistas informales con informantes clave.
- 8 *Recolección de datos de seguimiento a largo plazo.* En ocasiones existe una reacción retardada a una intervención de campo, o bien una disminución en la reacción inicial. Para poder determinar si existe alguna de estas situaciones posibles, conviene recolectar datos de seguimiento de largo plazo. Si los recursos del estudio lo permiten, ello puede realizarse a través de una encuesta de seguimiento cuantitativa aplicada seis meses o un año después de la primera. De manera alternativa, puede mantenerse todo o parte del sistema de monitoreo del estudio, de modo que se continúen llevando formas de registro mensuales y recolectando datos una vez que la intervención concluya.

Algunos de estos procedimientos podrían resultar poco adecuados para un esfuerzo de investigación en particular. Otros podrían ser imposibles de ejecutar por el hecho de que los recursos financieros no fueran apropiados, porque los miembros del personal de investigación capacitado fueran pocos, porque no existiera asistencia técnica disponible, porque se careciera de equipo para el procesamiento de datos, o porque existieran otros factores limitantes. No obstante, y como mínimo, usualmente es posible incluir en el diseño de un estudio de intervención de campo: (1) un grupo de comparación/control, (2) mediciones pre- y post-intervención, y (3) un sistema para el monitoreo permanente del estudio. Sin duda, en ausencia de estas tres características de diseño es poco probable que se pueda determinar, con cualquier grado de precisión, el impacto de una intervención en estudio.

Ejemplo de caso de un estudio de investigación operativa

Un estudio de campo de investigación operativa que se está llevando a cabo en Sri Lanka ejemplifica muchos de los puntos comentados anteriormente. Iniciado en 1982, el estudio de Sri Lanka lo llevan a cabo la Dirección de Salud para la Familia del Gobierno y la Asociación para la Planificación Familiar de Sri Lanka. Su objetivo principal es aumentar el número de nuevas aceptantes del DIU en el

país. Las intervenciones del estudio consisten en ofrecer una capacitación inicial a enfermeras de salud pública y volver a capacitar a oficiales médicos en técnicas de inserción del DIU; identificar a usuarias del DIU satisfechas y luego capacitarlas para trabajar tiempo parcial con parteras gubernamentales a nivel de campo; y, finalmente, mejorar las clínicas rurales proporcionándoles esterilizadores de equipo, divisiones para áreas de atención, camillas, sillas y otros insumos básicos requeridos para las inserciones. La capacitación del personal y el mejoramiento de las clínicas rurales son actividades preliminares. El interés central del estudio es una prueba experimental acerca de la medida en la que las usuarias del DIU satisfechas pueden ser identificadas, capacitadas y alentadas para trabajar tiempo parcial con parteras gubernamentales haciendo visitas domiciliarias para reclutar a nuevas aceptantes del DIU.

Cuando el estudio se planeó, existían 102 divisiones administrativas de salud en Sri Lanka. Veinte de estas divisiones se seleccionaron deliberadamente para el estudio de investigación operativa: incluían diez experimentales y diez de control. La selección se hizo con miras a cubrir regiones geográficas importantes de la isla —el norte y el sur, el este y el oeste, las altiplanicies y los bajíos, las áreas de clima húmedo y las de clima seco. Las divisiones de control y las experimentales se asignaron con base en su similitud en términos de topografía, composición étnica y religiosa, número de personal para la prestación de servicios e instalaciones para la inserción del DIU.

Al interior de cada división experimental se seleccionó de manera aleatoria a la mitad de las parteras, a quienes se les pidió que en sus áreas de trabajo encontraran a cuatro usuarias del DIU que estuvieran satisfechas y dispuestas a ayudar en tareas de motivación, reclutamiento y seguimiento relacionadas con el dispositivo. En cada división experimental se celebró un taller de dos días de duración al que asistieron todas las usuarias del DIU satisfechas y todas las parteras de la división. Posteriormente, cada seis u ocho semanas, cada división experimental ha realizado reuniones de revisión de un día de duración. A estas reuniones asisten los funcionarios médicos, las enfermeras de salud pública, las parteras y las usuarias del DIU satisfechas.

El estudio se planeó para un período de 18 meses, de los cuales los tres primeros se dedicaron a la recolección de datos y a la capacitación, los 12 meses siguientes fueron para la intervención, y los tres finales para el análisis y la recolección de datos de seguimiento. Originalmente, de las diez divisiones experimentales se esperaba capacitar a 196 parteras, 98 de las cuales trabajarían solas, mientras las otras 98 trabajarían con 392 usuarias del DIU satisfechas.

El estudio del DIU de Sri Lanka se caracteriza por incluir múltiples replicaciones de la intervención en diez divisiones geográficamente separadas, por utilizar múltiples fuentes de datos y por múltiples mediciones a lo largo del tiempo. El diseño básico incluye las siguientes características:

- 1 *Antecedentes.* Se realizó una revisión inicial de las estadísticas de servicios gubernamentales y de los hallazgos de las Encuestas de Prevalencia Anticonceptiva y Fecundidad de Sri Lanka para determinar los cambios en la combinación de métodos anticonceptivos a lo largo de la última década (1972–1982), particularmente la disminución en el número de nuevas aceptantes del DIU.
- 2 *Sitios de replicación múltiples.* Veinte de las 102 divisiones administrativas de salud se seleccionaron como sitios del estudio. Las diez divisiones experimentales cubren todas las áreas geográficas, étnicas y religiosas más importantes del país.
- 3 *Datos cualitativos preliminares.* Se elaboró un perfil de cada una de las divisiones del estudio con información acerca de las instalaciones clínicas y del personal, mediante reuniones de grupo con funcionarios médicos y entrevistas informales con funcionarios clave. Además, el personal de investigación visitó todas las divisiones para recolectar estadísticas de servicios básicas.
- 4 *Encuesta de línea base.* Las parteras realizaron una encuesta de línea base en sus áreas para determinar la prevalencia anticonceptiva.
- 5 *Sistema de monitoreo.* Para monitorear el estudio se utilizaron diversos procedimientos. Las usuarias del DIU satisfechas, las parteras, las enfermeras, los médicos y los centros de inserción del DIU mantienen formas sencillas de registros que suministran información acerca de las visitas domiciliarias, los nuevos casos del DIU, los retiros, los motivos de esos retiros y los problemas que se encontraron. El personal de investigación efectúa visitas regulares a todas las divisiones experimentales. Cada seis–ocho semanas, cada división experimental celebra una reunión de revisión, que dura un día, a la que asisten médicos, enfermeras, parteras y aceptantes del DIU satisfechas. Cada mes se recolectan también de manera rutinaria estadísticas de servicios de agencias privadas y gubernamentales.
- 6 *Encuestas de seguimiento.* En cada división se realizará una encuesta de seguimiento de prevalencia anticonceptiva al momento de concluir el estudio. Adicionalmente, se llevará a cabo una encuesta más detallada de un número de nuevos casos del DIU seleccionados aleatoriamente en las divisiones tanto de control como experimentales.
- 7 *Datos cualitativos postintervención.* En áreas seleccionadas, se llevarán a cabo discusiones de grupos focales con el personal clínico y de campo y con las mujeres en edad reproductiva de los pueblos.
- 8 *Seguimiento a largo plazo.* Durante un período aproximado de un año después de que concluya la intervención, se recolectarán estadísticas de servicios de cada una de las divisiones del estudio.

En conjunto, las múltiples fuentes de datos, las mediciones múltiples y las replicaciones múltiples de la intervención han permitido que el estudio tome en cuenta, y realice ajustes para hacerle frente a, varios eventos inesperados. Si el estudio sólo se hubiera basado en mediciones cuantitativas convencionales pre- y post-intervención, es poco probable que se hubieran detectado todos estos eventos. E incluso en el caso de que se les hubiera detectado, no se habría contado con la información adicional requerida para realizar los ajustes. Por ejemplo, de las 20 divisiones originales del estudio, cuatro se han abandonado en su totalidad (dos experimentales y dos de control) como resultado de conflictos civiles que impidieron la prestación de los servicios. Las replicaciones múltiples de la intervención han permitido que el estudio continúe en las ocho divisiones experimentales restantes. En algunas de estas ocho divisiones, la capacitación inicial y la posterior prestación de servicios se retrasó por espacio de casi tres meses porque el personal no podía acudir a las oficinas y las clínicas, de nuevo debido a los conflictos civiles. En una división, graves inundaciones evitaron la distribución de suministros y la recolección de datos. Esos retrasos se detectaron primero a través de las formas de registros mensuales y posteriormente se verificaron mediante visitas al lugar realizadas por el personal de investigación. Ahora se han hecho planes para extender el período de intervención del estudio y cubrir los retrasos inesperados que han ocurrido.

En una de las divisiones, otra agencia de prestación de servicios se encuentra sometiendo a prueba la posibilidad de utilizar agentes locales para vender de puerta en puerta ciclos de píldoras. Estos agentes, que reciben una pequeña utilidad por cada ciclo vendido, han percibido el estudio del DIU como un rival y una intrusión no bienvenida que está reduciendo el grupo potencial de nuevas aceptantes de píldoras. En algunos casos, les han dicho a las mujeres que el DIU se asocia con efectos colaterales graves e inaceptables. La información acerca de las actividades de los agentes se obtuvo inicialmente en una reunión mensual con las enfermeras, médicos, parteras y aceptantes satisfechas del DIU que tomaron parte en el estudio. Las tendencias en lo que se refiere a nuevas aceptantes del DIU en esta división (al igual que en lo que respecta a las aceptantes de la píldora) pueden ahora analizarse de una forma más significativa que la que habría sido posible hacer si únicamente se hubieran tomado mediciones pre- y post-intervención y no se hubieran detectado las actividades de los agentes.

Por último, en algunos de los centros de inserción del DIU las enfermeras y los médicos capacitados a través del estudio de investigación operativa han sido transferidos y sustituidos por personal no capacitado. Además de la falta de capacitación, el nuevo personal no está familiarizado con los objetivos y procedimientos del estudio de investigación operativa. Por lo tanto, es altamente

probable que en las divisiones donde han habido transferencias de personal las tendencias en el caso de las nuevas aceptantes del DIU se verán afectadas. Sin embargo, como se conocen las fechas de las transferencias de personal a partir de los registros clínicos mensuales, es posible analizar los cambios de las tendencias teniendo presente esta información.

Resumen y conclusiones

En este documento se han revisado las dificultades implícitas en el uso de diseños “experimentales verdaderos” para estudios de campo de investigación operativa. Con frecuencia, el requisito de proceder aleatoriamente en estos diseños no puede ser satisfecho, e incluso si lo es, resulta casi imposible mantener un control total sobre la intervención en estudio. Los trabajadores de campo y los investigadores no pueden evitar la intrusión de eventos inesperados. Lo más que pueden esperar es percatarse a tiempo de estos eventos y tomar en cuenta sus posibles efectos utilizando múltiples fuentes de datos, múltiples mediciones a lo largo del tiempo y múltiples replicaciones de la intervención en estudio. Estos procedimientos se están utilizando en el estudio de investigación operativa de Sri Lanka, el cual ha experimentado numerosos problemas; pero el diseño de investigación por lo menos permitirá a los investigadores aislar estadísticamente los datos de áreas que se sabe que han sido afectadas por variables de intervención ajenas al estudio.

Referencias y notas

El programa de investigación operativa en planificación familiar en Asia al que se refiere este informe está financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos, USAID.

1. Donald T. Campbell y Julian C. Stanley, “Experimental and quasi-experimental designs for research on teaching”, en N. L. Gage (ed.), *Handbook of Research on Teaching* (Chicago: The American Educational Research Association. Rand McNally & Co, 1963), pp. 171–246.
2. Para una discusión acerca de las dificultades que a menudo se encuentran al mantener un control sobre una intervención experimental, ver Andrew A. Fisher y Raymond Carlaw, “Family planning field research projects. Balancing internal against external validity”, *Studies in Family Planning* 14, No. 1 (enero de 1983): 3–8.
3. Campbell y Stanley, citados en la nota 1.
4. Debemos hacer notar, desde luego, que estos tres múltiples pueden llevar a un cuarto no previsto, a saber, múltiples fuentes de error. Esto, sin embargo, puede contrarrestarse a través de una mayor habilidad para detectar errores.

Pequeños incentivos monetarios iniciales para estimular el espaciamiento de los nacimientos en India

Janice R. Stevens y Carl M. Stevens

El Gobierno de India planea reducir la tasa bruta de natalidad de su nivel actual —cerca de 33 nacimientos por cada 1.000 habitantes— a un poco más de 20 para el año 2000. En India, más de 80 por ciento de las usuarias de métodos anticonceptivos ha recurrido a la esterilización; en el Distrito de Thanjavur, Tamil Nadu, el lugar original del programa que se reporta en este artículo, las usuarias que han recurrido a este método representan 88 por ciento. Hoy en día, de acuerdo con los reportes existentes, la esterilización (de la cual más de 90 por ciento es femenina), cubre entre 30 y 45 por ciento de las mujeres que residen en las áreas rurales de este distrito, y se incrementa a más de 50 por ciento de las mujeres de algunas secciones de la ciudad de Madras. Al parecer, los índices de esterilización están alcanzando los límites más altos posibles entre las parejas cuya edad y paridad pueden considerarse como el mercado natural. De este modo, se reconoce que si se desea alcanzar la meta de reducción de la fecundidad en las áreas rurales tendrá que darse un incremento de gran escala en el uso de métodos anticonceptivos temporales, del nivel actual de 3–5 por ciento, a aproximadamente 30 por ciento de las parejas elegibles. El gobierno de la India, que durante muchos años ha ofrecido importantes incentivos monetarios tanto a las aceptantes como a los proveedores de esterilización femenina y masculina, ha aumentado su promoción de la píldora, el condón y el dispositivo intrauterino (DIU) durante los últimos años. Estos suministros se ofrecen sin costo alguno y, de la misma manera como sucede con el programa de esterilización, se han establecido metas para distribuirlos. También se ofrece un pequeño incentivo monetario para las mujeres que aceptan el DIU de T de cobre. A pesar de estas medidas y de la difundida promoción de la norma de la familia pequeña en radio, televisión y en anuncios espectaculares, el conocimiento realista acerca de los métodos anticonceptivos temporales modernos y su uso real siguen siendo muy limitados; cuando el programa se implantó, los índices de uso regular eran de menos de 5 por ciento de las parejas elegibles en las áreas

rurales de Tamil Nadu y Bihar. El Programa de Bienestar Familiar de Ammanpettai, que comenzó en 1985, pretende encarar este crítico problema otorgando incentivos para anunciar y promover el conocimiento y el uso de los métodos temporales.

En una importante cantidad de bibliografía se comentan los pros y los contras de los incentivos y se abordan las ventajas y las desventajas de los incentivos inmediatos *vs.* los incentivos postergados; de los incentivos individuales *vs.* los grupales; de los incentivos comunitarios *vs.* los incentivos a proveedores; y de los incentivos en dinero *vs.* los alimentarios para promover la planificación familiar (Repetto, 1968; Rogers, 1971; Perkin, 1971; Enke y Hickman, 1976; Cuca y Pierce, 1977; Veatch, 1977; David, 1982; Chomitz y Birdsall, 1990). En general, se acepta la eficacia de los incentivos para promover la esterilización, aunque es motivo de inquietud la ética de ofrecer pagos monetarios relativamente cuantiosos a la gente muy pobre por aceptar un método permanente (Cleland y Mauldin, 1991). En 1971, los dueños de tres grandes plantaciones de té en Tamil Nadu comenzaron a ofrecer pequeñas bonificaciones mensuales a aquéllas de sus empleadas que no se embarazaran. Estos pagos se depositaban en una cuenta especial a la que las mujeres tenían acceso hasta después de que había finalizado la etapa reproductiva de cada una. De acuerdo con diversos informes, durante el período inicial de operación este programa estuvo vinculado con una clara disminución en las tasas de fecundidad, aunque casi todo el impacto se debió a las esterilizaciones, dado que no se suministraban anticonceptivos de manera regular. Como era el dueño de la plantación el que llevaba los registros contables, eran pocas las mujeres que sabían cuánto dinero habían acumulado, o que estaban conscientes de la relación entre los no embarazos y la eventual expectativa de una recompensa en efectivo (Ridker, 1980).

Las características distintivas del programa de Ammanpettai son: que ofrece pequeñas bonificaciones introductorias, inmediatas, en efectivo, en el lugar y durante un tiempo limitado a mujeres elegibles que deciden emplear un método anticonceptivo temporal moderno que ellas mismas eligen (la píldora, el condón y el DIU son los únicos métodos distribuidos por el gobierno de la India) y que posteriormente distribuye anticonceptivos gratuitamente a través de mujeres que son su contacto en los pueblos.

El diseño del programa de Ammanpettai se basa en tres hipótesis: (1) que un número significativo de mujeres que quieren evitar un embarazo (pero que rechazan la esterilización) no prueban los métodos temporales modernos por inercia, pasividad, temor a efectos perjudiciales, restricciones socioculturales, falta de información acerca de esos métodos o falta de acceso a ellos; (2) que los pequeños incentivos que se pagan en efectivo, al eliminar esa inercia o

renuencia, atraerían a un gran número de mujeres a un centro en el que podrían enterarse acerca de, y hacer la prueba con, un método reversible de su elección; y (3) que la participación en este programa, combinada con un fácil acceso posterior a los anticonceptivos, sería una forma costo-efectiva de incrementar el uso regular de los anticonceptivos.

Para someter a prueba estas hipótesis, se hizo publicidad al programa y se le implantó en diversos pueblos seleccionados. Para darle seguimiento al período de incentivos introductorios, el programa desarrolló un sistema de distribución de condones y píldoras, con base en los pueblos, a través de mujeres que fungían como contactos y residían en esos mismos pueblos.

El programa podría compararse con otras estrategias de mercadotecnia que ofrecen pequeños regalos al abrir cuentas bancarias, adquirir productos y demás. Sin embargo, el programa de Ammanpettai es aún menos coercitivo, dado que no es necesario comprar nada; lo único que se requiere es que las beneficiarias acudan al centro, que escuchen la información acerca de los métodos y las razones para emplearlos, y que entiendan las ventajas y las desventajas de cada método disponible. Las beneficiarias potenciales son libres de incorporarse o no al programa, según lo consideren conveniente, de escoger el método temporal de su elección en caso de que, en efecto, se incorporen al programa, de usarlo o no usarlo aun después de incorporarse, y de abandonar el programa en cualquier momento. Una vez que se han “graduado” del programa de incentivos introductorios, pueden continuar empleando o no cualquier método. Las mujeres que han participado en el programa saben, a partir de ese momento, que existen métodos anticonceptivos disponibles, cómo son, cómo usarlos, dónde obtenerlos y cuáles son sus posibles beneficios y efectos secundarios. Al mismo tiempo, el personal de base clínica del programa tiene la oportunidad de verificar la salud de las mujeres que acuden a la clínica. A todas las mujeres se les pide ir con su hijo más pequeño, a quien se pesa e inmuniza; además, se presta particular atención al hecho de comentar con las madres los alimentos apropiados para los niños destetados y al ofrecimiento de consejería médica o tratamiento en aquellos casos en los que se requiere.

La primera fase del programa dio inicio en 1985 en la Clínica Stella Maris (CSM), una clínica de beneficencia privada que se encuentra en el poblado rural de Ammanpettai, 10 kilómetros al norte de Thanjavur, en Tamil Nadu. Al principio, 75 por ciento de las mujeres incorporadas al programa manifestó que no deseaba tener más hijos, y más de 80 por ciento tenía un conocimiento previo sólo de la esterilización, además de sus propios métodos tradicionales, como estrategias anticonceptivas. Las mujeres tenían tanto miedo de ser engañadas e inducidas para someterse a la esterilización, que únicamente acudían al centro en grupos y acompañadas por la maestra del jardín de niños de la comunidad,

una mujer a la que conocían y en quien confiaban. A medida que comenzó a divulgarse en otros pueblos la información sobre el programa, los pequeños incentivos monetarios atrajeron a la clínica a un número bastante considerable de mujeres.

Se han probado diferentes formatos para los pagos promocionales, que incluyen variar el número de visitas mensuales pagadas de uno a 18 meses, y modificar los incentivos mensuales de 12 a 30 rupias.¹ Únicamente son elegibles para participar en el programa las mujeres casadas de menos de 35 años que no han sido esterilizadas, a cuyos esposos no se les ha practicado la vasectomía y cuyo hijo más pequeño tiene entre seis meses y cinco años de edad. Después de participar en el componente de pagos introductorios promocionales, las mujeres que han seleccionado la píldora o el condón se asignan a la persona de contacto (PC) de su propio poblado, de quien pueden continuar recibiendo el suministro de métodos anticonceptivos cada mes.

Después de un breve período de capacitación introductorio, las PCs se reúnen cada mes con el personal de la clínica para recibir capacitación adicional en el servicio, para comentar cualquier problema, para que el personal revise sus registros de clientes y para recibir nuevos suministros y su remuneración mensual, que en 1985 era el equivalente a \$7,00 dólares estadounidenses y en 1991 era el equivalente a \$6,85 dólares. Las PCs también promueven el programa y detectan y abastecen a nuevas aceptantes que no se han incorporado al programa de incentivos introductorios.

Encuestas periódicas acerca del nivel de conocimiento y uso de anticonceptivos por parte de las aceptantes, realizadas por un equipo de la Universidad de Gandhigram² no relacionado con la operación del programa, han orientado y determinado su desarrollo. En 1988, el programa se extendió a áreas seleccionadas en la ciudad de Madras cuyo índice de protección de parejas era bajo, al igual que a dos centros gubernamentales de atención primaria a la salud en el Distrito rural de Thanjavur. En 1989 se desarrollaron programas similares en una área semiurbana y en varias áreas rurales de Bihar. En las diversas áreas, más de 6.000 mujeres han participado en este programa.

Fase I: estudio piloto

La Fase I del proyecto dio inicio en febrero de 1985 con la promoción del programa a través de educadoras de jardines de niños en cinco aldeas ubicadas en un radio de ocho kilómetros alrededor de la CSM en Ammanpettai y en una área del poblado de Thanjavur. En un principio se integraron al programa 398 mujeres —el límite superior impuesto por el financiamiento—, la mayoría de las cuales era madre de niños muy pequeños que asistían a los jardines de niño, quienes eran supervisados por maestros de la CSM. A lo largo de un período de

seis, ocho, 12 o 18 meses, este programa les ofrecía 30 rupias mensuales a las participantes que no se embarazaran. Durante los períodos de vigencia de los bonos se realizaban pruebas mensuales de embarazo. Menos de 1 por ciento arrojó resultados positivos en el transcurso total del período. (Es por esta razón que durante la siguiente fase únicamente se realizaron pruebas de embarazo cuando se sospechaba de él; como casi todas las pruebas volvieron a arrojar resultados negativos, al final se eliminaron por completo).

Las educadoras del jardín de niños de cada poblado continúan distribuyendo anticonceptivos mensualmente. Hasta junio de 1991, 284 mujeres reciben píldoras de estas educadoras. De este número, casi la mitad pertenece a las 398 mujeres registradas originalmente; las restantes han acudido a las educadoras desde que se terminaron los incentivos en agosto de 1986. Muchas de las mujeres que han “desertado” han recurrido a la ligadura de trompas o a la inserción del DIU, y otras se han mudado del área.

Los pequeños incentivos monetarios resultaron bastante eficaces para promover la participación en el proyecto. Por otra parte, parece que el período de participación de seis meses resultó tan efectivo como los períodos de pagos mensuales más largos, en términos de índices de continuación post-incentivo. Este hallazgo sugiere que los incentivos representaron una estrategia de “mercadotecnia” más que una estrategia “condicionante”. La primera fase del programa alcanzó tasas de aceptantes de métodos temporales bastante altas en comparación con las tasas alcanzadas en una área de control cercana (Nadakavery), que caracterizaron al programa gubernamental regular de bienestar familiar que está en marcha. Diversas críticas sugirieron que el mejor desempeño de la Fase I del programa podría deberse menos a los incentivos y más al hecho de que las mujeres preferían acudir a una clínica privada de alta calidad en donde fueran tratadas con interés y respeto, en vez de acudir a instalaciones gubernamentales regulares en donde podría haber personal indiferente o coercitivo que representara para ellas un gran problema. En respuesta a estas críticas, la Fase II se diseñó como un estudio controlado para someter a prueba específicamente el potencial de los pequeños incentivos monetarios para atraer a mujeres elegibles a la misma clínica con el fin de recibir servicios de planificación familiar. Para ello, se les ofreció a las mujeres servicios idénticos de SMI y planificación familiar en dos grupos separados de pueblos; únicamente uno de los grupos ofrecía incentivos introductorios.

Fase II: pueblos de control e incentivos

Para esta fase se seleccionaron dos grupos de pueblos con aproximadamente 15.000 habitantes por grupo y poblaciones equiparadas desde el punto de vista socioeconómico; cada grupo se ubicaba a 5 ó 6 kilómetros de la CSM en

Ammanpettai. En abril de 1987, un equipo de investigación del Instituto de Desarrollo Rural de la Universidad de Gandhigram llevó a cabo una encuesta de línea de base en los dos grupos de pueblos para analizar las características demográficas y el conocimiento, prácticas y actitudes en torno a la planificación familiar. De la lista gubernamental de parejas elegibles, se seleccionó aleatoriamente una muestra de cada grupo, integrada por 500 mujeres casadas de entre 18 y 45 años de edad. Tal como se muestra en el cuadro 1, mientras que la

Cuadro 1. Encuesta de línea base entre las mujeres en los pueblos del grupo A (control) y los pueblos del grupo B (incentivos), de acuerdo con características económicas, sociales y demográficas seleccionadas, Tamil Nadu, 1987

Característica	Grupo A (N = 500)		Grupo B (N = 500)	
	Esposa	Esposo	Esposa	Esposo
Religión (%)				
Hindú	80		56*	
Musulmana	14		31*	
Cristiana	6		13	
Grupo de edad (%)				
15-19	3		3	
20-24	14		20	
25-29	28		25	
30-34	24		22	
35-39	21		19	
40-44	9		11	
Edad promedio (en años)	(30,7)		(30,4)	
Tipo de casa (%)				
Chozas ^a	67		66	
<i>Pucca</i> ^a	16		21	
<i>Kutcha</i> ^a	18		13	
Ingreso mensual por familia (rupias)	240		245	
	Grupo A		Grupo B	
	Esposa	Esposo	Esposa	Esposo
Educación (%)				
Sin escolaridad	42	20	35	14
1-3 años	10	5	9	10
4-6 años	26	25	35	33
7-10 años	17	24	17	27
10+ años	5	17	4	17
Ocupación (%)				
Peón agrícola	93	50	91	50
Agricultor	—	17	—	14
Comerciante	—	9	—	13
Otro	—	23	—	23

* Las proporciones de la población son significativamente diferentes en un límite de confianza de 95 por ciento.

^a Una choza es una estructura pequeña, por lo general sin ventanas, hecha de ladrillos de barro, con un techo de paja; una *pucca* es una estructura permanente y bien construida con materiales durables; y una *kutcha* es una estructura intermedia entre estos dos estándares.

educación, el nivel de ingresos y otros factores socioeconómicos eran bastante similares para ambos grupos, el grupo A, comparado con el B, presentaba porcentajes menores de mujeres musulmanas (14 por ciento vs. 31 por ciento) y cristianas (6 por ciento vs. 13 por ciento). El grupo A tenía también tasas más altas de esterilización (35 por ciento vs. 25 por ciento) y de uso de métodos temporales (3.6 por ciento vs. 3.2 por ciento) (no se muestran). La cobertura anticonceptiva total era de 33.1 por ciento en el grupo A, y de 28.3 por ciento en el grupo B. Para no darle a nuestro programa el beneficio de la ventaja inicial del grupo A, en lo que se refiere a cobertura anticonceptiva (y un menor porcentaje de mujeres musulmanas que, por lo general, tienden menos a aceptar la planificación familiar que los miembros de otras religiones), para el estudio de incentivos introductorios se seleccionó a las mujeres que vivían en el grupo B como el grupo experimental, y a las que vivían en el grupo A como el grupo de control.

En mayo de 1987 se hicieron anuncios promocionales y se distribuyeron volantes (escritos en tamil) en los dos grupos de pueblos, invitando a las mujeres elegibles a acudir a la Clínica Stella Maris en días específicos para recibir servicios de SMI, educación anticonceptiva y anticonceptivos gratis. En el caso de los pueblos del grupo B, los anuncios les ofrecían a las mujeres un incentivo de 20 rupias (\$1,25 dólares) por su primera visita, y de 20 rupias mensuales adicionales en los cinco meses siguientes por acudir a la clínica, continuar usando el método anticonceptivo temporal de su elección y no embarazarse (ver la ilustración 1).

En los pueblos del grupo A se distribuyeron anuncios similares, pero no se ofreció ningún incentivo (ver la ilustración 2). Como resultado de restricciones presupuestales, el registro de mujeres en los pueblos del grupo B se limitó a 1.000 mujeres (cantidad que se estima representaba a cerca de las dos terceras partes de las mujeres elegibles). Las aceptantes fueron incorporadas a dos grupos de 500 mujeres cada uno, con un espacio de seis meses entre sí, dada la capacidad de la clínica para atender a las beneficiarias. En el caso del grupo A —los pueblos de control—, no se establecieron límites en cuanto al registro de mujeres.

Durante los primeros días designados para el registro, más de 1.000 mujeres de los pueblos del grupo B acudieron a la clínica colmando su espacio y recursos. Durante los días designados para las mujeres de los pueblos del grupo A, únicamente 14 mujeres acudieron a la clínica en busca de los mismos servicios. De las 1.000 beneficiarias del grupo B, 950 permanecieron con el programa a lo largo del período de incentivos introductorios de cinco meses. Las mujeres que se incorporaron al programa eran más jóvenes, de una paridad menor, de ingresos y casta social más bajos, y tendían más a ser analfabetas que aquéllas de la encuesta de base poblacional realizada entre las mujeres de su área de captación.

Una vez que las aceptantes completaron su visita inicial y sus cinco visitas mensuales subsecuentes para el pago de incentivos, se les canalizaba con las

siete PCs seleccionadas para sus aldeas de entre las participantes del programa, para efectos de recibir suministros futuros. Las PCs eran mujeres alfabetizadas, jóvenes y casadas, y la mayoría había participado en el programa; se habían mostrado interesadas en él, eran personas confiables para otras mujeres en sus pueblos y eran capaces de mantener listas mensuales de las beneficiarias a las que les daban servicio. Todas las PCs asistieron a un curso breve sobre fisiología reproductiva, métodos y prácticas anticonceptivas, indicaciones y contraindicaciones para métodos específicos, y efectos secundarios y cómo llevar registros, que impartió el médico y personal de la clínica. A las PCs se les proporcionaron listas con los nombres de las aceptantes. Las PCs se reportan mensualmente a la clínica, como grupo, con el fin de intercambiar experiencias, recibir educación continua, reabastecerse de anticonceptivos, para que el administrador del programa revise sus listas y para recoger su remuneración mensual.

Desde luego, no hubo “graduadas” del programa de incentivos que sirvieran como clientes para las PCs en los pueblos del grupo A. De ahí que a las PCs asignadas al grupo A se les dieran instrucciones para que hicieran cierto reclutamiento inicial promoviendo la disponibilidad de sus servicios en sus

Ilustración 1. Anuncio distribuido a las mujeres en los pueblos (de incentivos) del grupo B, traducido del tamil

Proyecto de bienestar familiar y control familiar Stella Maris
Ammanpettai

!!!!!!

Un anuncio para mujeres casadas de entre 18 y 35 años de edad

Si pospones el embarazo puedes recibir 20 rupias al mes. Para ser elegible deberás:

1. Estar casada, tener entre 18 y 35 años y no estar embarazada.
2. No ser viuda o divorciada o no vivir con tu esposo.
3. Tú o tu esposo no deben haberse sometido a una operación de tubectomía o vasectomía.
4. Si tienes hijos, el menor deberá ser mayor de seis meses y no mayor de cinco años.
5. Deberás ser residente de los pueblos de Melathiruppanthuruthi o Kandiyur o Kellathiruppanthuruthi.

Si cumples con los requisitos antes mencionados, te invitamos a acudir cada mes al Hospital Stella Maris cualquier día de la semana, excepto domingos, entre 10 a.m. y 5 p.m.

Si tu hijo más pequeño tiene menos de tres años, por favor tráelo contigo.

Este **no** es un proyecto para la prevención permanente del embarazo. Aquí no se realizan operaciones de Bienestar Familiar.

Solamente las primeras 500 mujeres seleccionadas se incluirán en este proyecto

aldeas. En ninguno de los dos grupos se establecieron metas para las PCs. La intención era someter a prueba las tasas genuinas de continuación para las beneficiarias del programa de incentivos, determinando en qué medida acudirían por iniciativa propia a las PCs para continuar recibiendo anticonceptivos, en vez de que las PCs tuvieran que buscarlas activamente y llevarles los anticonceptivos a sus casas o a algún otro sitio. (Sin embargo, encuestas posteriores mostraron que las PCs eran mucho más activas de lo que se había proyectado llevando los anticonceptivos a las beneficiarias). Llegado el momento en que un equipo del Instituto Rural de Gandhigram realizó la encuesta de seguimiento, entre julio y agosto de 1989, a más de un año de haberse terminado los pagos de la Fase II, las PCs tanto del grupo A como del grupo B reportaron un número aproximadamente similar de clientes que obtenían de ellas los anticonceptivos —un poco más de 450 clientes en cada grupo.

Este resultado fue sorprendente. La gran diferencia numérica respecto de la respuesta inicial al programa entre las mujeres del grupo B y las del grupo A (1.000 vs. 14, respectivamente) no nos condujo a esperar que en estos grupos las PCs desarrollarían la misma carga aparente de clientes aceptantes. La supervisión posterior por parte de monitores de campo que visitan a una muestra de beneficiarias, seleccionadas al azar de las listas de las PCs, ha mostrado que dos PCs en los pueblos del grupo A mantenían largas listas de aceptantes, pero que muchos de los nombres no eran válidos. La revisión permanente de muestras aleatorias de aceptantes ha dado como resultado la

Ilustración 2. Anuncio distribuido a las mujeres de los pueblos del grupo A (de control), traducido del tamil

Proyecto de bienestar familiar y control familiar Stella Maris
Ammanpettai
!!!!!!

Un anuncio para mujeres casadas de entre 18 y 35 años de edad

Suministro gratis de píldoras y nirodhs para evitar el embarazo.

Consultas y exámenes gratuitos realizados por médicos calificados.

Para ser elegible, deberás:

Estar casada, tener entre 18 y 35 años de edad y no estar embarazada.

Tú o tu esposo no deben haberse sometido a una operación de tubectomía o vasectomía.

Si cumples con los requisitos anteriores, te invitamos a acudir al Hospital Stella Maris cualquier día, excepto el domingo, entre 10 a.m. y 5 p.m.

Este **no** es un proyecto para la prevención permanente de embarazo. Aquí no se realizan operaciones de Bienestar Familiar.

Nota: Nirodh es el término común para el condón.

eliminación de aquellos nombres sobre los que se tenían dudas en las listas de las PCs de todos los pueblos que cubre este proyecto. Para efectos de este reporte, se define a las “aceptantes continuas” como aquellas beneficiarias que, de acuerdo con los reportes de sus PCs, reciben suministros de ellas. El término “usuarias” se aplica a mujeres que aceptan la píldora y que pueden mostrarles a los monitores de campo un paquete de píldoras parcialmente utilizado (y excluye a aquéllas que dicen estar tomando píldoras pero que presentan un paquete lleno o vacío, o que no enseñan paquete alguno). De acuerdo con esta definición, las usuarias representan aproximadamente 60 por ciento de las aceptantes continuas.

Evaluación del programa de la Fase II: la encuesta de seguimiento

En 1989, la Universidad de Gandhigram llevó a cabo una encuesta de seguimiento de base poblacional. Tal como se muestra en el cuadro 2, en comparación con las mujeres de los pueblos del grupo A, la muestra aleatoria de mujeres de los pueblos del grupo B mostró un mayor conocimiento de los tres métodos temporales disponibles y experimentó un incremento mayor, en lo que a conocimiento se refiere, en el transcurso de los dos años entre la encuesta de línea base y la de seguimiento. En el cuadro 3 se muestra que el porcentaje de encuestadas no esterilizadas que se encontraban utilizando un método temporal moderno aumentó en el grupo A de 3,6 por ciento a 13,0 por ciento. En el transcurso del mismo período de dos años, las encuestadas del grupo B mostraron un incremento en el uso de métodos anticonceptivos, de 3,2 por ciento en la encuesta de línea base, a 24,6 por ciento al momento de la realización de la encuesta de seguimiento. Dos pueblos de control, que no fueron cubiertos por ninguno de los dos programas, mostraron un índice de utilización de 5 y 6 por ciento, respectivamente, al momento de llevarse a cabo la encuesta de seguimiento. De esta forma, mientras que las mujeres de los pueblos del grupo A mostraron un mejor conocimiento y mayores tasas de uso de anticonceptivos temporales, en comparación con las mujeres de las áreas de control del programa gubernamental únicamente, en ningún grupo se obtuvieron resultados tan buenos como los de las mujeres de los pueblos del grupo B.

Para fines comparativos y para verificar la validez de las listas de las PCs, el equipo de Gandhigram realizó al mismo tiempo una encuesta por separado con dos muestras de 150 encuestadas, seleccionadas aleatoriamente de las listas de las PCs, en los pueblos de los grupos A y B. Esta encuesta mostró que únicamente 4 por ciento de las mujeres del grupo A, y 6 por ciento de las del grupo B, habían utilizado en alguna ocasión algún método de planificación familiar moderno antes de participar en el programa; 89 por ciento de las aceptantes del grupo A y 85 por ciento de las aceptantes del grupo B se encontraban todavía recibiendo anticonceptivos de su PC, y 4 por ciento de las aceptantes del grupo

A y 57 por ciento de las aceptantes del grupo B habían participado en el programa de incentivos (lo cual indica que 43 por ciento de las aceptantes en las listas de las PCs para el grupo B se incorporó al programa después de que el reparto de incentivos ya había terminado). De esta forma, el índice de continuación real de las participantes en el programa de incentivos es de tan sólo 25 por ciento aproximadamente entre 15 y 22 meses después del último pago de incentivos.

En respuesta a la pregunta “Explique exactamente cómo es que obtiene u obtuvo sus anticonceptivos de la PC”, 136 aceptantes del grupo A (91 por ciento) y 135 aceptantes del grupo B (90 por ciento) reportaron que las PCs les llevaban los anticonceptivos; únicamente entre 10 y 11 por ciento de las aceptantes acudía a la casa de las PCs para recibir sus suministros. Además, no hubo diferencias en cuanto al número de mujeres en ambos grupos que pudieron mostrar un paquete de píldoras parcialmente utilizado (50 y 46 por ciento, respectivamente) o un paquete completo (8 por ciento de las mujeres en cada grupo).

En junio de 1991, tres años y medio después del último pago de incentivos, las PCs del área de incentivos (grupo B) informaron que estaban ofreciendo métodos temporales a 324 mujeres, mientras las PCs del grupo A reportaron a

Cuadro 2. Porcentaje de mujeres que saben acerca de métodos anticonceptivos específicos y aumento porcentual en conocimiento de métodos temporales entre encuestas (1987 y 1989), de acuerdo con el tipo de aldea^a

Tipo de aldea	Esterilización femenina	Esterilización masculina	Píldora	Condón	DIU
Programa Ammanpettai					
Grupo A					
Línea base	87	54	34	20	28
Seguimiento	98	67	39	39	34
% aumento	13	24	15	95	21
Grupo B					
Línea base	75	51	32	31	26
Seguimiento	92	65	43	58	46
% aumento	23	27	34	87	77
Programa gubernamental únicamente^b					
Varagoor					
Línea base	87	59	22	26	27
Vadukagudi					
Línea base	94	64	32	33	32

^a En el programa de Ammanpettai, a las mujeres de los pueblos del grupo A no se les ofrecieron incentivos monetarios por utilizar métodos temporales, pero a las de los pueblos del grupo B sí se les ofrecieron tales incentivos. ^b Las mujeres en Varagoor y Vadukagudi recibieron los servicios de planificación familiar regulares del gobierno; por este motivo, estos dos pueblos sirvieron como controles. La encuesta de línea base realizada en estos pueblos se realizó en 1989, al mismo tiempo que la encuesta de seguimiento entre las participantes de los grupos A y B.

447 mujeres en sus listas de aceptantes. Tal y como se señaló anteriormente, el monitoreo de campo actual por parte del personal del programa de Ammanpettai indica que esta última cifra está exagerada.

En un intento adicional por evaluar el desempeño del programa, un grupo de trabajadores sociales no asociados con la operación del programa ha realizado varios grupos focales con graduadas del programa. En uno de esos grupos, un comentario por demás conmovedor fue el de una joven madre que reportó que el uso de la píldora había traído una “gran armonía” a su hogar. “Ya no tengo que rechazar a mi marido. Ya no va con prostitutas; y con eso nos ahorramos cinco rupias y nuestro hogar es más pacífico”.

Aun cuando a las mujeres musulmanas era atribuible 31 por ciento de la población de la encuesta de línea base en los pueblos del grupo B, únicamente 4,9 por ciento de las aceptantes era musulmana. Al preguntárseles si el uso de anticonceptivos representaba un conflicto con sus creencias religiosas, una aceptante musulmana respondió: “¿La religión va a alimentar a mis hijos?”

Fase III: pruebas con menores incentivos, menos visitas y PCs únicamente

La Fase III del programa abordó dos preguntas: (1) ¿Podrían los pagos de incentivos introductorios más reducidos y un menor número de visitas atraer y mantener a tantas mujeres como lo hizo la oferta original? (2) ¿La estrategia de designar únicamente a mujeres de contacto en un grupo de pueblos resultaría tan eficaz como el uso de incentivos?

En julio de 1988, a través de los líderes de los pueblos y de folletos que se distribuyeron en los pueblos, se anunció que a las primeras 250 mujeres de la aldea de Mathur que se registraran en el programa en Ammanpettai se les haría un pago de 12 rupias por una sola visita inicial a la clínica. Mathur tiene una población de 4.500 habitantes y se encuentra a 10 kilómetros de la CSM. A

Cuadro 3. Porcentaje de encuestadas no esterilizadas que en la actualidad están utilizando métodos anticonceptivos temporales, y aumento porcentual en el uso de esos métodos entre encuestas (1987 y 1989), según tipo de poblado

Tipo de aldea	Encuesta de línea base	Encuesta de seguimiento	Aumento en puntos porcentuales
Programa Ammanpettai			
Grupo A	3,6	13,0	9,3
Grupo B	3,2	24,6	21,4
Programa gubernamental únicamente			
Varagoor	n.d.	6,0	n.d.
Vadukagudi	n.d.	5,0	n.d.

Nota: Ver notas al cuadro 2.
n.d. = no disponible.

diferencia de la respuesta en la Fase II, se requirieron alrededor de tres semanas y una promoción considerable por parte del personal para registrar a 250 mujeres. Un año más tarde, llegado el momento en que el equipo de Gandhigram realizó la encuesta, las dos PC asignadas al área reportaron que estaban dando servicio a 242 aceptantes continuas. En junio de 1991, tres años después de finalizado el programa de incentivos, las PCs reportaron que en sus listas existían 113 mujeres. No todas las aceptantes actuales son “sobrantes” de las 250 originales, ya que existe un proceso continuo de deserción y sustitución por parte de nuevas aceptantes una vez que el programa de seguimiento se inicia en la comunidad. En este caso, los incentivos sirvieron para la publicidad inicial y tal vez crearon una actitud positiva hacia el programa.

La Fase III también sometió a prueba el impacto que tendría sobre el reclutamiento de aceptantes y las tasas de continuación asignar a las PCs únicamente, sin un programa de incentivos previo. Para evitar la divulgación del concepto de incentivos fuera del área de Ammanpettai, se seleccionó para este estudio al Distrito de Vallum, que se encuentra a unos 25 kilómetros de la CSM. Para cubrir a una población de 6.000 habitantes distribuidos en seis aldeas, de entre las mujeres elegibles se designó y capacitó a seis PCs para suministrar píldoras y condones, supervisadas por los dos trabajadores de salud multiservicios del gobierno (TSMS) asignados a esta área. En un período de seis meses, estas PCs reportaron la existencia de 252 aceptantes en sus listas. A junio de 1991, de acuerdo con los reportes disponibles, 85 por ciento de las 245 aceptantes se encontraba usando la píldora, y 15 por ciento estaba utilizando condones.

Evaluación del desempeño del programa

Fase II y Fase III: encuesta de seguimiento de graduadas del programa y otras usuarias

Dos años después del último pago de incentivos en el grupo B y del pago único en Mathur, se obtuvieron muestras aleatorias a partir de las listas de las PCs —150 para cada grupo, A y B de la Fase II, y 100 para cada programa, de Mathur y Vallum, de la Fase III.

Estas encuestas mostraron que las relaciones con las clientes, representadas por las listas de las PCs, eran auténticas, ya que los trabajadores de campo de la encuesta pudieron encontrar a casi todas las personas incluidas en las muestras aleatorias obtenidas a partir de las listas, y prácticamente todas esas encuestadas confirmaron que habían recibido anticonceptivos de las PCs. Este hallazgo fue importante, ya que prácticamente todas las encuestadas informaron que jamás habían utilizado métodos temporales en el pasado.

Casi todas las encuestadas reportaron que, de hecho, estaban utilizando métodos anticonceptivos temporales. Sin embargo, uno no puede considerar ese

testimonio como válido por sí solo; de ahí que a las encuestadas se les haya preguntado: “¿cómo es (el método que se encuentra usted utilizando actualmente)?, ¿cómo lo usa?” Los porcentajes de las encuestadas que poseían un conocimiento razonable —o mejor— acerca de su método fueron: 87 por ciento de las encuestadas en la Fase II, en el grupo B (programa de incentivos con cinco visitas); 75 por ciento de las encuestadas en la Fase II en el grupo A (PCs únicamente); 44 por ciento de las encuestadas en la Fase III, en Vallum (PCs únicamente); y 57 por ciento de las encuestadas en la Fase III, en Mathur (programa de incentivos con una sola visita). A manera de verificación adicional de su práctica anticonceptiva, a las encuestadas que afirmaron que se encontraban utilizando píldoras anticonceptivas se les preguntó: “¿puede enseñarnos el paquete que está utilizando ahora?” A excepción de las encuestadas de Mathur (28 por ciento), alrededor de 50 por ciento de las encuestadas en todos los demás programas pudo mostrar un paquete utilizado parcialmente.

La evidencia aquí reunida acerca de la práctica anticonceptiva deja mucho que desear. Uno de los grandes problemas que surgen durante la evaluación del desempeño de los programas de planificación familiar es encontrar formas factibles para medir la tasa y la calidad verdaderas de la práctica anticonceptiva —un problema para el cual, hasta donde nosotros sabemos, no existe una respuesta totalmente satisfactoria (Potter y cols., 1991). En la actualidad se realizan encuestas sobre la fecundidad, medida por el número de embarazos y por la duración del intervalo abierto de nacimientos.

Fase IV: la implementación del programa de Ammanpettai a través de instalaciones gubernamentales

Al parecer, el programa funcionó bien en el entorno de la clínica privada que suministró la Clínica Stella Maris. Sin embargo, para que resulte significativo en lo que se refiere a encarar la necesidad que tiene la India de incrementar rápidamente el número de aceptantes de anticonceptivos, un programa de este tipo debe ser capaz de operar con números de aceptantes muy elevados a lo largo y ancho del país. Para lograrlo, se requiere de una infraestructura (instalaciones/personal) mucho mayor que la que las clínicas privadas pueden ofrecer. Las instalaciones de salud del gobierno constituyen el sistema único, más grande y con mejor distribución geográfica para poner en práctica un programa de ese tipo. En consecuencia, en 1988 se implantó el programa de incentivos en diversos puestos de salud del gobierno en la ciudad de Madras. Al mismo tiempo, se pusieron en práctica programas de incentivos-PCs y de PCs únicamente en los centros de atención primaria a la salud de dos áreas rurales del Distrito de Thanjavur (Kabisthalam y Mellatur).

El programa de Madras ha sido operado en su totalidad por personal de bienestar familiar del gobierno, con el apoyo del programa de Ammanpettai, que

se limita a consultas, el financiamiento de los incentivos y parte del transporte y de la recolección de datos. Las pruebas realizadas en los centros rurales de atención primaria a la salud han implicado encontrar maneras en las que uno o los dos elementos centrales del programa de Ammanpettai —los incentivos introductorios y las PCs locales como red de distribución— puedan ser utilizados para complementar y mejorar la operación actual de los programas gubernamentales. Para establecer la cooperación entre las clínicas privadas y las gubernamentales existen varios patrones de división del trabajo que, en principio, resultan factibles. Para asegurar el éxito, sin embargo, los patrones de asociación no pueden, por lo menos en principio, exigir cambios significativos en lo que se refiere a la forma en la que operan los programas del gobierno —es decir, no pueden exigir cambios significativos en lo que respecta a la calidad o a la cantidad del esfuerzo o al desempeño por parte del personal gubernamental. En el área rural, garantizar la calidad de los servicios y la regularidad de los suministros en las instalaciones del gobierno ha demostrado ser un gran problema.

El programa de la ciudad de Madras

Iniciado en octubre de 1988 a invitación de Chandra Gariyali, Director de Bienestar Familiar para Tamil Nadu, y de Hyma Balachandran, funcionario de Bienestar Familiar de Distrito de la Corporación de Madras, el programa de Madras fue el primer esfuerzo por poner en práctica el programa de incentivos a través de instalaciones del gobierno. Las áreas seleccionadas para este estudio fueron barrios pobres (áreas subdesarrolladas), en los que las mujeres son particularmente renuentes a adoptar cualquier método de planificación familiar. Después de un esfuerzo de publicidad por parte del personal de los puestos de salud del gobierno en dos bloques de cerca de 5.000 habitantes cada uno, y de una ceremonia oficial de inauguración, las mujeres que se incorporaron al programa recibieron un pago promocional de 15 rupias por la primera visita y 15 por cada una de otras dos visitas subsecuentes, si eran nuevas aceptantes de métodos temporales.

Personal de bienestar familiar del gobierno, bajo la dirección de Sheila Sekar, funcionario médico de Bienestar Familiar, ha operado en su totalidad el programa de la ciudad de Madras. Un grupo de trabajadoras de salud multiservicios del puesto de salud llevó a cabo una encuesta demográfica y de conocimientos, actitudes y prácticas de línea base; hizo publicidad al programa a través de folletos y contactos de puerta en puerta; y suministró todos los servicios educativos y de entrega, incluyendo el pago de incentivos y las tareas de seguimiento. Aunque las 168 nuevas aceptantes que se registraron inicialmente en este programa representaban un número reducido para los estándares rurales, el personal del puesto de salud consideró que esta cifra representaba un aumento significativo, ya que el número de mujeres que aceptaron el uso del DIU y la píldora por primera vez durante el primer día del programa fue mayor que

aquél que por lo general se lograba después de varios meses de buscar aceptantes de puerta en puerta con el mismo fin. Desde entonces, se han puesto en práctica programas similares en 13 puestos de salud adicionales, seleccionando, en cada caso, un bloque de 5.000 personas que hayan sido particularmente renuentes a aceptar cualquier método anticonceptivo. Los pagos de incentivos de 12 rupias por la primera visita, y 12 por cada una de las dos visitas mensuales subsecuentes, están financiados a través de un donativo para población del Banco Mundial a la ciudad de Madras.

El alto desempeño del programa de Madras fue algo inesperado, ya que el programa se había diseñado originalmente para mujeres rurales, la mayoría de las cuales sabía poco o nada acerca de los métodos temporales. En contraste, el estudio de línea base de Madras mostró que todas las encuestadas “estaban conscientes” de la existencia de los métodos temporales, aunque pocas los usaban. Por otra parte, los trabajadores de salud multiservicios y las enfermeras de cada puesto de salud acudían a menudo a los hogares para buscar nuevas usuarias; ya se le había prestado una atención considerable a la promoción de cualquier medio de anticoncepción para mujeres con más de dos hijos. En julio de 1991, entre uno y tres años después de haberse hecho el último pago de incentivos reportado por un trabajador de salud, 1.360 mujeres, del total de 2.821 que originalmente recibieron el pago de por lo menos un incentivo, continuaban recibiendo el anticonceptivo de su elección.

Una encuesta realizada entre aceptantes y una población de control en el programa de Madras, dirigida por K. Srinivasan en junio-julio de 1990 (22 meses después de iniciado el proyecto) mostró que, de hecho, el efecto del programa había sido un notable incremento en el número de nuevas aceptantes de métodos temporales durante el muy corto período en que el incentivo se ofreció. La edad y la paridad de las beneficiarias del grupo de incentivos que aceptaron estos métodos fueron menores que las que se encontraron en el grupo de control (Srinivasan y cols., 1990). Los intervalos abiertos de nacimientos fueron más largos para las “graduadas” del programa, quienes, sorprendentemente, también estaban optando por la esterilización a una edad y con una paridad menores, en comparación con las mujeres del grupo de control. En 1991, estos resultados favorables llevaron a la ciudad de Madras a aprobar las peticiones de médicos de bienestar familiar de dos puestos de salud para extender el programa a la totalidad de sus áreas de captación, cada una con una población de casi 50.000 habitantes, además de operar en bloques especificados (cada uno con una población de 5.000 habitantes) en las áreas de captación de 28 de puestos de salud.

El Programa del Centro de Atención Primaria a la Salud de Kabisthalam

En enero de 1989, después de varias reuniones de planificación con el personal del Centro de Atención Primaria a la Salud de Kabisthalam, que incluía a un

médico, a trabajadores de salud multiservicios y a supervisores de cómputo y de enfermería, se inauguró en el Centro de Atención Primaria a la Salud de Kabisthalam un programa que ofrecía el pago de un incentivo introductorio de 15 rupias por una visita inicial y 15 por cada una de las dos visitas subsecuentes. Este centro de salud es una instalación del gobierno que, con ocho subcentros, le da servicio a una población de aproximadamente 26.000 habitantes. El área de captación del programa de incentivos estaba integrada por tres pueblos que se encontraban a no más de dos kilómetros del centro de salud. Otros tres pueblos se designaron como pueblos de control y únicamente se les asignaron PCs. El personal de Ammanpettai realizó una encuesta de línea base entre 892 mujeres, que indicó que todas sabían de la esterilización, las píldoras y los condones, y que 60 por ciento sabía del DIU. De las mujeres encuestadas, 19 por ciento había sido esterilizada; 5 por ciento era usuaria de la píldora en ese momento; 12 por ciento usaba condones; y 3 por ciento empleaba el DIU; 87 por ciento de las mujeres señaló que deseaba tener únicamente dos hijos. En enero de 1989, trabajadores de salud multiservicios del gobierno promovieron el programa de bonos a través de folletos y verbalmente; invitaron a las mujeres a incorporarse al programa acudiendo en días específicos al centro de atención primaria a la salud para recibir información sobre planificación familiar y salud materno-infantil; y les ofrecieron 15 rupias por cada una de tres visitas mensuales.

Durante el trabajo con el personal del centro de salud surgieron algunos conflictos con el programa de Ammanpettai, que ofrecía una variedad de métodos, no se apegaba a las metas gubernamentales en lo que respecta a la esterilización, ni observaba las reglas del gobierno que restringían el uso de la píldora anticonceptiva a mujeres con un solo hijo. El personal del gobierno también se rehusaba a permitirle a sus trabajadoras de salud, o al personal de Ammanpettai, que distribuyeran condones desde el centro de salud, ya que este trabajo está reservado para trabajadores de salud del sexo masculino que únicamente interactúan con aceptantes hombres. Con muy escasa ayuda del personal del centro de salud, el personal de Ammanpettai registró y entrevistó a las beneficiarias potenciales que acudieron al centro en los días establecidos, les tomó la presión arterial, pesó a las madres y a sus bebés, ofreció a las clientes consejería acerca de los métodos disponibles, proporcionó el anticonceptivo de su elección, pagó el incentivo de 15 rupias y elaboró los registros correspondientes. Por diversas razones (la mala disposición del personal del centro de salud hacia las beneficiarias potenciales; la falta de apoyo por parte de los médicos para la adopción de la píldora, la insistencia en el DIU o en la esterilización para las mujeres con más de dos hijos), el reclutamiento durante el período de incentivos de tres meses quedó por debajo de los niveles esperados: únicamente se registraron 173 mujeres en lugar de las 250 que se esperaban, o aproximadamente 25 por ciento de las parejas elegibles. Sin embargo, el

programa creció rápidamente al sacarlo del centro de salud y transferirlo a los pueblos, en donde las PCs lo promovieron y comenzaron a distribuir suministros. Dos años más tarde (en enero de 1991), las tres PCs de los pueblos del programa de incentivos reportaron 240 beneficiarias, mientras las tres PCs de los pueblos de control (sin incentivos, únicamente PCs) reportaron 235 beneficiarias en sus listas, más de tres cuartas partes de las cuales, según los reportes, estaban usando la píldora anticonceptiva. Éste es un aumento considerable en comparación con las 49 mujeres que informaron que estaban tomando la píldora durante el estudio de línea base.

En la actualidad, se realizan encuestas para verificar la confiabilidad de estas listas. Aunque se han hecho grandes esfuerzos para disuadir a las PCs de exagerar las listas de sus aceptantes, esta práctica ha representado un serio problema con algunas PCs. Las revisiones por parte del personal de supervisión de aceptantes elegidas al azar de las listas de las PCs en el lugar mismo son difíciles de realizar, ya que la mayoría de las aceptantes trabajan diariamente en los campos. Aunque todas las PCs reciben la misma remuneración mensual, independientemente del número de clientes que estén en sus listas —una política que se adoptó para desalentar que se exagerara el número de aceptantes—, se ha comprobado que es necesario mantener una vigilancia permanente de las listas de las PCs por medio de visitas no programadas por parte del personal, a fin de entrevistar a muestras aleatorias de beneficiarias. De la misma manera en que sucede en otros estudios de apego a procedimientos y uso de anticonceptivos en países en vías de desarrollo, hemos encontrado que el uso incorrecto y la falta de uso de los métodos son problemas comunes que requieren de educación y de una vigilancia continuas de los proveedores y también de los aceptantes (Seaton, 1985; Potter y cols., 1991).

Centro de Atención Primaria a la Salud de Mellatur

Como resultado de los problemas que se encontraron durante el trabajo con el médico del centro de atención primaria a la salud de Kabisthalam, nuestro siguiente esfuerzo fue precedido por conversaciones con Chandra Gariyali, Director de Bienestar Familiar para Tamil Nadu. A través de sus buenos oficios, se le aconsejó al personal del Centro de Atención Primaria a la Salud de Mellatur que interpretara sus metas de forma menos rigurosa durante la puesta en práctica del programa de incentivos. También se decidió operar a través de los subcentros en vez de hacerlo desde las oficinas principales del centro de salud, que se ubican a una distancia considerable de la mayoría de los pueblos y las comunidades a las que se habría de dar servicio.

Mellatur es un centro expandido de atención primaria a la salud que cuenta con 24 subcentros que le dan servicio a una población de 111.425 habitantes.

Cada subcentro tiene un área de captación de aproximadamente 5.000 personas. De acuerdo con las estadísticas gubernamentales, cuando el programa comenzó existían 17.828 parejas elegibles en el área de captación de Mellatur; de ellas, 33 por ciento estaba esterilizada, 2 por ciento era usuaria del DIU, 4 por ciento empleaba la píldora, y 1 por ciento recibía condones por medio de los trabajadores de salud multiservicios del sexo masculino del centro de salud.

La operación inicial del programa en Mellatur se realizó a través de ocho subcentros. Cuatro de ellos ofrecían el pago de un incentivo inicial y dos incentivos mensuales subsecuentes de 20 rupias, al igual que seguimiento por parte de las PCs; y otros cuatro únicamente ofrecían el componente de las PCs. De la misma manera como se hizo con el programa de Kabisthalam, la publicidad inicial debía ser realizada por los trabajadores de salud multiservicios del gobierno en el área de captación de cada subcentro. Iniciado en octubre de 1989, el programa tuvo un muy lento comienzo como resultado de la deficiente publicidad por parte de los trabajadores de salud y por la falta de instalaciones adecuadas en algunos subcentros. (Por lo general, los subcentros constaban de estructuras muy pequeñas con una o dos habitaciones en las que había, a lo sumo, una silla, una mesa o una banca. En ocasiones estaban cerrados, y en algunos casos eran inexistentes, de modo que en su lugar se usaba el centro de nutrición o el área del jardín de niños). A medida que comenzó a divulgarse de boca en boca la información sobre el programa, comenzó a aumentar el número de nuevas aceptantes (más de 100 por día en algunos subcentros) que acudían los días señalados para el registro mensual, de tal forma que el período de registro de tres meses que se planeó inicialmente tuvo que extenderse dos meses más. Llegó un momento en que el centro de salud local fue incapaz de satisfacer la demanda de la píldora: durante este período se incorporaron al programa 476 nuevas aceptantes, de las cuales 321 se encontraban todavía en las listas de las PCs seis meses después del último pago. En los pueblos con PCs únicamente, 165 mujeres se encontraban recibiendo píldoras y, de acuerdo con los reportes existentes, 150 estaban utilizando condones. La enorme respuesta al programa de incentivos rebasó al escaso personal de Ammanpettai. El trabajador de salud multiservicios, que originalmente se programó para ayudar con las tareas de clasificación, educación y registro en cada subcentro, por lo general se encontraba demasiado ocupado detectando a las mujeres esterilizadas e inmunizando a los niños que venían con sus madres como para contribuir al trabajo de la planificación familiar.

En marzo de 1990, el programa se extendió a 14 subcentros más, todos los cuales ofrecían el pago de tres incentivos de 20 rupias; la mitad de las aceptantes recibía seguimiento por parte de las PCs y la otra mitad lo recibía por parte de los trabajadores de salud multiservicios del gobierno. De nuevo, la respuesta fue

bastante grande: en total se registraron 3.068 beneficiarios que recibieron por lo menos el pago de un incentivo. Este número representó más de la mitad de todas las parejas elegibles no esterilizadas en estas áreas de captación. Esta significativa proporción de registros por parejas elegibles se logró en áreas de captación en las que las tasas oficiales de prevalencia de métodos temporales se encontraban por debajo de 5 por ciento de las parejas elegibles. Una vez más, para la gran satisfacción de los trabajadores de salud multiservicios, éstos pudieron inmunizar a muchos niños al momento que ocurrían las visitas de los beneficiarios. Lo anterior, sin embargo, le dejó al escaso personal de Ammanpettai toda la carga de la detección, los servicios de salud materno-infantil, la educación anticonceptiva y los trámites de registro.

El programa Mellatur demostró el poder de los incentivos modestos para alcanzar un importante objetivo de los programas de planificación familiar —a saber, atraer a las mujeres a un centro para ofrecerles instrucción sobre planificación familiar y suministros, al igual que supervisión médica para ellas y para sus hijos. Sin embargo, la respuesta fue demasiado grande como para que el reducido personal pudiera proporcionar servicios adecuados durante los días de registro designados. Se han diseñado programas subsecuentes en instalaciones gubernamentales para permitir un período de registro más extendido, de tal manera que únicamente sea necesario ver a un máximo de 40–50 mujeres aproximadamente en un solo día. Diversas encuestas de seguimiento realizadas entre el numeroso grupo de participantes en Mellatur han demostrado que la educación sobre el uso del método al momento del registro era inadecuada, y que algunas PCs habían sido mal seleccionadas. Algo que fue especialmente decepcionante fue el pobre seguimiento por parte de los trabajadores de la salud del gobierno, quienes no obstante estar presentes en las clínicas de incentivos, no llevaban listas de aceptantes, se les transfería a menudo a otros puestos, o los dejaban sin que nadie más los reemplazara. Desde entonces, a las PCs se les ha encomendado la realización de las tareas de seguimiento en áreas originalmente asignadas a trabajadores de salud que ya no se encuentran activos. Tomando en consideración estas dificultades, la combinación de un incentivo introductorio con el seguimiento por parte del trabajador de la salud no ha sido exitosa ni fácil de evaluar. Igualmente problemático ha sido el suministro gubernamental de píldoras anticonceptivas (y ocasionalmente de condones), que a menudo se han agotado; esta situación ha llegado al punto de que las mujeres que reciben estos suministros se han quedado sin píldoras por espacio de varios meses seguidos. El éxito logístico mucho mayor del programa de Madras, que emplea a trabajadores sanitarios del gobierno, puede atribuirse a la mayor proporción de personal de servicio en relación con la población, a su gran espíritu, a una supervisión mucho mejor y al apoyo considerable que los más altos niveles del Servicio de Bienestar Familiar han brindado al programa.

El poder de la estrategia de pagos promocionales

Conocimiento del uso de métodos temporales

Para fines de evaluación, el programa de pagos promocionales puede considerarse básicamente como una estrategia educativa y de mercadotecnia. Una condición necesaria (pero insuficiente) para el éxito de los programas de planificación familiar es que las mujeres que deseen reducir el número de sus embarazos sepan cómo usar los métodos anticonceptivos y tengan un fácil acceso al método de su elección. Un resultado importante de este programa es que, a través de experiencias reales, las beneficiarias han adquirido un conocimiento práctico y realista de los métodos anticonceptivos temporales modernos. El programa ha demostrado el impresionante poder de los pequeños incentivos monetarios para atraer rápidamente a grandes cantidades de mujeres —todas las cuales afirman, prácticamente, no haber usado previamente métodos temporales— para participar en pruebas voluntarias de estos métodos. En el programa de la Fase II, en un área de captación en la que las cifras del gobierno reportaban índices de prevalencia de aproximadamente 5 por ciento en el caso de los métodos temporales, los pagos promocionales motivaron a casi 70 por ciento de las mujeres no esterilizadas y elegibles por alguna otra razón, a llevar a casa ya fuera la píldora o el condón. En otros lugares, la experiencia ha sido similar. Si las visitas supervisadas a una clínica para enterarse acerca de los métodos temporales representan una estrategia efectiva para enseñar a las mujeres cómo evitar el embarazo, entonces los pagos promocionales deben considerarse como un mecanismo muy poderoso para alcanzar uno de los principales objetivos de los programas de planificación familiar, a saber, adquirir conciencia y un mejor conocimiento acerca de los métodos y dónde obtener suministros. Tal como resultó evidente en la Fase I, acudir a las clínicas de planificación familiar junto con grupos de habitantes del mismo poblado ofrece tranquilidad a las mujeres y puede, además, estimular su interés y motivación para incorporarse al programa.

El programa de seguimiento, que utiliza a mujeres que residen en los pueblos y que aceptan la responsabilidad de distribuir anticonceptivos ahí a cambio de una pequeña remuneración de aproximadamente \$5–\$7 dólares por mes, fue desarrollado para garantizar la disponibilidad continua de anticonceptivos, ya que éstos no podían obtenerse fácilmente a través de los trabajadores de la salud al momento de iniciar el programa. Cinco años más tarde, aunque se suponía que el número de TSMS se había duplicado en Tamil Nadu y se habían establecido metas en lo que respecta a aceptantes de píldoras, los trabajadores sanitarios multiservicios (ahora llamados(as) enfermeros(as) de la salud de los pueblos), con sus metas de esterilización obligatorias tienen gran dificultad para atraer a una larga lista de aceptantes de métodos temporales. Las PCs, que viven en el poblado al que le dan servicio y que por lo tanto se ganan la confianza de las

aceptantes potenciales con mayor rapidez, ofrecen educación y consejería a las graduadas del programa y representan también una importante fuente de conocimientos acerca de los métodos temporales y de su suministro. A través del uso de un cuestionario de clasificación, reclutan a nuevas aceptantes que seleccionan métodos sin la presencia del pago de incentivos.

En teoría, los trabajadores de salud multiservicios que realizan visitas a cada uno de estos pueblos por lo menos una vez al mes, deben tener la capacidad de asumir las funciones de la PC una vez que una mujer ha sido definida como aceptante, ya sea a través del programa de incentivos o a través de su incorporación vía una PC. Para someter a prueba esta posibilidad, que tendría sentido desde los puntos de vista económico y logístico, hemos intentado transferir las listas de aceptantes de la PC al trabajador de salud multiservicios que le da servicio a su poblado, al mismo tiempo que le garantizamos a la PC que continuará recibiendo su remuneración y que, en lo sucesivo, únicamente se le pedirá que compruebe si sus aceptantes están recibiendo servicios. Este esfuerzo ha fracasado por completo. Las PCs insisten en que sus clientes tienen poca confianza en los TSMS y que, por lo tanto, no están dispuestas a recurrir a ellos para efectos de recibir la píldora, ni a someterse a la presión para que acepten métodos permanentes, tan estrechamente asociados con los TSMS y con todas las funciones de planificación familiar del gobierno.

Las PCs también suministran una retroalimentación vital para quienes desarrollan el programa al reportar los problemas que se presentan en el campo —ya sea que se trate de efectos colaterales de drogas, miedo al cáncer, o las actitudes de aceptantes— y sus sugerencias para mejorar el programa. Las 58 PCs del Distrito Thanjavur forman un nuevo cuadro profesional; son bien conocidas en su comunidad y participan de manera activa en las reuniones de planificación familiar del distrito. Sus sugerencias han sido valiosas para el desarrollo del programa. Las tasas de continuación de alrededor de 25 a 30 por ciento se documentaron en las listas de las PCs rurales durante un período de 15 meses dentro de la Fase II, una cifra comparable con las de otros programas de métodos temporales que no ofrecen incentivos (Loza y cols., 1990). La adición de nuevas clientes significa que aproximadamente 50 por ciento de las mujeres incluidas en las listas actuales de las PCs “se graduaron” del programa de incentivos, y que 50 por ciento es nueva usuaria que no recibió incentivos introductorios pero que fue reclutada por las PCs en los pueblos después de concluido el programa de incentivos.

Formato de incentivo vs. formato de PC únicamente

Aunque las listas de las PCs muestran números de aceptantes casi iguales en los pueblos con incentivos y sin incentivos, al comparar la eficacia relativa de los

programas de pagos promocionales y a base de PCs únicamente, es necesario tomar en consideración otros factores. Encuestas realizadas entre las aceptantes del programa de incentivos de la Fase II indican que las visitas supervisadas en un entorno clínico dan como resultado que los beneficiarios adquieran un conocimiento sobre los métodos temporales de mayor calidad que el que se deriva de aprender acerca de los métodos a través de las PCs únicamente. Los pagos promocionales para fines de planificación familiar también tienen la ventaja de atraer a las mujeres a los centros de salud para recibir servicios de salud materno-infantil. La desnutrición, la anemia y la parasitosis eran endémicas entre las mujeres incorporadas al programa en la zona rural de Thanjavur, en donde el nivel promedio de hemoglobina entre las madres era de 7–8 gramos (en comparación con el margen normal de 12–13 gramos) y su peso promedio estaba por debajo de los 40 kilogramos. Uno de los aspectos más importantes del programa es enseñar a las mujeres acerca del espaciamiento de los hijos, de una dieta adecuada y los alimentos disponibles para los niños destetados; suministrar hierro a mujeres con anemias severas; pesar a las madres y a sus niños; e inmunizar a los niños y darles vitamina A. Aunque las mujeres rara vez presentaban una presión arterial elevada u otras contraindicaciones para el uso de la píldora, el programa de base clínica tiene la ventaja de poder medir la presión arterial y de ofrecer exámenes físicos realizados por un médico. No ha sido posible poner en práctica estos servicios de manera sistemática en el programa de las PCs únicamente o en el programa de distribución de píldoras anticonceptivas del gobierno.

Costo-efectividad y sustentabilidad

El programa de Ammanpettai, tal como ha operado hasta la fecha en cada una de sus ubicaciones, puede considerarse como formato de un programa experimental en evolución. Un importante resultado de este intento ha sido someter a prueba las hipótesis —apuntadas al inicio de esta discusión— que informaron el diseño del programa. De manera general, el desempeño del programa ha respaldado la validez de estas hipótesis, hallazgos que son significativos para el diseño de los programas de planificación familiar en general. Más allá de lo anterior, el programa de Ammanpettai será de mayor interés si es sustentable y costo-efectivo.

Independientemente de lo satisfactorio que pueda ser el desempeño del programa de Ammanpettai, si los mismos resultados se hubieran podido garantizar por parte de un programa alternativo que empleara menos recursos, entonces el programa de Ammanpettai no sería costo-efectivo.

En la actualidad, el programa recibe apoyo de dos fundaciones estadounidenses, la Fundación Hewlett y la Fundación Buffett. La pregunta en lo que atañe a la *sustentabilidad financiera* es si el gobierno de India podría

apoyar un programa de esta naturaleza en gran escala sin la contribución financiera de donantes. En lo que se refiere a la *sustentabilidad operacional*, la pregunta es si existen, o podrían crearse, organizaciones para poner en práctica programas similares al de Ammanpettai en gran escala. En este sentido, una cuestión importante es la capacidad y la disposición de organizaciones tales para manejar y administrar un programa del tipo del de Ammanpettai (suponiendo que hubiera fondos disponibles).

Una evaluación adecuada del programa de Ammanpettai incluiría el análisis del costo-efectividad y la sustentabilidad financiera y operativa de cada uno de los componentes del programa —pagos de incentivos y distribución vía PC— en cada una de las ubicaciones en donde ha operado. En este sentido, existen consideraciones de espacio que impiden plantear ese análisis aquí. Sin embargo, es importante considerar si el novedoso componente de pagos promocionales resulta práctico en el sentido de ser financieramente sustentable: ¿podría extenderse potencialmente para cubrir áreas extensas de India tomando en consideración las limitaciones presupuestales?

Sustentabilidad financiera del componente de pagos promocionales de la Fase IV en áreas rurales

Para averiguar si los pagos promocionales son financieramente sustentables en las áreas rurales, comenzamos por determinar el tamaño del presupuesto para este programa si se le extendiera a la población de Tamil Nadu en su conjunto. En marzo de 1987 existían cerca de nueve millones de parejas elegibles en Tamil Nadu, de las cuales casi 40 por ciento se dice que está protegida efectivamente por la esterilización. (Oficialmente, se reporta que el porcentaje de parejas no protegidas es de aproximadamente 46 por ciento de las parejas elegibles; sin embargo, dado que las cifras de aceptantes probablemente están exageradas, es posible que este porcentaje sea un poco más alto.) De lo anterior se deriva que casi cinco millones de parejas elegibles queden desprotegidas como candidatas potenciales para el programa de pagos promocionales del tipo de la Fase IV. Nosotros asumimos un programa de pagos promocionales que incorpore a 80 por ciento —cuatro millones— de estas mujeres.

El presupuesto anual de un componente de pagos promocionales generalizado de la Fase IV dependería de la escala del programa adoptado —es decir, del número de participantes que se incorporaran al programa cada año. Entre menor fuera esta cifra, menor sería el presupuesto; pero sería mayor el tiempo requerido para darle a las parejas elegibles desprotegidas la oportunidad de participar en el programa. Por ejemplo, un programa que registre a una octava parte de los cuatro millones de parejas elegibles cada año, registraría a aproximadamente 500.000 mujeres por año. Con un costo presupuestal adicional

(marginal) estimado de 63 rupias al año por beneficiaria (60 rupias por el pago de incentivos más 3 rupias por costos administrativos a precios de 1987), el costo presupuestal total por año ascendería a 31,5 millones de rupias. Esta cifra representa a cerca de 4,3 por ciento de la Estimación Revisada de 1987-88 para salud pública y bienestar familiar de 736 millones de rupias.³ La carga fiscal implícita en el presupuesto necesario para generalizar el componente de pagos promocionales de la Fase IV debería considerarse, por lo tanto, como relativamente modesta.

La escala del Programa: la escala de mantenimiento de los primeros años vs. un estado constante

Durante los primeros años, el programa se operaría en una escala que permitiera dar cauce al retraso de parejas elegibles en una tasa aceptable en términos de la carga fiscal. Por ejemplo, operando en una escala que cubriera a una octava parte de las parejas elegibles con un calendario de pagos promocionales de la Fase IV y atendiendo, por decir algo, a dos grupos de ese tipo por año, se le daría cauce al retraso en términos de parejas elegibles no atendidas en un período aproximado de cuatro años con un costo presupuestal anual *bruto* adicional cercano a 10,8 por ciento del presupuesto anual para salud pública y bienestar familiar en Tamil Nadu. El costo presupuestal *neto* podría ser significativamente menor que el costo presupuestal bruto.⁴

Llegado este punto, por analogía con un programa de inmunización, el componente de pagos promocionales entraría en una fase de mantenimiento, adoptando la menor escala apropiada para dar cabida a las nuevas adiciones al grupo de parejas elegibles cada año. Este punto es central para evaluar la carga fiscal implícita en este tipo de programas en el largo plazo.

Teniendo en mente estas consideraciones a más largo plazo, el tamaño relativo —bastante modesto— de la carga fiscal adicional implícita en la generalización del componente de pagos promocionales sugeriría que la pregunta de la sustentabilidad financiera *per se* no debería considerarse como un problema serio. Esta discusión ha dirigido la atención hacia el poder de los pagos promocionales como una estrategia para alcanzar las funciones de información, educación y comunicación (IEC). En tal sentido, este programa economiza los escasos recursos comprometidos para estas funciones enfocándolos a la población objetivo con mayores probabilidades de beneficiarse de la educación en el uso de anticonceptivos, y para la cual esa información tiene mayores probabilidades de dar como resultado cambios en la conducta.

El componente de las PCs: costo presupuestal y sustentabilidad financiera

La carga sobre la capacidad fiscal implícita por el programa de PC depende de la escala del programa y de la productividad de las PCs. Nosotros asumimos un

programa que registra como clientes a 2,5 millones de parejas elegibles (es decir, casi la mitad de aquéllas reportadas como no cubiertas en 1987). Asumimos también que cada PC le da servicio a un promedio de 60 clientes. El costo del componente de PC incluye las remuneraciones de 105 rupias al mes (1987) pagadas a las PCs y costos adicionales para el personal de campo, que es quien vigila el desempeño del programa de manera continua. En la actualidad, cada trabajador de campo vigila el desempeño de 58 PCs. Los costos por salarios (2.000 rupias al mes) y transporte (1.000 rupias al mes) para cada trabajador de campo equivalen a casi 10 rupias por cliente por año. Los costos de las remuneraciones de las PCs son de aproximadamente 21 rupias por cliente por año, o un total de 77,5 millones de rupias para los 2,5 millones de registradas; lo anterior representa aproximadamente 10,5 por ciento del presupuesto 1987-88 del gobierno para salud pública y bienestar familiar en Tamil Nadu.

Del programa piloto al programa estatal

La importancia del programa piloto depende, en gran medida, de la factibilidad de aumentar su escala, por ejemplo, a dimensiones estatales (en este caso, cubrir el estado de Tamil Nadu). Al evaluar las probabilidades de hacer esto, es necesario distinguir el componente de pagos promocionales y el componente de las PCs.

En las secciones inmediatamente precedentes de este documento, la conclusión a la que se llegó fue que, de manera particular y tomando en cuenta consideraciones a largo plazo, el tamaño relativo bastante modesto de la carga fiscal adicional implícita en la generalización del componente de pagos promocionales en el nivel estatal sugiere que la cuestión de la sustentabilidad financiera *per se* no debería considerarse como un problema serio. En otras palabras, la sustentabilidad financiera no debería tomarse como un obstáculo para incrementar la escala del programa de dimensiones piloto a dimensiones estatales.

La cuestión de la sustentabilidad operativa —si existen o podrían crearse organizaciones para poner en práctica un componente de pagos promocionales tipo Ammanpettai— es otro asunto. Por supuesto, era con miras a incrementar la escala del programa a dimensiones de nivel estatal que en la Fase IV comenzamos a tratar de poner en práctica el programa en sitios en donde hubiera instalaciones del gobierno.

El primer punto a ser abordado en este contexto es que la escala del programa de pagos promocionales de la ciudad de Madras, que comenzó en calidad de piloto en octubre de 1988 en un bloque de aproximadamente 5.000 habitantes en cada uno de los dos puestos de salud (Villivakkam y Kolathur), ya se está incrementado rápidamente. Los pagos promocionales para el programa piloto inicial en Madras fueron financiados por el programa de Ammanpettai. Poco después, el programa de pagos promocionales fue adoptado y se convirtió

en el "Proyecto de Espaciamiento Innovador" del Proyecto de Población V para India financiado por el Banco Mundial. Esta fuente de financiamiento se utiliza ahora para la mayor parte de los pagos promocionales en Madras. El programa lo ejecuta en su totalidad el personal de los puestos de salud en donde opera (no existe necesidad de PCs, ya que los trabajadores de salud adscritos a los puestos de salud desempeñan eficazmente estas funciones). Para octubre de 1991, el programa de pagos promocionales se encontraba operando en bloque en cada uno de los 14 puestos de salud. El coordinador del programa ha solicitado autorización para expandirse a las áreas de captación de todos estos puestos de salud, una expansión que añadiría cerca de 13.000 beneficiarios elegibles. A los puestos de salud del programa se añadieron otros cuatro, y se ha hecho una solicitud para autorizar la inclusión de otros 12, con lo cual el número total de puestos de salud participantes asciende a 30. Estas nuevas adiciones comenzarán en un bloque por patrón de área de captación de puesto de salud y después, si las iniciativas a pequeña escala son exitosas, podrán expandirse para incluir a todas las áreas de captación de estos puestos de salud. La población en las áreas de captación a las que se les da servicio sería de alrededor de 370.000 habitantes (casi una décima parte de la población total de Madras). Suponiendo que no existieran restricciones de financiamiento, parecería no haber razón alguna para que el programa no pudiera continuar su expansión en la ciudad de Madras.

Tal y como lo atestigua la experiencia de Madras, aumentar la escala del programa de pagos promocionales que opera en instalaciones de gobierno es claramente factible cuando el programa lo implanta y ejecuta personal de estas instalaciones. Madras ofrece un ambiente peculiarmente favorable para dicho enfoque. Llegado este punto, no está nada claro que dicha estrategia sea factible para operar el programa en instalaciones del gobierno en áreas rurales. En lo que se refiere a las actividades de planificación familiar, el personal de las instalaciones oficiales en las áreas rurales se centra casi exclusivamente en alcanzar metas de esterilización y en la muy agresiva estrategia de ventas a las clientes que se considera necesaria para lograrlo. Al parecer, es poco el interés auténtico por un programa como el de Ammanpettai, que hace hincapié en el derecho de una pareja a elegir libremente cualquier método temporal, si así lo desea. Esto puede cambiar a futuro si los diseñadores de políticas están convencidos de que se requerirán aumentos significativos en la prevalencia de métodos temporales para que India alcance sus metas de población.

En las instalaciones rurales del gobierno en el Distrito de Thanjavur, el patrón que evolucionó para poner en práctica el componente de pagos promocionales implicó la cooperación entre el personal de nuestro programa y el personal del gobierno, pero únicamente se requirieron contribuciones mínimas por parte del gobierno: a los TSMS únicamente se les pedía que promovieran el

programa y que acudieran a sus subcentros regularmente asignados una o dos veces al mes por unos cuantos meses consecutivos para abrir la instalación y ayudar en las actividades de selección y de control de la gente. El personal del programa de Ammanpettai visitaba los subcentros en estas fechas, educaba a las aceptantes potenciales en relación con los métodos temporales y realizaba los pagos promocionales a las aceptantes. Los trabajadores de la salud aprovechaban la oportunidad para inmunizar a los bebés y a los niños que estaban ahí con sus madres. Con este formato surgieron algunos problemas, que eran del tipo que podían manejarse fácilmente programando más visitas y acudiendo a actividades educativas grupales para el gran número de mujeres que fue atraída por los incentivos introductorios. Es posible que en India los acuerdos cooperativos de este tipo, entre una agencia privada y un programa público, capten una atención cada vez mayor en los próximos años; ahí se desarrollan actualmente planes para depender más de organizaciones voluntarias privadas o no gubernamentales para poner en marcha el programa de bienestar familiar.

En principio, este formato podría aumentarse a escala. Como parte de la puesta en práctica del componente de pagos promocionales en las instalaciones gubernamentales del Distrito de Thanjavur, un equipo de tres personas del programa de Ammanpettai hizo visitas al lugar. Para incrementar la escala del programa sería necesario aumentar el número de equipos que cooperan con las instalaciones del gobierno; el número requerido dependería del ritmo que se le deseara imprimir para poder atender a las parejas elegibles. Nosotros hemos sugerido una escala que permitiera atender cada año a cerca de un millón de parejas elegibles (por espacio de cuatro años), como un patrón financieramente factible. Un estimado bastante aproximado es que tal programa requeriría de cerca de 100 equipos de tres personas cada uno, o un total aproximado de 300 trabajadores de campo. Tan sólo en términos numéricos, la capacitación de 300 trabajadores solamente debería ser factible con toda seguridad. Sin embargo, reconocemos que se requeriría de cierta tenacidad en la organización para coordinar, manejar la logística y supervisar las actividades de los trabajadores de campo.

En lo que respecta al componente de las PCs, la iniciativa de aumentar la escala de una dimensión piloto a una en el nivel de los estados acarrearía una serie de problemas. La puesta en práctica del componente de pagos promocionales bajo el patrón cooperativo requiere, en el corto plazo, de visitas intermitentes a las diversas ubicaciones del programa por parte del personal del proyecto. El componente de las PCs implicaría capacitación, supervisión y reabastecimiento permanentes a través de reuniones mensuales que podrían, en principio, ser manejadas por el personal médico, de enfermería y educación de bloques que ya existe en cada centro de atención primaria a la salud. Hoy en día se están llevando

a cabo experimentos piloto que utilizan este formato. El éxito depende en gran medida del interés y la dedicación del funcionario médico en jefe y de su capacidad para motivar al personal. Si este programa fuera a extenderse, el personal de una agencia privada podría proporcionar alguna ayuda técnica visitando las ubicaciones de las instalaciones gubernamentales de vez en cuando. Pero la responsabilidad más importante en lo que concierne a la puesta en marcha y la administración del componente de las PCs —su selección y la capacitación a las PCs y similares— tendría que ser asumida por el personal del gobierno. Para nosotros no resulta claro que el personal gubernamental de los centros de atención primaria a la salud tenga un interés auténtico en la implantación del componente de las PCs, a tal grado que pudieran estar dispuestos a comprometer el tiempo, la atención y el esfuerzo necesarios. De la misma forma en que sucede con el componente de pagos promocionales, parte del problema es el enfoque casi exclusivo del programa de planificación familiar del gobierno en metas de esterilización, con muy poco interés y confianza en la capacidad de sus clientes, que por lo general son pobres y analfabetas, para elegir y utilizar un método temporal de manera voluntaria. Otro problema es que en el papel las PCs no son necesarias, ya que, supuestamente, los encargados de distribuir los métodos temporales son los trabajadores de la salud multiservicios (aunque su meta de 30 aceptantes de píldoras por cada área de captación de 5.000 personas es un ejemplo de la poca importancia que se le atribuye a este esfuerzo).

Conclusiones

Cada una de las cuatro fases del programa de Ammanpettai ha generado información importante para desarrollar y someter a prueba el concepto del incentivo introductorio a fin de alentar el uso de los métodos anticonceptivos temporales. Las mediciones del desempeño del programa disponibles a la fecha respaldan la validez de las hipótesis que condujeron a su desarrollo. Al parecer, los datos preliminares acerca del costo-efectividad y la sustentabilidad financiera son favorables. En la Fase I, los pequeños incentivos mensuales monetarios atrajeron a un número considerable de mujeres de áreas rurales, predominantemente analfabetas, a una clínica en la que aprendieron acerca del condón y la píldora y adquirieron suministros de estos anticonceptivos por primera vez. El seguimiento de este programa reveló que los índices de continuación fueron independientes de la duración de los pagos mensuales, que oscilaron entre 6 y 18 meses, lo que sugiere que los incentivos introductorios estaban desempeñando una función promocional o de mercadotecnia, más que una función condicionante.

En la Fase II, un estudio cuidadosamente controlado mostró que los pequeños incentivos mensuales de 20 rupias por aceptante a lo largo de un período de cinco meses atrajeron a más de 70 por ciento de las mujeres elegibles

a una clínica para recibir atención en salud materno-infantil e información y suministros de planificación familiar, mientras que una oferta a una población de control equiparada, de exactamente los mismos servicios por parte de la misma clínica pero sin el pago de incentivos, no atrajo casi a ninguna mujer. Sin embargo, la distribución posterior de condones y píldoras por parte de mujeres contacto residentes en los pueblos fue exitosa en ambas poblaciones, en el sentido de que logró mantener cifras casi iguales de clientes, tanto en los pueblos de incentivos como en los que no disponían de ellos. Encuestas de seguimiento de base poblacional indicaron que la calidad del conocimiento era mejor y el número de usuarias era mayor en los pueblos con incentivos.

En la Fase III, las pruebas con el sistema de un solo pago introductorio, o la designación de mujeres contacto residentes en los pueblos, sin que existiera un pago anterior a las clientes, tuvieron éxito en lo tocante a incorporar aceptantes; pero el conocimiento acerca de los anticonceptivos y la evidencia de uso de condones y píldoras no fueron iguales a los de las graduadas con incentivos introductorios de la Fase II.

Por último, en la Fase IV, el intento por implantar el programa de incentivos introductorios en clínicas gubernamentales rurales y urbanas ha producido resultados mixtos. En el entorno urbano de la ciudad de Madras, el programa ha sido adoptado por el gobierno y su escala está aumentando rápidamente; su práctica la realiza en su totalidad el personal de las instalaciones gubernamentales. Por lo que hace a su operación en las clínicas rurales en Thanjavur, con apoyo de personal nuestro el programa ha incorporado a un gran número de aceptantes de métodos temporales. Sin embargo, a diferencia de la situación en Madras, el personal de estas instalaciones rurales del gobierno no pone en práctica la totalidad del programa; nuestro personal continúa jugando un importante papel en ese proceso. Lo anterior plantea algunos problemas para aumentar la cobertura del programa.

Es evidente que los incentivos promocionales introductorios permiten superar la falta de interés, la inercia y la pasividad, atrayendo a un gran número de mujeres pobres y analfabetas a una clínica en donde escuchan acerca de los métodos anticonceptivos disponibles y pueden obtener un método temporal. Aproximadamente la mitad de las mujeres que aceptan el paquete de píldoras y el pago introductorio no continúa, o es probable que ni siquiera comience a utilizar el método que lleva a casa; pero todas las clientes han aprendido acerca del método, tuvieron un paquete de píldoras o condones en sus manos, y saben en dónde pueden obtenerlos y cómo utilizarlos. Durante esta visita a la clínica, la nueva aceptante se ve rodeada por un grupo de sus mismas vecinas —su grupo de pares— las cuales, con su sola presencia, sancionan una actividad a la que, en otras circunstancias, la mujer se mostraría renuente por sí sola. Por último, en

las áreas rurales, la gran mayoría de las aceptantes labora en el campo cada vez que hay trabajo disponible: el incentivo introductorio de 15 rupias compensa la pérdida de un día de salario, una cantidad que, bajo otras circunstancias, la mayoría de estas mujeres no estaría dispuesta a perder. En el poblado, una persona contacto local que de manera explícita o implícita “no es superior” a las aceptantes, o no las presiona para someterse a esterilización, está lista para atender sus necesidades, aclarar sus dudas y responder a sus preguntas.

Los incentivos introductorios pueden resultar particularmente adecuados para aquellas comunidades en donde las actividades de la mujeres jóvenes casadas están severamente restringidas por los esposos y los parientes políticos; lo anterior es particularmente cierto en aquellos lugares en donde existe una fuerte tradición de sumisión o subordinación femenina al esposo y su familia, y también en aquellos sitios en los que, tal como sucede en India, las mujeres rurales pobres de castas “atrasadas” a menudo se sienten intimidadas por los trabajadores del gobierno. Por esta razón, muchas mujeres desconfían de los centros de atención primaria a la salud del gobierno y de los trabajadores de promoción comunitaria, que a menudo las tratan con descortesía y severidad. En cierta medida, el pequeño incentivo introductorio sirve para reducir la timidez que estas mujeres deben superar para poder desafiar las poderosas restricciones tradicionales que influyen sobre su movilidad y sus opciones. En ese sentido, los incentivos introductorios deben considerarse como algo mucho menos coercitivo que las condiciones en las que las mujeres pobres de áreas rurales viven todavía.

Notas

1. En 1985, 1 rupia=\$0,07 dólares de E.U.; en la actualidad, 1 rupia = \$0,04 dólares.
2. Estas encuestas y sus análisis se llevaron a cabo bajo la supervisión de R. Subramanian, Director, y C. Sivapragasm, Conferencista, Departamento de Investigación del Centro para la Investigación, la Extensión y el Desarrollo Rural Integral, Instituto Rural de Gandhigram (que se considera como una Universidad), Gandhigram 624 302, Tamil Nadu, India. Los hallazgos se reportan en Srinivasan y cols. (1990).
3. Idealmente, para comparar este costo con los gastos actuales en este campo, se haría la comparación con los índices prevalentes de los gastos presupuestados para bienestar familiar en Tamil Nadu. Como los presupuestos médicos, de salud pública y de bienestar familiar en India se encuentran combinados desde el punto de vista funcional, a pesar de presentarse bajo encabezados independientes, no es posible separar estos presupuestos y traducirlos en compromisos de recursos para servicios de salud o de bienestar familiar. Tomando como presupuesto para fines de comparación la cantidad total de la Cuenta 2211 para Bienestar Familiar y la Cuenta 2210 para Salud Médica y Pública, el Estimado Revisado para 1987-88 asciende a aproximadamente 736 millones de rupias. Aquellos lectores interesados en consultar los documentos de los presupuestos, pueden consultar las *Solicitudes de Donaciones Detalladas 1988-89*, 18 Médicas, 19 Salud Pública, 49 Suministro de

Agua, Publicación del Presupuesto del Gobierno de Tamil Nadu. El Estimado Revisado que aparece bajo la Solicitud 18 para el área médica es de aproximadamente 610 millones de rupias, ninguna de las cuales ha sido incluida dentro de los 736 millones de rupias reportados en el texto, aunque una parte de la Solicitud 18 para el área médica también debería asignarse a bienestar familiar.

4. Al contar únicamente los costos presupuestales adicionales (marginales), suponemos que el personal del centro de atención primaria a la salud puede poner en práctica el programa de pagos promocionales sin disminuir su oferta de otros servicios (en otras palabras, existe, en este sentido, cierto exceso de capacidad). En la medida en que esto no fuera verdad, los costos presupuestales estarían subestimados. Por otra parte, podrían ser exagerados si los pagos promocionales demostraran ser una estrategia mucho más poderosa para desempeñar diversas funciones actualmente presupuestadas para actividades del programa que ya existen, como sería el caso de medios de comunicación masiva, facilitadores para el personal de campo, y así sucesivamente. El costo económico del componente de pagos promocionales es mucho menor que el costo presupuestal, ya que las cantidades presupuestadas para los pagos promocionales no representan un costo económico. Estos pagos no representan una demanda por parte del programa en términos de recursos reales (como sería el caso de mano de obra y materiales), que podrían haber sido utilizados de manera alternativa por alguna otra actividad económica. Por esta razón, estos pagos no representan un “costo de oportunidad” en la forma de resultados desperdiciados de otras actividades económicas. Más bien, estos pagos son lo que se conocen como pagos de “transferencia” —de quienquiera que pague por el programa si éste fuera permanente (por ejemplo, los contribuyentes), a los beneficiarios participantes que reciben los pagos promocionales. El costo económico del programa es particularmente relevante para efectos del análisis de costo-beneficio, o las variantes de efectividad de costos de ese análisis.

Referencias

- Chomitz, Kenneth M. y Nancy Birdsall, 1990. “Incentives for small families: Concepts and issues”. *Proceedings of the World Bank Annual Conference on Development Economics, 1990*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Cleland, John y W. Parker Mauldin, 1991. “The promotion of family planning by financial payments: The case of Bangladesh”. *Studies in Family Planning* 22, 1:1-18
- Cuca, Roberto, y Catherine S. Pierce, 1977. *Experimental Efforts in Family Planning: Lessons from the Developing World*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- David, Henry P. 1982. “Incentives, reproductive behavior and integrated community development in Asia”. *Studies in Family Planning* 13,5:159-173.
- Enke, Stephen y Bert D. Hickman, 1976. “Offering bonuses to reduce fertility”. En *Population Public Policy and Economic Development*. Ed. M. C. Keeley. New York: Praeger. Pp. 191-210.
- Hande, H. V. 1984. “Seven Years of Progress of Health and Family Welfare Services in Tamil Nadu”. Reporte para la 10th Joint Conference of the Central Council of Health and the Central Family Welfare Council, New Delhi, julio 1984.
- Loza, Sarah Hussein., A. A. Sayed, y L. S. Potter. 1990. “Oral Contraceptive Compliance and Continuation in Egypt: Complementary Findings of DHS and Focus Groups Research”. Reporte presentado ante USAID y el Consejo Nacional de Población, El Cairo, Egipto.
- Perkin, Gordon W. 1971. “Non-monetary commodity incentives in family planning programs: A preliminary trial”. *Studies in Family Planning* 1 (57): 12-15.

- Potter, Linda, Malcolm Potts, Gary Grubb y Mark Steiner. 1991. "What do we know about how women take the pill?" (No publicado).
- Repetto, Robert. 1968. "India: A case study of the Madras vasectomy program". *Studies in Family Planning* 31: 8-16.
- Ridker, Ronald G. 1980. "The no-birth bonus scheme: The use of savings accounts for family planning in South India". *Population and Development Review* 6, 1:31-47.
- Rogers, E. M. 1971. "Incentives in the diffusion of family planning innovations". *Studies in Family Planning* 2:241-259.
- Seaton, Brian, 1985. "Noncompliance among oral contraceptive adopters in rural Bangladesh". *Studies in Family Planning* 16, 1:52-58.
- Srinivasan, K., D. A. Pandey, V. Ramamurthy, y A. Krishnamurthy. 1990. "Experimental Bonus Scheme for Promoting Spacing Methods in Slums of Madras City". Deonar Bombay: International Institute for Population Sciences.
- Srinivasan, K., P. C. Saxena, T. K. Roy, y R. K. Verma. 1991. "Effect of family planning program components on contraceptive acceptance in four Indian states". *International Family Planning Perspectives* 17, 1: 14-24.
- Veatch, Robert M. 1977. "Governmental population incentives: Ethical issues at stake". *Studies in Family Planning* 4: 100-108.

Reconocimientos

Los autores desean agradecer la colaboración de Lakshmi Albert, Albert Charles, Laura Mahendran, Umayal Das, y de todos los miembros del personal de la Clínica Stella Maris en Ammanpettai; Sheila Sekar, Hyma Balachandran y Chandra Gariyali en Madras; y R. Subramanian y C. Sivapragasm, del Instituto Rural de Gandhigram, sin cuyas ideas, cooperación y asistencia este proyecto no habría podido llevarse a cabo.

La investigación operativa en la promoción de la vasectomía en tres países de América Latina

Ricardo Vernon

Uno de los métodos de planificación familiar que menos se conoce y utiliza en América Latina y el Caribe es la vasectomía: aunque es más sencilla y casi siempre más económica que la esterilización femenina, en 1991 sólo 0,7 por ciento de las parejas casadas de América Latina en edad reproductiva se protegía con la vasectomía; únicamente en tres países (Brasil, Guatemala y México), la proporción llegó a 1 por ciento.¹

El éxito reciente de algunos programas que han promovido la vasectomía sugiere, sin embargo, que la baja prevalencia del procedimiento es más bien resultado de una oferta inadecuada de servicios y no tanto la falta de demanda. En Colombia, por ejemplo, el número de vasectomías que practicó Profamilia, la principal organización de planificación familiar del país, se incrementó de 92 procedimientos en 1970 (año de introducción del método), a 1.064 en 1973; no obstante, cuando Profamilia comenzó a ofrecer la esterilización femenina, el número de cirugías masculinas disminuyó de manera constante cada año, hasta llegar a 480 procedimientos en 1981. Esta cifra no se incrementó perceptiblemente sino hasta 1985, cuando Profamilia abrió sus primeras dos clínicas para hombres; en ese año realizó un total de 1.241 vasectomías. El número siguió incrementándose hasta 1992, año en el cual llegó a 5.872 por año.²

En México, la situación mantuvo un patrón similar. Entre 1980 y 1988, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), realizó menos de 5.000 vasectomías por año. En 1989, el IMSS lanzó un programa para abrir cuando menos un centro de capacitación en vasectomía sin bisturí en cada estado del país. Para septiembre de 1994, se habían establecido 44 centros, 116 médicos habían sido capacitados en la técnica y 93 clínicas de pacientes externos ofrecían la vasectomía sin bisturí. En consecuencia, el número de vasectomías practicadas por el IMSS se incrementó de 6.283 en 1989 a 16.882 en 1993. Al mismo tiempo, la razón de procedimientos femeninos respecto a los masculinos disminuyó de 21:1 en 1989 a 10:1 en 1993.³

Reimpreso con la autorización de The Alan Guttmacher Institute de *International Family Planning Perspectives* 1996. 22, 1: 26-31.

Las experiencias de Colombia y México sugieren, entonces, que los hombres responden cuando los servicios de vasectomía están asequibles.

Este artículo ofrece información recabada en seis proyectos de investigación operativa realizados en Brasil, Colombia y México:

- La agencia brasileña Promoção da Paternidade Responsável (PROPATER), evaluó la campaña promocional de la vasectomía en medios masivos que realizó en 1985 una de sus clínicas en São Paulo.⁴
- La agencia colombiana Profamilia evaluó las clínicas de orientación masculina y las campañas promocionales que realizaron en 1988–1989 seis clínicas ubicadas en ciudades de tamaño medio.⁵
- El Centro de Investigación sobre Fertilidad y Esterilidad (CIFE), una organización mexicana de investigación sobre fertilidad, evaluó los efectos de charlas ofrecidas en lugares de trabajo, así como la distribución de folletos hecha a clientes en una clínica de la ciudad de México en 1988–1989.⁶
- El IMSS, que brinda servicios médicos a empleados y a sus familias, examinó en 1994 en seis de sus clínicas (cuatro en la ciudad de México y dos en la provincia), la eficacia de videos informativos y la de promotores varones.⁷
- MEXFAM, la afiliada en México a la Federación Internacional de Planificación de la Familia, realizó en 1988 una pequeña encuesta de seguimiento a aceptantes de la vasectomía en una clínica de la ciudad de México.⁸
- Mercadotecnia Social Aplicada (MSA), una organización mexicana de investigación en mercadeo social, evaluó en 1988 el impacto de una campaña de promoción de la vasectomía en una clínica de la ciudad de México.⁹

Las características principales de los proyectos aparecen en el cuadro 1. Los proyectos sometieron a prueba diversas estrategias de promoción de la vasectomía, recolectaron estadísticas de servicio y llevaron a cabo estudios cuantitativos y cualitativos de seguimiento de aceptantes. Los datos recabados pueden ser útiles para el diseño y mercadeo de servicios de vasectomía en estos tres países y en otros de América Latina, específicamente para: identificar el segmento de mercado de clientes potenciales para el procedimiento, describir el proceso para decidir acerca del procedimiento, y para evaluar la eficacia de la entrega de los diversos servicios y de las estrategias de promoción.

Características de los aceptantes

Una primera etapa, indispensable para enfocar las campañas promocionales y diseñar estrategias adecuadas para brindar los servicios, es identificar las características de los clientes potenciales del procedimiento. Para descubrir quiénes pueden ser los aceptantes potenciales de la vasectomía sólo tenemos

Cuadro 1. Características selectas de seis proyectos de investigación operativa sobre vasectomía en Brasil, Colombia y México

País y agencia	Intervenciones probadas	Lugares de entrega de servicios	Fuentes de datos
<p>Brasil PROP ATER (ver la referencia 4)</p>	<p>Se insertaron cuatro anuncios en revistas noticiosas con un público de lectores estimado en 4,4 millones de hombres > 30 años de edad. Se realizó una pre-campaña de promoción (a través de reportes de noticias y entrevistas en radio, televisión, diarios y pequeños periódicos semanales con anuncios) que coincidió con una conferencia internacional sobre consejería en esterilización.</p>	<p>Una clínica en São Paulo.</p>	<p>Formatos de admisión a la clínica de 10.266 clientes; registros clínicos de 7.403 aceptantes de la vasectomía y registros de 4.393 llamadas telefónicas y 386 cartas.</p>
<p>Colombia PROF AMILIA (ver la referencia 5)</p>	<p>En dos entornos, uno en contexto exclusivamente masculino (una clínica para hombres y una clínica que observaba un horario segregado exclusivo para hombres), y otro en contexto tradicional orientado a mujeres (dos clínicas), personal especializado ofreció servicios para varones (urología, vasectomía, tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, cirugía ambulatoria). Cada clínica hizo una campaña en los medios (radio y periódicos), y un promotor llevó a cabo actividades de información, educación y comunicación. Dos clínicas se designaron como controles.</p>	<p>Una clínica en cada una de seis ciudades de tamaño medio: Manizales, Ibagué, Pasto, Pereira, Neiva y Bucaramanga</p>	<p>Historias clínicas de 628 aceptantes de la vasectomía; una encuesta de seguimiento a aceptantes del procedimiento (N=306); tres grupos focales (un grupo en cada una de tres clínicas); encuestas de satisfacción con el servicio hechas a clientes en las seis clínicas (N=736); registros contables de las clínicas.</p>
<p>México CIFE (ver la referencia 6)</p>	<p>Charlas en los lugares de trabajo impartidas por ocho promotores que hicieron publicidad a los servicios de vasectomía que ofrecía un médico particular.</p>	<p>Una clínica en la ciudad de México.</p>	<p>Una encuesta hecha a los individuos que asistieron a las charlas o que recibieron un folleto (N=3,589); encuesta de seguimiento a aceptantes de la vasectomía (N=50).</p>

País y agencia	Intervenciones probadas	Lugares de entrega de servicios	Fuentes de datos
IMSS (ver la referencia 7)	Exhibición de un video informativo sobre la vasectomía en las salas de espera de dos clínicas; en dos clínicas se capacitó a los aceptantes para promover la vasectomía y para referir a amigos para información y servicios; el personal que brinda los servicios en estas dos clínicas y en otras cercanas asistió a una charla y recibió un manual de encuestas sobre vasectomía; también se les solicitó referir a clientes potenciales. Dos clínicas sirvieron como control. (Las seis clínicas emplearon carteles promocionales y folletos).	Cuatro clínicas en la ciudad de México, una clínica en Pachuca y una clínica en Ciudad Juárez.	Encuesta de seguimiento a aceptantes de la vasectomía (N=444); en las seis clínicas, encuesta a clientes varones casados que tenían entre 18-55 años de edad (N=421); en las seis clínicas, encuesta a clientes mujeres, casadas, que tenían entre 18 y 49 años de edad (N=524).
MEXFAM (ver la referencia 8)	Ninguna.	Una clínica en la ciudad de México	Encuesta de seguimiento a aceptantes de la vasectomía (N=37).
MSA (ver la referencia 9)	Anuncios en carteleras y en periódicos de la comunidad; promotor masculino de servicios de la clínica para hombres, especialmente la vasectomía.	Una clínica en la ciudad de México	Registros clínicos de 259 aceptantes de la vasectomía; tres sesiones de grupos focales realizadas con parejas de clase media que no estaban protegidas por la esterilización; encuestas a hombres que habían solicitado información sobre vasectomía (N=25), y de aceptantes una hora antes de que se les practicara la operación (N=25); encuesta de seguimiento a hombres a quienes ya se había practicado la vasectomía de un año a un mes antes (N=50)

que observar a los clientes actuales. Las estadísticas del servicio y los estudios de seguimiento en los seis proyectos de investigación operativa muestran que la edad promedio de los aceptantes oscila entre 32 y 35 años, y que más de 70 por ciento tiene entre 28 y 40 años. Los hombres que eligen la vasectomía poseen niveles de educación relativamente altos (secundaria incompleta como mínimo), y familias relativamente pequeñas —con menos de tres hijos, de los cuales el menor tiene entre dos y cinco años de edad; esto es, han sobrepasado las edades pico de la mortalidad del niño. Casi siempre viven en ciudades grandes. La mayor parte de los hombres que se han practicado la vasectomía está casado o unido, y en promedio sus parejas son cinco años más jóvenes.

Una elevada proporción (que oscila entre 57 y 98 por ciento) de los clientes de la vasectomía o sus esposas practicaba la anticoncepción cuando decidió operarse; entre 18 y 39 por ciento utilizaba métodos que requerían de la participación masculina (condón, retiro, abstinencia periódica). Además, aparentemente estos hombres se sentían cómodos al hablar con sus esposas acerca de la anticoncepción y desplegaban un alto sentido de responsabilidad familiar y preocupación por la salud y el bienestar de ellas.

De acuerdo con este perfil de aceptantes, los hombres que eligen el procedimiento lo hacen, en promedio, siendo más jóvenes y teniendo menos hijos, en comparación con los hombres que se decidieron por la vasectomía una década atrás.¹⁰ Además, los aceptantes tempranos de la vasectomía tendían a ser de condición socioeconómica relativamente alta y poseían una buena educación; proporcionalmente, estaban más protegidos con un método anticonceptivo al momento de practicarse la operación. Parece entonces que, conforme los hombres latinoamericanos conocen y hacen uso de la vasectomía, las características de los aceptantes se acercan más al promedio.

El proceso de toma de decisión

Según lo que revelaron tanto las encuestas como los estudios de seguimiento y las reuniones de los grupos focales realizados junto con los seis proyectos, el proceso de toma de decisión respecto de la vasectomía observa las cuatro etapas que casi siempre acompañan la adopción de cualquier innovación* —toma de conciencia, búsqueda de información, evaluación y adopción.¹¹

* Según un investigador estado unidense, casi todos los aceptantes de la vasectomía experimentaron seis eventos significativos en el proceso de toma de la decisión —toman conciencia acerca de la vasectomía, hablan con un hombre que ya se la ha practicado, deciden que ya no van a tener hijos, consideran seriamente la vasectomía, deciden que los métodos temporales ya no son aceptables y consideran que la vasectomía es el mejor método. Además, más de la mitad de los hombres que eligieron este procedimiento lo hizo después de haber experimentado un sobresalto por un embarazo. Ver S. D. Mumford, "The Vasectomy Decision-Making Process", *Studies in Family Planning*, 14: 73–82, 1983.

Entre los eventos tempranos de la etapa de concientización están darse cuenta de que uno ya tiene, o ha excedido, el número de hijos que desea, y que no conviene seguir usando métodos temporales. Otro evento clave es averiguar acerca de la vasectomía. En los seis proyectos de investigación operativa, casi todos los hombres que aceptaron el procedimiento se familiarizaron primero con él a través de amigos y parientes, de sus esposas, de personal de salud, del radio o la televisión.

En las etapas de búsqueda de información y de evaluación, lo más frecuente era que los hombres consultaran con sus esposas (así ocurrió con 74 a 88 por ciento de los hombres en cuatro de los proyectos), con personal de salud (como sucedió con 40 por ciento de los varones en dos proyectos), y con parientes y amigos (más de 20 por ciento en cuatro proyectos). Adicionalmente, en cuatro proyectos, al menos 11 por ciento de los aceptantes mencionó que en esa etapa había hablado con un amigo que ya se había hecho la vasectomía; y en cuatro proyectos, de 26 a 66 por ciento dijo que conocía a otros hombres que se habían hecho la operación. Esta proporción, relativamente elevada dada la baja prevalencia de la vasectomía en los tres países, confirma la importancia que tiene en el proceso de toma de decisión la información que suministran otros hombres que ya se han hecho el procedimiento. De hecho, en los grupos focales de Colombia algunos participantes mencionaron que la información que les habían dado amigos que ya se habían hecho la vasectomía había sido el factor que los había decidido a inclinarse por ese método anticonceptivo.

Aunque los candidatos a la vasectomía también buscan información en los medios durante el proceso de toma de decisión, no es fácil predecir el momento en que dichos medios la suministrarán. Por ello, los materiales que los mismos proveedores de servicios producen constituyen fuentes de información particularmente importantes para esta etapa. Por ejemplo, en el proyecto del IMSS en México, 62 por ciento de los aceptantes leyó los folletos distribuidos por el proveedor antes de tomar la decisión final; esta proporción es más del doble de la que estaba expuesta a recibir información a través de los medios masivos. Finalmente, 44 a 51 por ciento de los individuos que respondieron en los seis proyectos dijo que su esposa había influido sobre su decisión; la influencia del personal de los servicios fue mencionada en segundo lugar. Otras fuentes parecen haber ejercido un limitado influjo sobre el proceso de decisión final.

En los proyectos de Profamilia, MSA y CIFE, se preguntó a los clientes cuánto tiempo habían reflexionado acerca de la vasectomía antes de tomar una decisión. Un tercio de los hombres del estudio de MSA, y dos tercios de los del estudio de Profamilia, decidieron dentro de un lapso de cuatro meses; en ambos estudios, menos de 20 por ciento dijo que la decisión le había tomado más de un año. De este modo, el proceso de toma de decisión parece haber tomado un

tiempo relativamente corto, sobre todo si se le compara con la duración promedio que arrojó un estudio realizado en Estados Unidos (cerca de 20 meses).¹²

Como los proyectos utilizaron técnicas y preguntas diversas para explorar las razones que esgrimían los hombres para practicarse una vasectomía, los resultados no son estrictamente comparables. Sin embargo, los datos sugieren un número de importantes razones. En los proyectos de CIFE, MSA y MEXFAM, cuando se pidió a los aceptantes señalar las ventajas de la vasectomía, entre 40 y 90 por ciento mencionó la permanencia y eficacia del método; estos hombres ya habían tenido todos los hijos que deseaban. De hecho, un poco menos de la mitad de los informantes de estos tres proyectos dijo que la razón principal para hacerse la vasectomía era la permanencia del método; la salud de la esposa fue citada por 21 a 57 por ciento de los aceptantes.

En cuatro proyectos, la proporción de quienes dijeron haber considerado la esterilización femenina osciló entre 51 por ciento (en el proyecto de Profamilia) y 81 por ciento (en el proyecto del IMSS). Es por eso que la vasectomía era la alternativa más atractiva para la mayoría de estos hombres. Las razones que se adujeron con más frecuencia para elegir este procedimiento por sobre la ligadura de trompas fueron que la vasectomía era más sencilla, fácil y rápida, y también más cómoda (citadas por 39 a 60 por ciento de quienes habían considerado la esterilización femenina). Adicionalmente, 39 por ciento de los aceptantes en el IMSS mencionó como factor muy importante la mayor seguridad de la vasectomía en comparación con la esterilización femenina.

La siguiente razón más señalada por los hombres en su preferencia por la vasectomía sobre la esterilización femenina, fue la preocupación por la salud de sus esposas, mencionada en una proporción que oscila entre 20 por ciento (CIFE) y 44 por ciento (MSA). Finalmente, alrededor de 10 por ciento de los informantes citó también su deseo de colaborar con su esposa en la responsabilidad de planear la familia. En cuanto a los grupos focales, los argumentos de los participantes en favor de la vasectomía fueron la salud de la esposa, su amor por ella y la conveniencia de la vasectomía por sobre la esterilización femenina y los métodos temporales.

Otro factor que influyó sobre la decisión fue el tipo de técnica quirúrgica que se emplea. En el IMSS, 39 por ciento de los aceptantes dijo que la técnica quirúrgica sin bisturí había facilitado su decisión, pues en general tenía temor a la cirugía. Las sesiones de grupos focales de MSA con parejas no esterilizadas, y de MEXFAM con hombres que se habían hecho la vasectomía, revelaron también temores con respecto a la cirugía; la técnica sin bisturí podría entonces representar una característica promocional importante.

Entre 10 y 20 por ciento de quienes respondieron en los seis proyectos habló de efectos secundarios —como sudores y dolor— ; no obstante, casi

todos estaban satisfechos con los servicios y con el método mismo. En los tres proyectos en los que se preguntó por la calidad de las relaciones sexuales después del procedimiento, 35 a 52 por ciento dijo que su actividad sexual había mejorado; por el contrario, la proporción de quienes dijeron que la calidad de su relación sexual había empeorado fue insignificante; este hallazgo se confirmó en las discusiones de los grupos focales de Profamilia y MEXFAM.

En el proyecto de Profamilia y en el proyecto de MSA, sólo 1 por ciento y 2 por ciento, respectivamente, de quienes se practicaron la vasectomía lamentó haberlo hecho. En cinco de los proyectos, casi 75 por ciento de los participantes habló de la vasectomía o la recomendó a otros hombres, y 82 a 96 por ciento dijo que procedería a hacérsela en el futuro. Ello sugiere que a los aceptantes de la vasectomía se les podría reclutar y alentar para volverse promotores del método.

En Estados Unidos, los hombres que ya se han hecho la operación son componentes clave de una red de difusión e información sobre vasectomía;¹³ sin embargo, en los tres países de América Latina que formaron parte de este estudio, son los miembros de la familia los que parecen ejercer la mayor influencia. En la mayoría de los países, las razones que los hombres esgrimen más a menudo para elegir la vasectomía son haber logrado el tamaño de familia que desean, sus circunstancias económicas y su descontento con otros métodos.¹⁴ La preocupación por la salud de la esposa, su amor por ella y el deseo de asumir una mayor responsabilidad para planificar la familia son factores que parecen tener particular relevancia en los tres países de América Latina que el estudio abarcó. Finalmente, investigaciones realizadas con anterioridad en otros países en desarrollo (Bangladesh, Colombia, Corea, Guatemala, India y Malasia) y en países desarrollados (Australia, el Reino Unido y Estados Unidos, incluyendo Puerto Rico), hablan de los mismos efectos positivos o neutros sobre la libido y sobre la calidad de las relaciones sexuales después de la vasectomía, y también de las mínimas proporciones de hombres que dijeron que lamentaban haberse realizado el procedimiento.¹⁵

Eficacia de las estrategias

Por varias razones, los resultados de las estrategias promocionales que se pusieron a prueba en los proyectos de investigación operativa no son, en un sentido estricto, comparables. En primer lugar, los proyectos experimentaron con diferentes mezclas de estrategias promocionales y algunos no intentaron evaluar la contribución relativa individual, o no emplearon un diseño experimental sólido que les hubiera permitido hacerlo. En segundo lugar, si bien casi todos los proyectos que emplearon un diseño experimental preguntaron a los aceptantes cómo habían llegado a saber acerca del procedimiento, cada proyecto utilizó distintos instrumentos para recolectar los datos, los cuales no enumeran

sistemáticamente las mismas fuentes de información. En consecuencia, existe la posibilidad de que a algunos hombres se les haya ofrecido una elección más limitada que a otros. Por esta razón, pueden haberse subestimado las proporciones de hombres que dependieron de dichas fuentes no enumeradas. De ahí que los resultados que se presentan en esta sección deban considerarse sólo sugerentes.

Los proyectos que recurrieron mínimamente a un diseño cuasiexperimental para evaluar los efectos de estrategias promocionales encontraron que las campañas habían sido eficaces. En São Paulo, Brasil, PROPATER realizó una campaña publicitaria insertando durante diez semanas cuatro anuncios diferentes en revistas masculinas cuya periodicidad era semanal y mensual. En el año previo a la campaña, PROPATER practicó un promedio de 11 vasectomías cada día; durante la campaña, el promedio se incrementó en 76 por ciento para llegar a cerca de 20 procedimientos diarios. Al año siguiente, la cifra se estabilizó en cerca de 17 por día, un nivel 54 por ciento mayor que el que se manejaba antes de la campaña.

Cuando se examinaron las fuentes de información de los varones respecto de la vasectomía en las diez semanas que duró la campaña, resultó que 18 por ciento de los nuevos clientes había visto un anuncio de revista sobre el procedimiento, en comparación con 4 por ciento que lo hizo en el año que siguió a la campaña. A diferencia de esto, durante la campaña 74 por ciento de los nuevos clientes dijo que había hablado con un paciente de la clínica, en comparación con 88 por ciento que lo hizo en el período posterior a ella, y con una proporción más pequeña de nuevos clientes que había hablado con fuentes tradicionales de información (parientes y amigos) durante la campaña y posteriormente.

En Colombia, Profamilia llevó a efecto una campaña en radio y prensa durante un lapso de cinco meses para promover los servicios para hombres (incluyendo la vasectomía), que ofrecían en cuatro clínicas de cuatro ciudades; cada clínica había contratado también a un promotor para dar charlas en la clínica misma y en las comunidades. Con fines comparativos, se designaron como clínicas de control a dos de ellas que sólo recurrían a la promoción interpersonal de manera rutinaria. El número promedio de vasectomías practicadas en las cuatro clínicas experimentales aumentó 120 por ciento en comparación al año anterior (promedios de 57 y 125 procedimientos, respectivamente), mientras el número de procedimientos practicados en las dos clínicas de control aumentó únicamente 59 por ciento (de 40 a 63 por clínica).

Al comparar los registros de los pacientes de las clínicas experimentales con los de las clínicas de control resultó que, en las primeras, una proporción mucho mayor de hombres mencionó la radio como su fuente de información (22

por ciento vs. 5 por ciento), mientras ocurría lo contrario respecto de otras fuentes de información: personal clínico (23 por ciento vs. 27 por ciento), periódicos (3 por ciento vs. 9 por ciento), y anuncios de las clínicas (3 por ciento vs. 5 por ciento). Sin embargo, por lo que hace a parientes y amigos, virtualmente no había diferencia en las proporciones que los citaron como su fuente de referencia (39 por ciento vs. 40 por ciento).

En el proyecto del IMSS, dos clínicas sometieron a prueba una intervención de un año valiéndose de los hombres que se habían hecho la vasectomía en calidad de promotores voluntarios, aunados a un sistema de referencia entre las clínicas dentro de la más amplia red del IMSS. Esta intervención incrementó el número de vasectomías en 25 por ciento (de 375 a 470 procedimientos); mientras tanto, mediante una técnica comparativa utilizada por dos clínicas, un video informativo se puso a la disposición en la sala de espera; esta técnica incrementó las vasectomías en 8 por ciento (de 495 a 534 procedimientos). Además, en el transcurso de ese período, el número de vasectomías se incrementó 6 por ciento en las dos clínicas de control (de 694 a 738).

En América Latina, otras campañas promocionales lograron también incrementar la demanda por los servicios de vasectomía. Por ejemplo, la organización de planificación familiar APROFAM, de Guatemala, comparó en 1983–1984 tres enfoques promocionales —radio exclusivamente, radio y promotor, y promotor solamente. En el total de las tres intervenciones, resultaron casi tres veces más vasectomías practicadas de las que se habrían esperado en ausencia de esa promoción.¹⁶ Además, la evaluación de una campaña multimedios que PROPATER llevó a cabo durante seis semanas encontró que el número de vasectomías practicadas se había incrementado 80 por ciento en el transcurso de la campaña, y que en el período semestral posterior a su término se había mantenido 55 por ciento más alto en comparación con los niveles previos a ese esfuerzo.¹⁷

La mayor parte de la experiencia acumulada en América Latina muestra que las fuentes tradicionales (parientes, amigos y proveedores) son casi siempre las responsables de la mayor proporción de referencias. Un modo de determinar la eficacia de las campañas promocionales, sobre todo cuando se inicia la operación de las clínicas, es mediante el examen de la proporción de clientes de vasectomía que citan la campaña como fuente de referencia. En el proyecto de MSA, una clínica de la ciudad de México lanzó una campaña promocional que incluía anuncios en periódicos de la comunidad y en carteles, y también los servicios de un promotor. Fueron más los aceptantes que informaron haber sabido de la clínica a través de los carteles (44 por ciento), que mediante un anuncio de la clínica (22 por ciento), anuncios de periódico (21 por ciento), el promotor y otro personal de la clínica (15 por ciento), y de parientes y amigos (15 por ciento).

¿Cuáles son los factores que determinan que una campaña o un programa promocional de vasectomía tenga éxito? La experiencia de la región muestra que un liderazgo fuerte del programa es esencial para el éxito. A menudo, este liderazgo se logra estableciendo un equipo para ampliar los servicios para hombres, incluyendo la vasectomía. El equipo lleva a cabo actividades que efectivamente demuestran la importancia que la institución da a la vasectomía como método; entre estas actividades se pueden incluir el establecimiento de clínicas u horarios exclusivos para hombres, el inicio de un programa sólido de capacitación en vasectomía, la ampliación de los servicios para hombres, y la organización de campañas de información, educación y comunicación. En programas grandes, suele ser notable el efecto que una sola persona entusiasta puede ejercer sobre el número de vasectomías que se practiquen.

Las experiencias que se documentan en estos seis proyectos de investigación operativa sugieren que los aumentos en el número de vasectomías con frecuencia reflejan la capacidad de una campaña para llegar a un gran número de individuos que pueden estar interesados en la vasectomía. Tanto el proyecto de PROPATER como el de Profamilia mostraron que las características sociales y demográficas de los hombres que respondieron a las campañas no eran sustancialmente diferentes de las de los hombres que habían acudido a las clínicas antes de la campaña. Los hombres que supieron de la vasectomía a través de la campaña eran muy similares a los que habían llegado a saber del método por una fuente tradicional; ello sugiere que al menos en las etapas iniciales de difusión del procedimiento, las campañas promocionales, más que atraer a una población de hombres nueva y diferente, tienden a llegar a hombres que se asemejan a clientes previos.

Es posible que la importancia de acceder a la audiencia apropiada se ilustre mejor a través de los proyectos que han fracasado en ese intento. Lamentablemente, pocas experiencias de fracaso promocional se han documentado adecuadamente; y son menos todavía las que han intentado explicar las razones de ese fracaso. Sin embargo, el proyecto CIFE es una excepción. Se contrató a ocho promotores para que durante un año hicieran publicidad a los servicios de vasectomía que ofrecía un médico particular. Los promotores dieron charlas y distribuyeron folletos a audiencias mixtas en fábricas y oficinas. Solamente 55 hombres se hicieron la vasectomía en el transcurso del proyecto, y de ellos sólo dos mencionaron a los promotores como su fuente de referencia.

Al someter a prueba la hipótesis de que la campaña fracasó debido a una estrategia inadecuada de objetivos, los investigadores compararon las características sociales y demográficas de la audiencia objetivo con las de los aceptantes del procedimiento en los proyectos de MEXFAM, Profamilia,

PROPATER y MSA. Según la definición de los investigadores, los hombres que tenían por lo menos una característica que no compartía 80 por ciento de los aceptantes en los otros cuatro proyectos no deberían haberse considerado un objetivo de los mensajes de los promotores.

Más de dos tercios (69 por ciento) de los 3.589 individuos que asistieron a las charlas de los promotores, o que recibieron folletos, tenían mínimamente una característica que los descalificaba de la audiencia compuesta, y desde el principio no deberían haber sido considerados un objetivo de la campaña, pues eran menores de 24 años o mayores de 52, no habían tenido todavía dos hijos por lo menos, su hijo menor era mayor de 19 años, tenían una escolaridad menor a cuatro años, no estaban casados o unidos, o ya estaban protegidos por la esterilización (masculina o femenina).

Así las cosas, la ineficacia de esta estrategia de promoción personal parece haber resultado, en gran medida, de una limitada segmentación y del enfoque de la audiencia. Esta conclusión se refuerza si consideramos que la ley mexicana requiere que todos los empleados se afilien al IMSS, institución que brinda servicios gratuitos de vasectomía a sus afiliados. Para un médico particular, esta audiencia de obreros y empleados de oficinas parecería ser un objetivo inadecuado.

Normalmente, el costo-efectividad de las estrategias promocionales se estima como una razón de las vasectomías, o años-protección-pareja (dado que cada vasectomía confiere un promedio de 12,5 años-protección-pareja), y los costos del programa. Por ejemplo, en un principio, al analizar el costo-efectividad del proyecto de PROPATER, los investigadores asumieron que el número de vasectomías habría permanecido en el mismo nivel en ausencia de la campaña promocional; luego atribuyeron a la campaña 54 por ciento del aumento. Dividieron los costos totales de la campaña por el número adicional de vasectomías practicadas, y estimaron que el costo por aceptante de vasectomía adicional que había sido reclutado por la campaña de anuncios en revistas era de \$39 dólares (o \$3,12 dólares por año-protección-pareja).

El proyecto de Profamilia constituye otro ejemplo. Utilizando la misma metodología, los autores estimaron que el costo-efectividad de la campaña, que se valió de la radio, los periódicos y los promotores, era de \$7,50 dólares por cada año-protección-pareja adicional. Sin embargo, en ambos casos se trata solamente de rendimientos de un año. Los investigadores señalan que el costo-efectividad requiere ser estimado para períodos más largos, dado el efecto acumulado de las referencias hechas por aceptantes satisfechos de la vasectomía y la capacitación de personal en años subsecuentes.

Demanda potencial

A futuro, ¿cuál es la demanda potencial por la vasectomía en estas zonas de América Latina? El proyecto del IMSS intentó contestar esta pregunta mediante

una encuesta hecha entre sus pacientes: 421 hombres y 624 mujeres fueron entrevistados en las salas de espera de seis de sus clínicas. Todos los encuestados estaban casados o unidos; las mujeres tenían entre 15 y 49 años, y los hombres entre 20 y 59. Solamente 15 por ciento de los hombres y 19 por ciento de las mujeres tenían menos de seis años de escolaridad; cerca de 50 por ciento y 61 por ciento, respectivamente, tenían dos o menos hijos. En términos generales, más de 80 por ciento de los encuestados sabía lo que era la vasectomía, y cerca de 20 por ciento dijo conocer la cirugía sin bistorí.

En relación con la práctica anticonceptiva de las mujeres, 31 por ciento estaba protegida por la esterilización femenina, 2 por ciento por la vasectomía de su esposo, y 42 por ciento por un método temporal; 25 por ciento no utilizaba método alguno. Entre los hombres, 33 por ciento estaba protegido por la esterilización de su esposa, 4 por ciento por su propia vasectomía, y 37 por ciento por métodos temporales; 26 por ciento no empleaba método alguno. Entre los encuestados que estaban protegidos por la esterilización femenina, más de 11 por ciento señaló que había considerado la vasectomía durante el proceso de toma de decisión.

Para evaluar la demanda potencial por la vasectomía, a los encuestados que no estaban protegidos por un método permanente se les preguntó si pensaban que en el futuro ellos o sus esposas se esterilizarían. Una mayor proporción de mujeres que de hombres (73 vs. 52 por ciento, respectivamente), contestó que sí. Al preguntárseles si era probable que eligieran la vasectomía en vez de la esterilización femenina, 31 por ciento de los hombres dijo que lo haría, pero sólo 22 por ciento de las mujeres habló de la posibilidad de que su esposo lo hiciera. Sin embargo, únicamente 30 por ciento de los hombres y 55 por ciento de las mujeres informaron haber discutido realmente este tema con su pareja; 21 por ciento en total dijo que conocía a algún hombre que se había hecho la vasectomía.

Otros análisis mostraron que era más probable que los hombres manifestaran que adoptarían la vasectomía en el futuro, a que las mujeres dijeran que sus esposos lo harían. La demanda potencial por la vasectomía es mayor entre hombres que son comparativamente más jóvenes, que tienen más educación y menos hijos; también es ligeramente mayor entre los usuarios actuales de métodos temporales que entre aquéllos que no son usuarios.

Conclusiones

La información recolectada en estos seis proyectos de investigación operativa sugiere algunas de las siguientes conclusiones e implicaciones para promover la vasectomía en ciudades de América Latina.

- *Los clientes potenciales constituyen un segmento bien definido de la población.* Estos hombres tienden a ser relativamente jóvenes y

comparativamente bien educados; tienen familias pequeñas, trabajos fijos y una vida familiar estable. Casi todos utilizan ya un método anticonceptivo, y una gran proporción recurre a métodos que requieren de su participación activa, tales como el condón o la planificación familiar natural. Siendo así, los programas de vasectomía deben diseñar estrategias de entrega de servicios y promociones que lleguen a esta población específica y satisfagan sus necesidades.

- *Las fuentes interpersonales informales, en especial las esposas y los hombres que se han practicado la vasectomía, influyen de manera importante sobre el proceso de toma de decisiones.* Los esfuerzos para promover el procedimiento requieren entonces que los hombres que se han hecho la vasectomía, tanto como sus esposas, se involucren de manera más eficaz. Por ejemplo, a las mujeres se les puede ofrecer la vasectomía como una alternativa a la esterilización femenina —particularmente en aquellos momentos en que hay una mayor receptividad a la información, como pudiera ser en el post-parto. A su vez, se debería invitar a todos los aceptantes de la vasectomía a colaborar en esfuerzos promocionales, y también enseñarles a identificar a amigos que pudieran estar interesados en el procedimiento; del mismo modo, se les deben ofrecer materiales promocionales para que los distribuyan a amigos, según se requiera. Es necesario desarrollar mecanismos que permitan mantener el contacto con estos aceptantes-promotores y manejar a quienes ellos refieran.
- *Los proveedores de servicios de salud son una de las fuentes más consultadas durante la etapa de evaluación para adoptar el proceso.* El personal requiere entonces estar bien entrenado en técnicas de consejería, e involucrarse en la promoción del procedimiento y en la referencia de clientes potenciales. Brindar capacitación, así sea mínima, a todo el personal de las clínicas, parece ser más eficaz que ofrecer la capacitación sólo a aquéllos que proveen los servicios de vasectomía; algunas clínicas suelen ser mucho más eficaces que otras en cuanto a redes de referencia.¹⁸
- *En los medios masivos, las estrategias promocionales tienden a ser efectivas, particularmente en las grandes ciudades en donde hay servicios clínicos de alta calidad.* En virtud de que la vasectomía está todavía en una etapa temprana de difusión en América Latina, se debe hacer hincapié en los medios masivos, que llegan al mayor número posible de aceptantes potenciales. Los medios que han demostrado ser los más eficaces son las revistas para hombres, los programas nocturnos de televisión dirigidos a audiencias masculinas y los programas noticiosos de radio; tienden a ser menos eficaces los medios que tienen

una menor participación de mercado y los que apuntan a audiencias más diversificadas, como los anuncios en periódicos. El fracaso de las estrategias promocionales parece ser más a menudo la consecuencia de una pobre elección de los medios, y no tanto una falta de respuesta de los hombres. Se deben hacer esfuerzos para identificar y probar otros medios y formatos eficaces.

- *Las argumentos que los hombres esgrimen para adoptar la vasectomía sugieren una bien definida serie de temas de campaña.* Estos temas incluyen: que la vasectomía —y especialmente la vasectomía sin bisturí— ofrece muchas ventajas en comparación con la esterilización femenina y con los métodos temporales; que los hombres eligen la vasectomía en aras del amor a su esposa y la preocupación por su salud, y por su deseo de asumir responsabilidad y colaborar para planificar la familia; y porque la vasectomía confiere una paz interior y mayor disfrute sexual al eliminar preocupaciones de que puedan ocurrir embarazos no deseados.
- *Algunas parejas que en la actualidad no han acudido a la esterilización considerarán la vasectomía cuando logren tener el tamaño de familia que desean.* Aunque esta conclusión se basa en un estudio relativamente pequeño que el IMSS llevó a cabo en seis clínicas en tres ciudades, el rápido incremento en los servicios de las pocas instituciones de la región que han hecho un gran esfuerzo por popularizar el método —incluyendo el IMSS y la Secretaría de Salud en México, Profamilia en Colombia y PROPATER en Brasil—, sugiere la presencia de una fuerte demanda potencial por la vasectomía en la región de América Latina. Y aunque en los tres países mencionados las tasas de prevalencia anticonceptiva son entre moderadas y altas, con indicadores socioeconómicos relativamente elevados, el hecho de que sus diferencias culturales sean tan amplias sugiere que puede existir una demanda similar en ciudades con más de 100.000 habitantes a todo lo largo y ancho de la enormemente diversificada región de América Latina. La evaluación de esta demanda potencial requiere de la realización de otros estudios.

Referencias

1. L. Liskin, E. Benoit y R. Blackburn, "Vasectomy: New Opportunities", *Population Reports*, Series D. No. 5, 1992.
2. Profamilia, "Informe de actividades de servicio, año 1993", *Boletín de evaluación y estadística*, Núm. 72, Bogotá, Colombia, 1994.
3. C. Juárez y F. Alarcón, "Prestación de servicios de planificación familiar a varones en el IMSS", ponencia presentada en la Segunda Conferencia Latinoamericana de Investigación Operativa, septiembre 19–22, 1994.

4. M.P.P. de Castro, B.M. de Castro y K.G.Foreit, "Measuring the Effectiveness and Cost-Effectiveness of Mass Media Promotion of Vasectomy Services", *Promoção da Paternidade Responsável (PROPATER)* y The Population Council, São Paulo, Brasil, 1987, y K.G.Foreit, M.P.P. de Castro y E.F.Duarte Franco, "The Impact of Mass Media Advertising on a Voluntary Sterilization Program in Brazil", *Studies in Family Planning*, 20:107-116, 1989.
5. R. Vernon, G. Ojeda y A. Vega, "Operations Research on Different Approaches for Vasectomy Service Provision in Colombia", informe técnico final, Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana (Profamilia) y The Population Council, Bogotá, Colombia, 1989, y ____ "Making Vasectomy Services More Acceptable to Men", *International Family Planning Perspectives*, 17:55-60, 1991.
6. L. Núñez y cols., "The Effectiveness of the Private Physician and Male Promoter in the Implementation of a Male-Only Clinic", informe final, Centro de Investigación sobre Fertilidad y Esterilidad (CIFE) y The Population Council, México, D.F., México, 1989.
7. C. Juárez y cols., "A Strategy to Increase the Acceptance of No-Scalpel Vasectomy in Out-Patient Clinics of the Mexican Social Security System", informe técnico final, Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica (AMIDEM) y The Population Council, México, D.F. México, 1994.
8. A. López Juárez y cols., "A Follow-up Survey of Men Undergoing Vasectomy", informe técnico final, Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM) y The Population Council, México, D.F., México, 1988.
9. L. de la Macorra, R. Sánchez y L.Varela, "The Effectiveness of Social Marketing Strategies in the Implementation of Male-Only Clinics", informe técnico final, Mercadotecnia Social Aplicada (MSA) y The Population Council, Querétaro, México, 1989.
10. R. Santiso, J. T. Bertrand y M.A. Pineda, "Voluntary Sterilization in Guatemala: A Comparison of Men and Women", *Studies in Family Planning*, 14:73-82, 1983; S. G. Philliber y W. W. Philliber, "Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review", *Studies in Family Planning*, 16:1-29, 1985; y M.P.P. de Castro y cols., "An Innovative Vasectomy Program in São Paulo, Brazil", *International Family Planning Perspectives*, 10:125-130, 1984.
11. J. M. Bohlen, "Research Needed on Adoption Models", en W. Schramm y D. F. Roberts, eds., *The Process and Effects of Mass Communication*, edición revisada, University of Illinois Press, Urbana, Ill., 1977.
12. S. D. Mumford, "The Vasectomy Decision-Making Process", *Studies in Family Planning*, 14:73-82, 1983.
13. *Ibid.*
14. S. G. Philliber y W. W. Philliber, 1985, *op.cit* (ver la referencia 10).
15. R. Santiso, J.T. Bertrand y M. A. Pineda, 1983, *op.cit.* (ver la referencia 10); S.D. Mumford, 1983, *op.cit.* (ver la referencia 12); S. G. Philliber y W. W. Philliber, 1985, *op.cit.* (ver la referencia 10); M. P. P. de Castro y cols., 1984, *op.cit.*, (ver la referencia 10); y K. Ringheim, "Factors that Determine Prevalence of Use of Contraceptive Methods for Men", *Studies in Family Planning*, 24:87-99, 1983.
16. J. T. Bertrand y cols., "Evaluation of a Communications Program to Increase Adoption of Vasectomy in Guatemala", *Studies in Family Planning*, 18: 361-370, 1987.
17. L. Liskin, E. Benoit y R. Blackburn, 1992, *op.cit.* (ver la referencia 1).
18. A. Estrada, asesor médico principal de la Asociación Voluntaria para la Anticoncepción Quirúrgica, (AVSC por sus siglas en inglés), comunicación personal, 1994.

Esta obra ofrece un panorama de la Investigación Operativa usada en programas de planificación familiar en una colección de artículos publicados en los últimos 35 años, con ejemplos provenientes de países en desarrollo de Asia, Africa y América Latina. Las selecciones cubren una amplia gama de temas que ilustran aquellos tópicos principales que se han beneficiado de la investigación operativa, lo mismo que una variedad de diseños de investigación utilizados en IO. Las cinco secciones del libro abordan el impacto de programas, el acceso a la planificación familiar, recursos, calidad de la atención y realización de estudios de IO.

James R. Foreit es Senior Associate del Population Council, Nueva York. Durante 20 años ha trabajado en investigación operativa en planificación familiar y ha publicado extensamente sobre el tema. Tomas Frejka fue Senior Associate del Population Council y Senior Population Expert de Naciones Unidas. En la actualidad es consultor independiente, ha publicado numerosos libros y artículos sobre una variedad de temas relacionados con políticas de población y con el crecimiento mundial de la población.