

# Investigación Operativa

Perú

## La Estrategia de Consejería Balanceada

 Population Council



 **Fronteras**  
DE LA SALUD REPRODUCTIVA



El Population Council es una organización internacional, no lucrativa y no gubernamental, que busca mejorar el bienestar y la salud reproductiva de las generaciones presentes y futuras en el mundo y ayudar a alcanzar un equilibrio entre la población y los recursos. El Council realiza investigación biomédica, en ciencias sociales y salud pública, y ayuda a fortalecer la capacidad de investigación en países en vías de desarrollo. El Council fue fundado en 1952 y está dirigido por una junta directiva multinacional. Su oficina matriz en Nueva York apoya una red global de oficinas regionales y nacionales.

Population Council  
One Dag Hammarskjold Plaza  
New York, NY 10017 USA  
<http://www.popcouncil.org>



Fronteras de la Salud Reproductiva (FRONTERAS) es un programa global que utiliza la investigación operativa (IO) para poner a prueba enfoques alternativos en la prestación de servicios de planificación familiar y salud reproductiva, con el fin de mejorar los sistemas de prestación, o bien para influir sobre las políticas relacionadas. Financiado por USAID, e implementado por el Population Council en colaboración con Family Health International (FHI) y la Universidad de Tulane, FRONTERAS trabaja en 29 países del mundo, apoyando de manera activa la investigación innovadora y el uso de resultados de la misma en temas que incluyen atención prenatal, servicios comunitarios, comunicación, introducción de anticonceptivos, prácticas de protección dual, economía doméstica, VIH/SIDA, atención post-aborto y post-parto, calidad de la atención, infecciones de transmisión sexual (ITS) y jóvenes. FRONTERAS también fomenta la capacidad institucional en países en vías de desarrollo, tanto para realizar investigación operativa, como para utilizar los resultados. Para mayor información por favor visite nuestra página en Internet en <http://www.popcouncil.org/frontiers/>

Fronteras de la Salud Reproductiva  
Population Council  
4301 Connecticut Avenue, N.W., Suite 280  
Washington, DC 20008 USA



Esta publicación fue posible gracias al financiamiento de la Oficina de Población, Buró de Programas Globales, Apoyo al Campo e Investigación, de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) conforme a los términos del Acuerdo de Cooperación No. HRN-A-00-98-00012-00. Las opiniones expresadas en este documento no reflejan necesariamente las de USAID.

## Perú

### La Estrategia de Consejería Balanceada

Federico R. León, Ph.D. <sup>1</sup>  
Alex Ríos <sup>2</sup>  
Adriana Zumarán <sup>3</sup>  
John Bratt <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Population Council  
<sup>2</sup> Coordinador del Estudio  
<sup>3</sup> Asistente de Investigación  
<sup>4</sup> Family Health International

Population Council  
Oficina Regional para América Latina y el Caribe  
Panzacola 62  
Villa Coyoacán  
México, DF 04000  
Tel.: (55) 5999-8630  
Fax: (55) 5554-1226  
E-mail: [disemina@popcouncil.org.mx](mailto:disemina@popcouncil.org.mx)

Programa Fronteras de la Salud Reproductiva  
Ricardo Vernon, Director Regional  
Antonieta Martín, Oficial Regional de Comunicación

© 2003 The Population Council, Inc.

Cualquier parte de esta publicación podrá reproducirse sin autorización de los editores, siempre y cuando se reconozca la fuente y se utilice sin fines de lucro. Para solicitar mayor información, por favor diríjase al Programa Fronteras del Population Council, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

## Contenido

4	Reconocimientos
5	Resumen
6	I. Contexto y definición del problema
7	II. Marco conceptual de la intervención
7	▶ Paradigma amigable con la usuaria
7	▶ Un folleto sobre el método para la usuaria
7	▶ Especificidad de tarea para el proveedor
8	▶ Ayudas de trabajo para la eficacia del proveedor
9	▶ Reconocimiento organizacional
9	▶ Capacitación y tutoría a cargo de supervisores
10	III. Diseño y conducción del estudio
10	▶ Pre-test
10	▶ Primera ronda de talleres
14	▶ Retroalimentación desde el campo
14	▶ Segunda ronda de talleres
15	▶ Post-test
15	▶ Indicadores de calidad de atención
16	▶ Indicadores de otros logros programáticos
17	▶ Indicadores cuantitativos del servicio
17	▶ Costos de intervención
17	▶ Análisis de datos
18	IV. Resultados
18	▶ Equivalencia de los grupos de tratamiento y control
18	▶ Conformidad con la <i>Estrategia de Consejería Balanceada</i>
19	▶ Efectos de la intervención en la calidad de atención
20	▶ Predictores de conformidad del proveedor
21	▶ Efectos de la intervención en otros logros programáticos
22	▶ Efectos cuantitativos de la intervención en la entrega de servicios
25	▶ Costos de la intervención
26	V. Implicaciones para la utilización de la estrategia
26	▶ Duración de la consulta
26	▶ Conformidad del proveedor
27	▶ Institucionalización de la <i>Estrategia</i>
27	▶ Enfoque integrado de la salud reproductiva
27	▶ Métodos de barrera/naturales
28	▶ Costos de la intervención
28	▶ Proyecciones
29	Notas
31	Referencias
33	Apéndices



## Reconocimientos

Irma Ramos, Mariel León, Gloria Lagos y Rosa Monge ayudaron al primer autor en el perfeccionamiento de la estrategia y las ayudas de trabajo. Marge Horn hizo posible este estudio, que fue apoyado en el Ministerio de Salud del Perú por los sucesivos directores o encargados de planificación familiar desde Jorge Parra (2000) hasta Walter Torres (2001), incluyendo a Eduardo Maradiegue (2001) y Santiago Cabrera (2001). También estamos agradecidos por las contribuciones de Lucy López, Richard Martin, Ana María Buller, Mariela Bazán, Micaela Velaochaga, Ana Rosa Feijoo, Ana Prevoo, Víctor Llontop, Walter Ventosilla, Laura Altobelli, Nancy Williamson, Susan Adamchak, Sarah Harbison, John Townsend, Ricardo Vernon, Jim Foreit, Ian Askew, Dale Huntington, Barbara Janowitz, Laila Nawar, y Nicole Buono, entre otros. Especial mención merecen los directores de DISA, coordinadores de planificación familiar, proveedores, usuarias, capacitadoras, supervisoras de campo, encuestadoras, entrevistadoras, y clientes simuladas que ayudaron a llevar a cabo el proyecto. El estudio fue financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo los términos del Acuerdo Cooperativo Número HRN-A-00-98-00012-00. Las opiniones expresadas aquí son de los autores y no reflejan necesariamente el punto de vista de USAID.

# La Estrategia de Consejería Balanceada

## Resumen

La *Estrategia de Consejería Balanceada*, apoyada con tarjetas y folletos, consiste en diagnosticar las necesidades de planificación familiar de la usuaria para que ella elija el método que considere más conveniente. Primero se le muestran, mediante las tarjetas, los distintos métodos de entre los cuales ella y el proveedor descartan los que no se adaptan a su caso; en seguida, se le proporciona información sobre cuatro atributos por cada método que no hubiera descartado; finalmente, se concentra el resto de la sesión en la inspección detallada de un folleto que contiene amplia información sobre el método elegido por la usuaria.

La *Estrategia* fue probada en un estudio que incluyó la capacitación de 278 proveedores de centros de salud y 75 coordinadores de planificación familiar del Ministerio de Salud del Perú. Como unidades de análisis ( $N = 24$ ) se utilizaron direcciones de salud, apareadas y asignadas aleatoriamente a condiciones de tratamiento y control.

Los indicadores mostraron resultados estadísticamente significativos en la calidad de atención del proveedor que mejoraron más cuando la usuaria elegía el DIU o métodos hormonales que cuando lo hacía con los de barrera o naturales. Para mejorar los conocimientos de la usuaria sobre el método elegido, se requirieron alrededor de tres unidades estándar de mejoría en la calidad de atención. La mayoría de los logros recayeron en poco más de un tercio de los proveedores en el grupo de tratamiento (37 por ciento) que utilizó tanto las tarjetas como el folleto en la interacción con la usuaria e invirtió 20'18" por consulta (versus 13'18" del grupo de control).

La capacitación del proveedor debe continuarse institucionalmente para ampliar la aceptación de la estrategia y beneficiar a mayor número de usuarias.

# I.

## Contexto y definición del problema

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) atraviesa por una transición en el área de planificación familiar: de un énfasis en metas demográficas hacia una preocupación central por la calidad de atención. Las metas demográficas guiaron las principales actividades del MINSA desde 1985, cuando se expidió la Ley Nacional de Población, hasta 1998. Como parte de la transición, se llevó a cabo un estudio para evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por los proveedores de planificación familiar del MINSA. Ello, a través de una muestra nacional de clínicas y hospitales (León, 1999; León *et al.*, 2001). Tres problemas específicos fueron identificados: diagnóstico inadecuado sobre las necesidades de la usuaria,<sup>1</sup> excesiva información sobre la mayoría de opciones anticonceptivas disponibles, e información limitada sobre el método escogido.

Las preguntas de los proveedores en los primeros pasos de la consulta se concentraban en aspectos médicos. La mayoría de proveedores, sin embargo, omitía preguntar a la usuaria sobre temas básicos relacionados con sus intenciones reproductivas o si su pareja cooperaba en la planificación familiar. Más aún, la información obtenida de la usuaria no parecía tener uso práctico, pues influía poco o nada en los siguientes pasos de la consulta.

Los proveedores describían los atributos e instrucciones de uso de casi todos los métodos ofrecidos por el programa (once), independientemente de las necesidades particulares de la usuaria. En efecto, muchas sesiones de consejería estaban organizadas en torno al uso de un rotafolio que presentaba las opciones anticonceptivas y era utilizado en toda su extensión. De otro lado, algunos proveedores excluían del diálogo con la usuaria los anticonceptivos considerados inadecuados para ella, tales como la esterilización en el caso de las mujeres jóvenes con pocos hijos y el método del ritmo (calendario), considerado inefectivo.

La mayor parte de las consultas estaban dedicadas a hablar sobre las opciones anticonceptivas. Se informaba escasamente a las usuarias sobre contraindicaciones, instrucciones de uso o efectos secundarios del método elegido. Como consecuencia de ello, las usuarias entrevistadas tras la consulta conocían poco sobre el método elegido, no más de lo que conocían sobre métodos que eran irrelevantes para sus necesidades. Esto puede ayudar en la explicación de la tasa de discontinuidad anticonceptiva en el Perú; la de 12 meses/todos los métodos/todas las razones alcanza 32.1 (Blanc *et al.*, 1999).



Antonietta Martín

## II.

### Marco conceptual de la intervención

Se desarrolló una *Estrategia de Consejería Balanceada*, apoyada con tarjetas y folletos, para responder a las necesidades de las usuarias, los proveedores y el programa de planificación familiar.

#### *Paradigma amigable con la usuaria*

El modelo de elección informada, empleado por los proveedores, implicaba proporcionar un exceso de información a la usuaria. Se basaba en que, para elegir un método, ella comparara los beneficios de un alto número de métodos de planificación familiar. Simon (1955, 1978) usó el término “racionalidad limitada” para describir las estrategias de los humanos a fin de superar las avasallantes demandas de información para tomar decisiones. Por ejemplo, la de eliminar opciones, una por una para tomar la decisión con base en un juego reducido de opciones. De hecho, en el estudio del MINSA en 1999, se halló que algunos proveedores simplificaban la elección para la usuaria eliminando la esterilización como una opción cuando ella era muy joven; también, algunos proveedores le pedían responder simplemente “sí” o “no” respecto a cada método a medida que progresaban en la revisión del rotafolio. Estas estrategias estaban lejos de ser interactivas para responder a las necesidades de la usuaria y dependían de la inspiración de los proveedores. Lo que se necesitaba era una estrategia que, respetando el principio de la elección informada, simplificara el proceso de decisión para la usuaria, evitando la sobrecarga de información. El tiempo de consulta así ahorrado podría dirigirse a detallar el método elegido.

#### *Un folleto sobre el método para la usuaria*

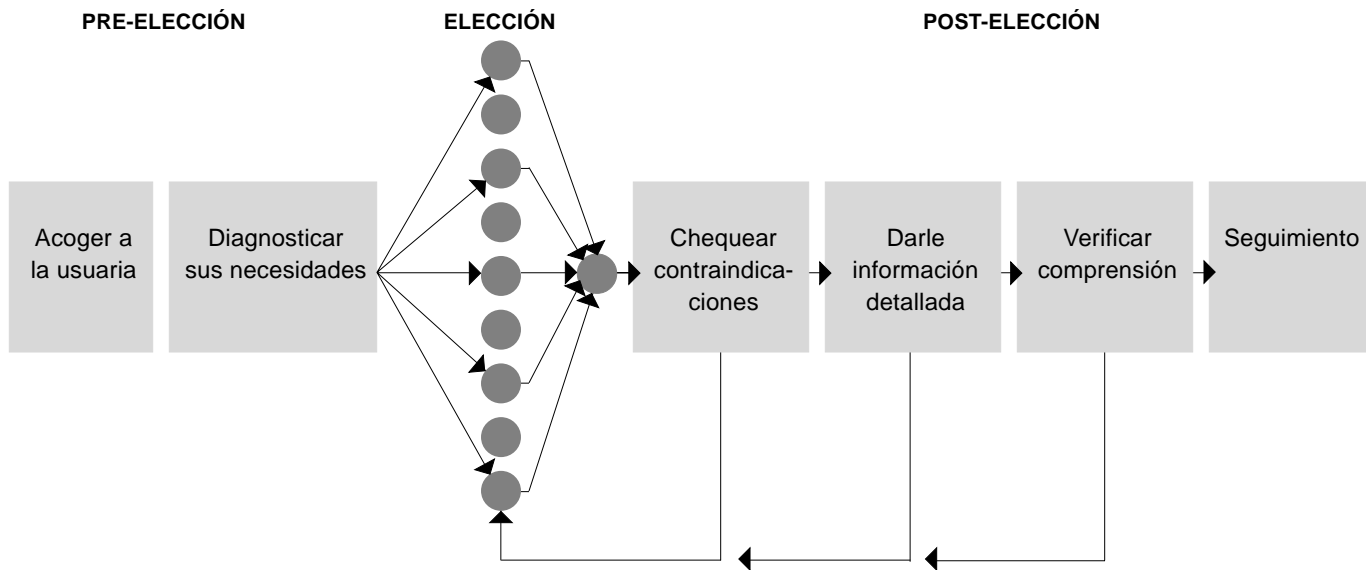
Una segunda necesidad de la usuaria estaba relacionada a su capacidad para adquirir información en torno al método elegido. Docenas de recursos informativos sobre las instrucciones de uso, efectos secundarios, signos de alarma y seguimiento pueden ser relevantes en la adopción de un método anticonceptivo. Sin embargo, no es lógico esperar que la usuaria adquiriera toda la información durante la consulta con un proveedor. La solución podría consistir en la disposición de un folleto sobre el método, el cual llevarse a su casa para consultarlo con detenimiento. Sin embargo, la mayoría de folletos sobre métodos del MINSA contenían escasa información práctica y pocos estaban al alcance de las usuarias en los establecimientos.

#### *Especificidad de tarea para el proveedor*

Las teorías motivacionales prevalecientes sobre el desempeño en el trabajo sugieren que, para lograr un buen rendimiento de acuerdo a un nuevo paradigma de consejería, los proveedores deben tener metas de trabajo específicas y desafiantes (Locke y Latham, 1990). El modelo amigable con la usuaria presentado en la Figura 1 responde a la necesaria especificidad en la tarea del proveedor. Requiere que interactúe con la usuaria y sea exhaustivo en cada paso de la consejería. En la fase pre-elección, la usuaria es recibida cálidamente y se le formulan preguntas para identificar sus necesidades. El diagnóstico de necesidades está al servicio de la elección de método, pues consiste en un proceso de descarte de métodos que el proveedor y la usuaria consideran que a ella no le son útiles de acuerdo a sus circunstancias. Por ejemplo, se descartan vasectomía y ligadura tubaria si la usuaria desea tener hijos en el futuro; o métodos de barrera y la mayoría de métodos naturales si la pareja no coopera en la planificación familiar.

Figura 1

Metas específicas y desafiantes para los proveedores  
en un modelo de consejería amigable con la usuaria



En la fase de elección, el proveedor responde a las necesidades de la usuaria, ofreciéndole información *ad hoc* para ayudarla a escoger un método. Esto implica que sólo abordará métodos relevantes para ella. El proveedor no deberá proporcionarle toda la información conocida sobre estos métodos, pues la saturaría y confundiría. Sólo debe ser comunicada la información esencial que le permita hacer una elección preliminar de método. Cuatro atributos por método deben ser suficientes.

El proveedor debe esperar a que la usuaria elija un método para examinar contraindicaciones de uso. Si el método está contraindicado para ella o la usuaria lo rechaza al conocer mayores detalles sobre el mismo (requerimientos de uso, efectos secundarios, etc.), puede regresar a un paso anterior y escoger un método alternativo. El proveedor debe asegurarse que la usuaria ha comprendido las instrucciones. Si, por ejemplo, la usuaria elige anticoncepción quirúrgica, se deben implementar una serie de rutinas: un período de espera de 72 horas, firma del consentimiento informado, etc. Finalmente, habrá que dar seguimiento para que la usuaria sepa qué hacer para asegurar la continuidad de sus metas reproductivas y resolver eventuales situaciones de emergencia.

*Ayudas de trabajo para la eficacia  
del proveedor*

La motivación para la tarea exige que los proveedores se sientan capaces de alcanzar las metas (Vroom, 1964). En el MINSA se esperaba que ellos completaran un cierto número de tareas diarias y dedicaran a cada usuaria no más de 15 minutos en promedio. De ahí que el proveedor debería convencerse de poder ofrecer una calidad de atención razonablemente buena dentro de estos límites. Se necesitarían entonces apoyos de trabajo que reforzaran el sentimiento de competencia del proveedor para servir a la usuaria bajo el nuevo paradigma.

## *Reconocimiento organizacional*

Fueron concebidos dos juegos como ayuda de trabajo. Uno consistía de once tarjetas pequeñas, una por método ofrecido por el MINSA. El proveedor desplegaría las tarjetas sobre la mesa al comienzo de la consulta y, cuando un método fuera considerado irrelevante para las necesidades de la usuaria, se comentarían con ella las razones. Esto permitiría cumplir brevemente con las exigencias de las *Normas del Programa de Planificación Familiar* de informar a la usuaria acerca de todos los métodos (MINSA, 1999a). Con las tarjetas, habría sobre la mesa una evidencia física del proceso de decisiones, además de que el proveedor y usuaria tendrían permanentemente un marco de referencia sobre el estado de la consulta.

Al final de la fase diagnóstica quedarían sobre la mesa dos grupos de tarjetas, separando los métodos relevantes o irrelevantes para la usuaria. En la fase siguiente, el proveedor o la usuaria tomarían las tarjetas de los métodos considerados relevantes para leer cuatro atributos de cada uno. Luego, el proveedor agruparía los métodos inscritos en las tarjetas en dos o tres conjuntos, según su eficacia anticonceptiva, y pediría a la usuaria escoger el de su preferencia.

El segundo juego consistía de once folletos, uno por método, que incorporarían las instrucciones de uso, contraindicaciones, efectos secundarios, signos de alarma, e indicaciones de seguimiento contenidas en las *Normas* (MINSA, 1999a). Una vez que la usuaria hubiese elegido un método, el proveedor tomaría el folleto correspondiente y lo usaría como una lista de cotejo, señalando a la usuaria “Usted se va a llevar este folleto a su casa, pero primero quiero explicarle sus contenidos.” La usuaria visualizaría el folleto como una ayuda de trabajo para ella más que para el proveedor.

Los trabajadores necesitan sentir que sus objetivos de tarea son consistentes con las prioridades organizacionales y quieren reconocimiento (Vroom, 1964). Hasta muy recientemente, el MINSA sólo reconocía la cantidad de trabajo expresada en el número de usuarias atendidas. De acuerdo a la nueva importancia asignada a la calidad de atención, los sistemas de evaluación y supervisión introducidos en el MINSA, en 1999, prestaban atención a la interacción proveedor-usuaria. Se esperaba que la supervisión técnica fuese ejercida por coordinadores de planificación familiar, operando en hospitales cabeceras de DISA o de red, quienes visitarían los centros y puestos de salud.<sup>2</sup> Sin embargo, las listas de cotejo introducidas para el monitoreo carecían de detalle, no consideraban una toma de decisiones secuencial, y por ende requerían ajustes o alternativas.

## *Capacitación y tutoría a cargo de supervisores*

Un problema final correspondía a la reproducción del conocimiento dentro del Programa Nacional de Planificación Familiar. Los proveedores necesitarían intensa capacitación en la nueva estrategia de consejería tanto para sentirse aptos en el desempeño como para, en efecto, desempeñarse adecuadamente. Los coordinadores de planificación familiar necesitarían capacitación en la *Estrategia de Consejería Balanceada*, así como capacitación como capacitadores para asumir con eficacia la educación de los proveedores. De otro lado, la capacitación formal de proveedores en salones de clase no se podría mantener con la frecuencia suficiente como para que estuviesen permanentemente actualizados. De allí que los coordinadores de planificación familiar tendrían que ser capacitados para asumir funciones de tutoría.

### III.

## Diseño y conducción del estudio

Este estudio fue diseñado para perfeccionar, introducir y probar la *Estrategia de Consejería Balanceada* en establecimientos del MINSA. Para evitar la difusión del tratamiento si se tuviesen proveedores bajo tratamiento y de control, sea a nivel de establecimiento, red, o de dirección de salud (DISA), se escogió a la DISA como unidad de experimentación y análisis.

Las 34 DISAs del MINSA fueron consideradas a fin de maximizar la generalización de los hallazgos. Ellas fueron agrupadas en 10 tríos y dos pares que aseguraban equivalencia geográfica y cultural. De cada juego, se asignó en forma aleatoria una DISA al grupo de tratamiento y una al grupo de control, quedando la tercera fuera del estudio (véase la Figura 2).

Para fortalecer la equivalencia entre los grupos de tratamiento y control, se equipararon redes de salud a través de las DISAs equiparadas, usándose criterios geográficos, culturales y de flujo de usuarias.<sup>3</sup> Sólo se involucró a los centros de salud, a fin de mantener una estructura homogénea de servicios.<sup>4</sup>

#### *Pre-test (junio-septiembre 2000)*

Los recolectores de datos comenzaban considerando el mayor establecimiento de la red de salud seleccionada y continuaban con los siguientes hasta enrolar en el estudio de 12 a 16 proveedores por DISA. Si encontraban a menos de 12, pasaban a la siguiente red.

Varios equipos recolectores de datos integrados por cuatro personas cada uno trabajaron simultáneamente en diversas regiones del país. El centro de salud era visitado primero por la líder del equipo, quien obtenía el consentimiento informado del proveedor para participar en la investigación y, si lo permitía el tiempo, conducía la entrevista con él o ella; de otra manera, regresaba en fecha posterior para completar la tarea. Otras dos

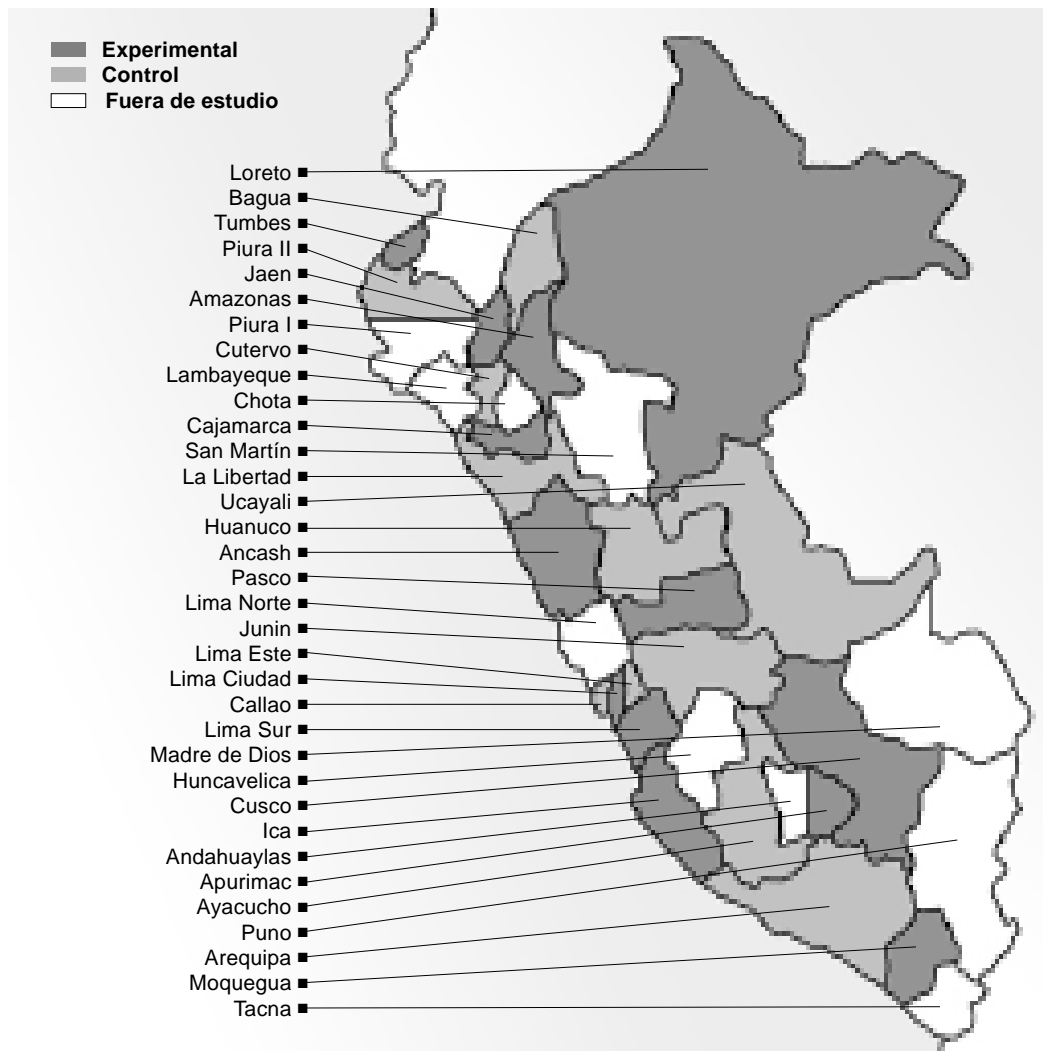
recolectoras de datos trabajaban en pares. Una observadora seguía al proveedor durante todo su turno como parte de un estudio de tiempos y movimientos, se sentaba con proveedor y usuaria durante las consultas de planificación familiar, y marcaba en una guía de observación los comportamientos del proveedor observados en la sesión. Simultáneamente, una entrevistadora interceptaba a las usuarias que entraban a consulta a fin de obtener su consentimiento informado para participar en el estudio y, cuando la usuaria salía de la consulta, la entrevistaba con base en un cuestionario. El estudio estuvo enfocado en usuarias de evento nuevo, es decir, quienes eran nuevas a la planificación familiar, cambiaban de método, o reiniciaban su uso después de seis meses.

La cuarta recolectora de datos era una cliente simulada que implementaba el *Test de Servicios*. Esta técnica, descrita en el Apéndice 1 y en León *et al.* (2001), consiste en una usuaria simulada que actúa un perfil estándar al solicitar servicios, y llena una lista de comprobación. El proveedor cree que está atendiendo a una usuaria real y se observa su comportamiento bajo condiciones típicas de esfuerzo.

#### *Primera ronda de talleres (junio-octubre 2000)*

La *Estrategia* fue perfeccionada<sup>5</sup> y para introducirla se diseñó un taller de capacitación de dos días. El taller, que enfatizaba juegos de rol, fue ajustado después de una prueba piloto en Lima, y sólo se dirigía a proveedores, aunque también se invitó a coordinadores de planificación familiar a asistir como observadores. El taller fue ofrecido a las doce DISAs del grupo de tratamiento a razón de uno por DISA, y dentro de ellas, sólo a los establecimientos que habían sido incluidos en el pre-test. Como el pre-test había sido realizado por equipos itinerantes de recolección de datos, las DISAs estuvieron listas para los talleres en fechas diferentes. La asistencia promedio alcanzó a 24.5 participantes por taller (rango: de 17 a 28). Los talleres fueron conducidos por consultoras en capacitación/consejería que habían participado en el perfeccionamiento de la *Estrategia* y en el diseño de los apoyos de trabajo y la capacitación. Cada consultora fue asistida por una co-capacitadora de similar experiencia.

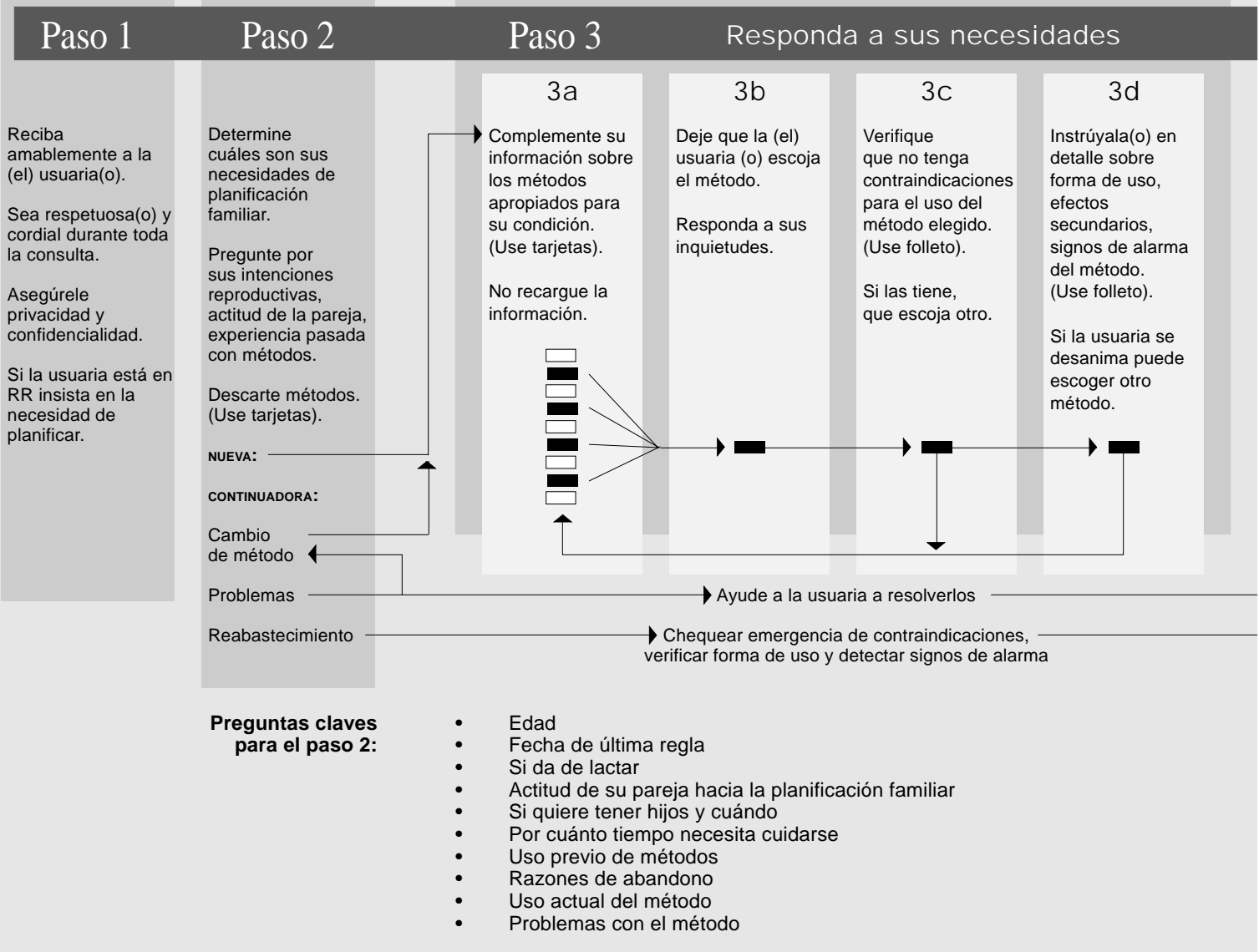
Distribución geográfica de Direcciones de Salud experimentales y de control



Los proveedores recibieron tres ayudas de trabajo en los talleres. Una (véase la Figura 3) consistía en una cartilla multicolor de tamaño 29.7 cm. x 21.1 cm. que ofrecía mayor detalle sobre el nuevo modelo de consejería que la Figura 1 y fue usada intensivamente como ayuda de capacitación. La segunda herramienta era un juego de once tarjetas a tres colores de tamaño 9.5 cm. x 5.5 cm., una por método (véase la Figura 4). Se referían a la vasectomía, ligadura tubaria, DIU, acetato de medroxy-progesterona de depósito o Depo-Provera, anticonceptivos orales combinados o píldora, mini-píldora de progesterona,<sup>6</sup> condón, tableta vaginal,

ritmo (calendario), Billings, y amenorrea por lactancia. Cada una contenía en un lado el nombre del método en letras grandes, una figura relevante, y pequeños logos de las instituciones involucradas. Cuatro descriptores básicos aparecían en la otra cara, más un número que indicaba la tasa de eficacia del método. Se seleccionaron los descriptores después de un estudio intensivo de las nuevas *Normas* (MINSA,1999a).

Estrategia eficiente de consejería/consulta de planificación familiar



Antonietta Martín

## Paso 4

## Paso 5

Verifique la comprensión. (Use folleto).

Asegúrese que la (el) usuaria(o) comprendió toda la información.

Pídale que repita cómo va a usar el método.

Programe el seguimiento de la (el) usuaria(o).

Fije una cita: haga uso de la tarjeta de seguimiento.

Asegúrese que puede seguir contando con la ayuda de usted.

Debido a que el MINSA todavía no había autorizado la introducción de los nuevos folletos para usuarias, la primera ronda de talleres implementó la *Estrategia* con listas de comprobación por método para los proveedores (no mostradas aquí) en lugar de los folletos para usuarias. Se diseñó un juego de listas de comprobación a dos colores de tamaño 21.5 cm. x 28.0 cm., impresas por ambos lados, una por método, para ayudar al proveedor en las tareas post-elección de método. Las listas de comprobación comprendían información derivada de las *Normas* (MINSA, 1999a).

Figura 4

Ejemplo de tarjeta de método



- Es un método que protege del embarazo si se inyecta cada tres meses
- Puede causar ausencia de regla y otras molestias en algunas usuarias
- No la deben usar mujeres que tienen ciertas enfermedades
- La mujer demorará algunos meses para embarazarse al dejar de usarlo

-1

Figura 5

Folleto correspondiente al Inyectable



*Retroalimentación desde el campo  
(septiembre 2000 – enero 2001)*

Clientas simuladas que visitaron los centros de salud revelaron que sólo los proveedores capacitados, que usaban los apoyos de trabajo en las interacciones con ellas, mejoraban su calidad de atención, y sólo el 44 por ciento de los proveedores capacitados usaba por lo menos uno de los apoyos de trabajo. Las observaciones de campo mostraron lo siguiente de los proveedores: 1. que habían percibido el modelo de consejería y los apoyos de trabajo como esfuerzos experimentales que todavía no formaban parte de la política oficial del MINSA; 2. que se sentían incómodos usando las tarjetas de métodos debido a la práctica limitada con estas herramientas en los talleres, los cuales se habían centrado en generalidades; 3. que temían que el uso de listas de comprobación por método, como

apoyos de trabajo durante la consulta, causara daño a su imagen profesional frente a las usuarias; y 4. que no compartían las herramientas del proyecto con proveedores no capacitados dentro de los establecimientos intervenidos.

*Segunda ronda de talleres  
(diciembre 2000-marzo 2001)*

El proyecto había considerado una segunda ronda de talleres dirigida a coordinadores de planificación familiar del MINSA, a quienes se les daría la tarea regular de capacitar a los proveedores y vigilar la calidad de atención. Se esperaba que esto incrementara la legitimidad percibida de la *Estrategia* y fortaleciera la sostenibilidad de las innovaciones. Consecuentemente, las consultoras de capacitación/consejería del proyecto diseñaron una intervención de capacitación de capacitadores, así como herramientas para el monitoreo de la calidad de atención. De otro lado, se tomó la decisión de recapacitar proveedores liberando a los talleres de generalidades y concentrándolos en el juego intensivo de roles con las ayudas de trabajo.

Finalmente, el MINSA autorizó el diseño de un folleto por método para usuarias a fin de reemplazar las listas de chequeo para proveedores. Los folletos, de 15 cm (ancho) x 21 cm (alto), impresos a un color en sus cuatro páginas, fueron sometidos a un estudio piloto y ajustados, y se imprimieron alrededor de 200,000, calculados para satisfacer las necesidades de un año de los establecimientos bajo tratamiento. La figura 5 presenta uno como ejemplo.

La segunda fase de la intervención fue implementada en las DISAs bajo tratamiento. Ello se realizó mediante un taller con la siguiente agenda:

- **Día 1:** Coordinadores de planificación familiar (re)capacitados en la *Estrategia de Consejería Balanceada*.
- **Día 2:** Coordinadores de planificación familiar capacitados en el uso de instrumentos de capacitación y supervisión. Estos instrumentos fueron diseñados para expandir la intervención dentro de los establecimientos focalizados y vigilar sistemáticamente la calidad de atención.

- **Día 3:** Coordinadores de planificación familiar (re)capacitan a proveedores. Se llevan a cabo juegos de rol respecto a la prestación de servicios y al monitoreo de la calidad. Los proveedores reciben folletos y juegos de tarjetas para satisfacer las necesidades de sus establecimientos durante un año y son estimulados a compartirlos con otros proveedores en sus centros de salud.

Los establecimientos del grupo de tratamiento que habían enviado proveedores al primer taller fueron invitados a enviar proveedores de nuevo. Setenta y cinco coordinadores de planificación familiar y 278 proveedores asistieron a la segunda ronda, es decir, 6.2 y 23.2 por DISA, respectivamente. Se estableció un rango por taller de 3 a 20 coordinadores y de 16 a 31 proveedores.

Los centros de salud, no los proveedores en lo individual, fueron el foco de la intervención. El 60 por ciento de los proveedores del grupo de tratamiento recibió ambos talleres; el 12 por ciento uno de ellos y el 29 por ciento ninguno.

#### *Post-test (abril – septiembre 2001)*

Los procesos del pre-test se replicaron en el post-test. Se excluyeron los establecimientos que no enviaron proveedores al segundo taller. Para evaluar los efectos *relativos* de la intervención, clientas simuladas visitaron a los proveedores que participaron en ambos talleres.

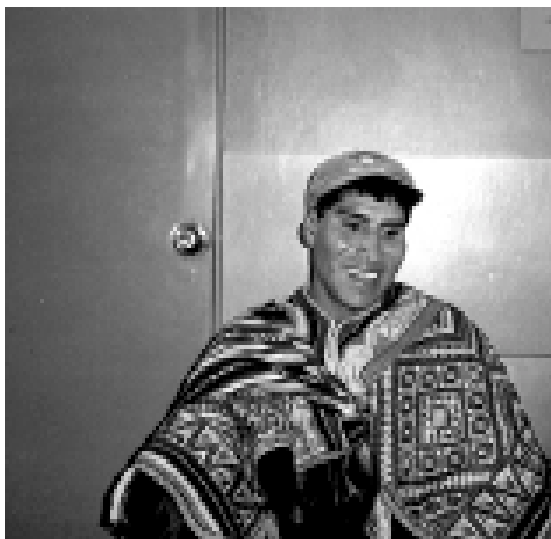
A su vez, las observaciones directas de la interacción proveedor-usuaria, así como las entrevistas de salida, se aplicaron al desempeño de cualquier proveedor que ofrecía servicios el día de la visita del equipo de investigación. En este caso el objetivo consistió en evaluar los efectos *absolutos* de la intervención, es decir, los resultados a nivel del centro de salud (establecimientos experimentales versus de control) sin tomar en cuenta la situación (capacitado o no capacitado) de los proveedores en lo individual.

La observadora directa y la entrevistadora fueron instruidas para obtener por lo menos una observación/entrevista correspondiente a una usuaria de evento nuevo, antes de desplazarse al siguiente centro de salud.

Se decidió limitar la entrevista al proveedor y el estudio de tiempos y movimientos a sólo un tercio de los establecimientos, seleccionados aleatoriamente dentro de los grupos de tratamiento y de control. Esto fue así debido a varias razones: por los plazos del cronograma del proyecto; los frecuentes cambios del personal directivo del MINSA; incertidumbres institucionales; y la consecuente necesidad de completar cuanto antes la recolección de datos.

#### *Indicadores de calidad de atención*

**Calidad de atención-DIU/hormonales.** Se formó una escala sobre la base de 24 ítems o sus combinaciones sobre: *a)* la guía usada por la observadora para registrar el comportamiento del proveedor en la interacción con una usuaria de evento nuevo, y *b)* la entrevista de salida con ella o él. Los ítems (ver Apéndice 2) fueron agrupados según área de contenido a razón de tres por área. Se asignó un punto a cada ítem observado en la interacción y respondido en la entrevista y se dejó sin puntos al no observarse y/o responderse. La suma producía un máximo de 24 puntos. Las áreas cubiertas incluían relaciones interpersonales; diagnóstico de necesidades; opciones de método; contraindicaciones, instrucciones de uso, efectos secundarios, y signos de alarma del método elegido; e instrucciones de seguimiento. Puntajes sumados fueron computados para cada área y para la escala total.<sup>7</sup>



Antonieta Martín

**Calidad de atención-barrera/naturales.** La escala de calidad podía arrojar un puntaje máximo de 24 si la usuaria elegía el DIU o un método hormonal. Como los métodos de barrera o naturales no tienen contraindicaciones, efectos secundarios, ni signos de alarma, al ser elegidos por la usuaria podría obtener un puntaje máximo de calidad de atención de 13. Para evitar distorsiones, se tomó la decisión de manejar separadamente estos casos.

**Test de Servicios, 72 ítems.** En este estudio, el perfil de usuaria del *Test* presentaba a una mujer saludable con dos hijos, que había usado el método del ritmo, condones, y el inyectable y quería un método más satisfactorio. Si se le diera a elegir, escogería los anticonceptivos orales combinados (píldora). Las clientas simuladas actuaron este perfil y, tan pronto como dejaron el establecimiento, llenaron una lista de chequeo de 72 ítems. Los ítems, que correspondían a los comportamientos esperados de un proveedor que atiende a una usuaria de tales características, se derivaron de las normas de planificación familiar del MINSA (1999a), y pertenecían a la tasa de nueve por área: relaciones interpersonales; diagnóstico de necesidades; opciones de método; contraindicaciones, ventajas/mecanismos de acción, instrucciones de uso, efectos secundarios y signos de alarma del método escogido; y seguimiento. Se asignó un puntaje de 1 si: a) el comportamiento perteneciente a cualquiera de las tres primeras áreas tenía lugar antes de la elección de método o b) el comportamiento perteneciente a cualquiera de las siguientes cinco áreas tenía lugar después de la elección de método. La lista de ítems aparece en el Apéndice 1.

**Test de Servicios, 24 ítems esenciales.** Algunos de los ítems incluidos en el *Test de Servicios* podían considerarse suplementarios. Para focalizar los comportamientos esenciales derivamos un puntaje alternativo con base en sólo 24 ítems del *Test de Servicios*, tres por área. Ellos fueron definidos como ítems esenciales por el director interino del Programa Nacional de Planificación Familiar del MINSA, en mayo del 2001, y están señalados con un asterisco en el Apéndice 1.

### *Indicadores de otros logros programáticos*

**Satisfacción de la usuaria con el servicio.** En la entrevista de salida con la usuaria fueron usados los siguientes ítems: 1. ¿Cómo se sintió durante la consulta? (categorizado en “Muy bien” versus “Bien” o “No tan bien”). 2. ¿Cómo se siente con el servicio que le dio hoy el proveedor? (categorizado de manera similar). 3. ¿Preferiría recibir el servicio de un proveedor distinto? (calificación inversa). 4. ¿Recomendaría a un pariente o amigo cercano los servicios que le dieron? La suma de los puntajes produjo un indicador de satisfacción de la usuaria.

**Conocimientos de DIU/hormonales.** Los ítems de la entrevista de salida a la usuaria fueron empleados para medir su conocimiento respecto al método elegido cuando éste era el DIU o un hormonal.<sup>8</sup> Tres ítems dicotómicos fueron definidos para cada una de seis áreas. Los ítems eran:

Una o más respuestas correctas (Sí = 1, No = 0).  
Dos o más respuestas correctas (Sí = 1, No = 0).  
Tres o más respuestas correctas (Sí = 1, No = 0).

Las áreas eran: información general; instrucciones de uso, contraindicaciones, efectos secundarios, signos de alarma del método elegido; y seguimiento. Puntaje máximo = 18.

**Conocimientos de barrera/naturales.** Para medir los conocimientos de la usuaria respecto al método escogido/recibido cuando éste era un método natural o de barrera, se definieron tres ítems para cada una de tres áreas. Los ítems eran:

Una o más respuestas correctas (Sí = 1, No = 0).  
Dos o más respuestas correctas (Sí = 1, No = 0).  
Tres o más respuestas correctas (Sí = 1, No = 0).

Las áreas eran: información general, instrucciones de uso, y seguimiento. Puntaje máximo = 9.

**Satisfacción del proveedor con su trabajo.** Seis ítems del cuestionario de entrevista al proveedor fueron seleccionados para medir sumativamente su satisfacción: como proveedor, con su propio desempeño, relaciones con usuarias, herramientas para su trabajo, carga de trabajo, y oportunidades de aprendizaje/desarrollo personal. Los puntajes de ítem iban desde muy insatisfecho (1) hasta muy satisfecho (5).

### *Indicadores cuantitativos del servicio*

**Duración de la consulta, observación directa.** La observadora que proporcionaba información sobre la interacción proveedor-usuaria midió la duración de la consulta contra reloj. Fueron excluidos de esta medida el tiempo de espera y triaje realizado por otro personal. Sólo se consideró la duración de la sesión de consejería, incluyendo cualquier procedimiento clínico realizado con la usuaria.

### *Duración de la consulta, Test de Servicios.*

Procedimientos similares fueron implementados por las clientas simuladas, pero esto no produjo datos redundantes. Las diferencias respecto a la observación directa estriban en que: *a)* la usuaria tiene un perfil estándar y *b)* el proveedor no sabe que está bajo observación y, consecuentemente, se espera que exhiba su nivel típico de esfuerzo.

**Número de usuarias de planificación familiar atendidas por turno.** El número de usuarias de evento nuevo y las continuadoras atendidas por turno fue reportado por la observadora, quien seguía al proveedor durante un turno completo como parte del estudio de tiempos y movimientos. La duración del turno del proveedor iba de 4 a 7 horas.

**Número de usuarias de planificación familiar atendidas por trimestre.** Este indicador fue calculado a partir de la estadística de servicios del centro de salud sumando usuarias de evento nuevo y continuadoras. Los datos fueron obtenidos mediante el Inventario de Clínicas del Análisis Situacional (Fisher *et al.*, 1992), adaptado y aplicado en referencia a los tres meses previos al post-test (o pre-test).

### *Costos de la intervención*

Diseñamos unas hojas de cálculo para estimar los costos de diseñar e implementar la intervención. Las hojas cubrían las diversas actividades (*v. gr.*, planeamiento, capacitación, supervisión) comprendidas por la intervención. Para cada actividad identificamos los recursos empleados para producir la actividad, determinamos el monto de dichos recursos y su costo unitario. Entonces multiplicamos el monto de cada recurso usado por su costo unitario y sumamos para obtener el costo total de cada actividad particular. Incluimos el costo de oportunidad de cada uno de los recursos empleados, independientemente de si el Programa FRONTERAS del Population Council hacía un pago financiero para obtenerlos. Así, por ejemplo, incluimos el costo del tiempo del personal capacitado, puesto que éste debía quitar tiempo a su trabajo para asistir a las sesiones de capacitación.

### *Análisis de datos*

Puntajes promedio por DISA fueron las unidades de análisis.<sup>9</sup> Es decir, generalmente  $N = 24$ . Tamaños de efecto ( $\Delta/\sigma$ ; Lipsey, 1990) fueron calculados para medir el impacto de la intervención sobre cada indicador. El tamaño del efecto presenta la diferencia entre el promedio del grupo de tratamiento ( $M_t$ ) y el promedio del grupo de control ( $M_c$ ), o  $\Delta$ , expresada en unidades de desviación estándar conjunta ( $\sigma$ ). En el cálculo de  $\Delta/\sigma$ , la diferencia  $M_t - M_c$  se divide por  $([s_c^2 + s_t^2] / 2)^{1/2}$ , donde la  $s$  es la desviación estándar del grupo.



Antonieta Martín

## IV. Resultados

### *Equivalencia de los grupos de tratamiento y control*

De acuerdo a tests *t* de dos colas<sup>10</sup> de significación de las diferencias entre promedios para muestras independientes, los resultados del pre-test concernientes a los indicadores del estudio fueron altamente consistentes con el supuesto de equivalencia de los grupos de tratamiento y control en la línea de base. El tamaño de efecto más alto alcanzó  $.71_{\Delta/\sigma}$  y ninguna de las *ts* tratamiento-control fue significativa al nivel .05 o menor. Semejante fue el caso de la distribución porcentual de métodos específicos de planificación familiar escogidos por las usuarias de los establecimientos de tratamiento o de control —el inyectable fue el método preferido en ambos casos (31 por ciento en el grupo de control, 38 por ciento en el de tratamiento) y ninguno de los elementos de la mezcla de métodos difirió significativamente entre los grupos.

Asimismo, los perfiles de servicio para los grupos de tratamiento y control (sea con base en la observación directa o del *Test de Servicios*) eran virtualmente idénticos en forma y altura. En ambos grupos los proveedores alcanzaron mejores puntajes en las áreas que tenían que ver con las fases iniciales de la consejería, que en aquellas referidas a tareas después de la elección.

Debido a retiros de personal, cambio de localidad, vacaciones, mala salud y otros factores, se perdieron para el post-test números variables de proveedores, dependiendo del indicador. Pero es legítimo concluir que la reducción de la muestra no fue sesgada y, por ende, no desmanteló la equivalencia de los grupos de tratamiento y control observados en la línea de base. Así, los análisis del pre-test limitados a los proveedores que sí participaron en el post-test produjeron *ts* no significativas entre los grupos respecto a cada uno de los indicadores.

### *Conformidad con la Estrategia de Consejería Balanceada*

De acuerdo a las clientas simuladas que implementaron el *Test de Servicios* en el post-test, sólo 64 por ciento de los proveedores capacitados usó las tarjetas de la *Estrategia*, el folleto para la usuaria, o ambas ayudas de trabajo al proveer servicios. Sólo 37 por ciento usó ambas ayudas de trabajo. Cuando los proveedores estuvieron bajo observación directa, los porcentajes aumentaron, respectivamente, hasta 81 y 44 por ciento. Es decir, sólo una minoría de proveedores obedeció cabalmente las instrucciones del nuevo paradigma de consejería y aprovechó la intervención.

La *Estrategia* incluía también un componente de supervisión. El porcentaje de proveedores que recibieron supervisión en los tres últimos meses fue igualmente bajo en el grupo de control (36.7 por ciento) que en el de tratamiento (35.4 por ciento). El número de visitas de supervisión no fue significativamente diferente entre los dos grupos. Cien por ciento de los proveedores de 7 de las 24 DISAs (4 experimentales y 3 de control) dijo que no había recibido supervisión alguna. Esto puede atribuirse a la severa crisis fiscal que afectó al MINSA a través de la vida del proyecto y dejó a los coordinadores de planificación familiar sin recursos para visitar establecimientos lejanos.

En lo que concierne a la materia de las supervisiones, 32.7 por ciento de los proveedores del grupo de control y 29.2 del de tratamiento reportaron supervisiones recibidas de coordinadores de planificación familiar. En 9 DISAs (4 experimentales y 5 de control) ninguno de los proveedores recibió supervisión relativa a planificación familiar. Una mayoría abrumadora de los proveedores del grupo de control (100 por ciento) y del de tratamiento (93 por ciento) que recibieron supervisión consideraron que les había ayudado a mejorar el servicio.

## Tests de efectos de la intervención en la calidad de atención

Indicadores	DISAs en los dos grupos (N) <sup>a</sup>	Control		Tratamiento			DISAs en los dos grupos (N) <sup>a,c</sup>	Usuarios de ayudas		
		Sujetos por DISA	Puntaje promedio	Sujetos por DISA	Puntaje promedio	Tamaño del efecto <sup>b</sup>		Sujetos por DISA	Puntaje promedio	Tamaño del efecto <sup>b,c</sup>
DIU/hormonales	24	9.3	13.3	7.8	17.2	2.21***	22	3.7	19.3	3.14***
Barrera/naturales	24	5.0	10.4	4.0	12.0	1.40**	20	2.2	12.7	1.89***
Test de Servicios (i = 72)	22	9.2	22.8	9.4	31.9	2.65***	22	3.5	41.9	4.84***
Test de Servicios (i = 24)	22	9.2	9.8	9.4	13.3	1.99***	22	3.5	17.0	4.11***

<sup>a</sup> Los grados de libertad son iguales a  $N - 2$ .

<sup>b</sup> Los asteriscos se refieren al nivel de significación del test  $t$  respectivo para diferencias entre los promedios de los grupos de tratamiento y control.

<sup>c</sup> La comparación es entre el subgrupo de usuarios de ayudas de trabajo en la consulta en el grupo de tratamiento y el grupo de control total o reducido (apareado). En el último caso el cuadro no reporta promedios ni sujetos por DISA del grupo de control.

\*  $p < .05$ , una cola.

\*\*  $p < .01$ , una cola.

\*\*\*  $p < .001$ , una cola.

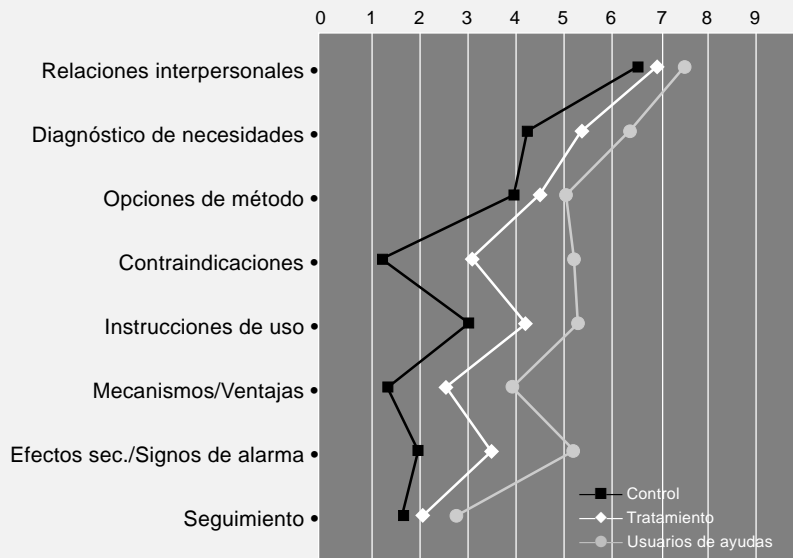
### Efectos de la intervención en la calidad de atención

Como el supuesto de equivalencia de los grupos en la línea de base se sostenía y las hipótesis del estudio eran direccionales, la evaluación de efectos utilizó exclusivamente el post-test<sup>11</sup> e hizo uso de tests de significación de una cola.<sup>12</sup> Es decir, interpretamos las diferencias tratamiento-control como cambios.

El Cuadro 1 presenta comparaciones tratamiento-control sobre los indicadores de calidad de atención. Dentro del grupo de tratamiento, se seleccionó para comparación con el grupo de control al sub-grupo de proveedores que cumplían con los requerimientos de la *Estrategia*, usando ambas ayudas de trabajo en las interacciones con las usuarias. En este cuadro y los siguientes, el sub-grupo de usuarios de ayudas de trabajo se compara con el grupo total de control cuando  $N = 24$  pero con un grupo de control reducido (apareado) cuando  $N < 24$ . La variación de las  $N$ s (número de direcciones de salud o DISAs) se debe a pérdidas de casos en el post-test. Por ejemplo, una DISA de tratamiento (Bagua) se perdió para el seguimiento con el *Test de Servicios* a causa de cambios habidos en el personal (todos los proveedores capacitados se habían ido); consecuentemente, su DISA apareada de control (Jaén) fue excluida también. Semejante fue el caso

de los datos de observación directa y entrevista de salida. En el sub-grupo de usuarios de ayudas de trabajo, algunas DISAs no tenían casos y se perdieron para el seguimiento. Consecuentemente, las DISAs apareadas de control fueron excluidas y las  $N$ s cayeron a 22 y 20. Se perdieron más casos individuales aún porque no reunían los criterios de inclusión. El análisis estuvo limitado a usuarias en las que se observó consistencia en la identidad del método escogido en la consulta, de acuerdo al reporte de la observadora directa de la interacción y de acuerdo a la usuaria en la entrevista de salida.<sup>13</sup>

Todas las comparaciones con el test  $t$  fueron significativas y en favor del grupo de tratamiento.<sup>14</sup> La intervención alcanzó un efecto remarcable sobre DIU/Hormonales ( $2.21_{\Delta\sigma}$ ), cuya confiabilidad en términos de consistencia interna del indicador era bastante satisfactoria ( $\alpha$  de Cronbach = .80). El tamaño de efecto menor de barrera/naturales ( $1.40_{\Delta\sigma}$ ) puede reflejar la confiabilidad inferior de este indicador ( $\alpha = .58$ ). La superior confiabilidad del *Test de Servicios* ( $\alpha = .93$  con 72 ítems y  $\alpha = .80$  con 24 ítems) se refleja en su mayor sensibilidad. Confirmando la observación de campo anterior sobre la relación entre el uso de ayudas de trabajo y la calidad de atención, los efectos aumentaron sustancialmente cuando se comparó al sub-grupo de usuarios de ayudas de trabajo con su grupo de control apareado.

**Figura 6**Perfiles del *Test de Servicios* en el post-test

La Figura 6 ofrece detalles más ricos relativos al comportamiento del proveedor en la consulta. Los perfiles del *Test de Servicios* para los grupos de tratamiento y control, que habían emergido superimpuestos en el pre-test, ahora mostraron diferencias significativas en favor del grupo de tratamiento en cada una de las ocho áreas conductuales. Las mayores diferencias pertenecieron a las contraindicaciones tomadas en cuenta por el proveedor, las instrucciones de uso sobre el método elegido por la usuaria, y los efectos secundarios/signos de alarma discutidos en la consulta. Las diferencias con el grupo de control se ampliaron notablemente cuando la comparación se hizo con el sub-grupo de usuarios de ayudas de trabajo.

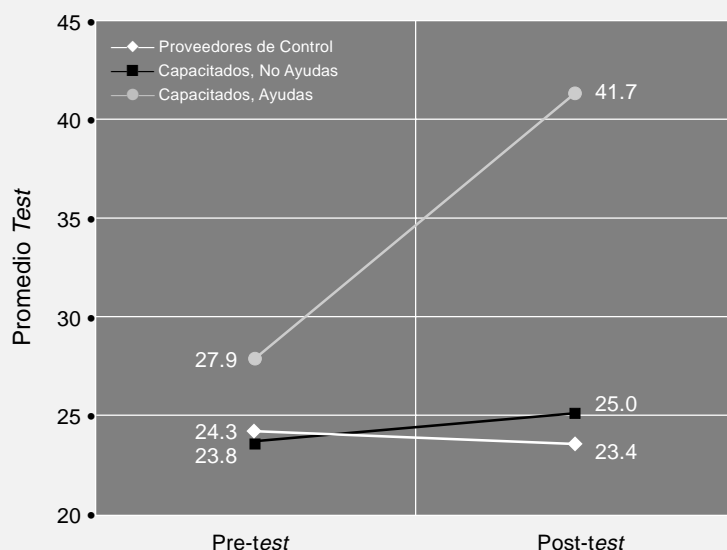
El indicador de DIU/hormonales presentó diferencias significativas en cada una de las áreas conductuales excepto relaciones interpersonales, todas favorables al grupo de tratamiento (no mostrado). En lo referente a barrera/naturales, las únicas *ts* significativas fueron las de diagnóstico de necesidades y seguimiento (no mostrado).

*Predictores de conformidad del proveedor*

La Figura 7 sugiere que los usuarios de ayudas de trabajo en la consulta fueron responsables de la mayor parte de la mejoría pre-test / post-test del grupo de tratamiento en calidad de atención. La diferencia pre-test / post-test en calidad de atención medida por el *Test de Servicios* fue significativa para este sub-grupo ( $3.78_{\Delta\sigma s}$ ,  $p < .00$ , dos colas) pero no para los proveedores capacitados del grupo de tratamiento que no usaron las ayudas de trabajo en la consulta en el post-test ( $0.34_{\Delta\sigma s}$ ,  $p < .47$ , dos colas), ni tampoco para los proveedores de control ( $-0.35_{\Delta\sigma s}$ ,  $p < .34$ , dos colas). La pregunta que sigue es, ¿Tienen características identificables los proveedores que cumplieron con las indicaciones del paradigma reformulado de consejería y usaron las ayudas de trabajo en la consulta? La figura revela que los usuarios de ayudas en el post-test ya eran en la línea de base proveedores más capaces o motivados. En el pre-test, su nivel de calidad de atención estaba significativamente por encima del nivel de los proveedores capacitados que en el post-test no usaron las ayudas de trabajo ( $1.41_{\Delta\sigma s}$ ,  $df = 16$ ,  $p < .01$ ), así como por encima del nivel de calidad exhibido por los proveedores de control ( $1.27_{\Delta\sigma s}$ ,  $df = 16$ ,  $p < .01$ ).

**Figura 7**

Niveles de calidad en pre-test y post-test: proveedores de control y proveedores capacitados de acuerdo con su *status* de conformidad



Se condujo un análisis de regresión logística teniendo como variable dependiente el uso de ayudas de trabajo en el post-test (de acuerdo al *Test de Servicios*) para evaluar otros predictores de conformidad con la *Estrategia*. Los datos de los predictores pertenecían al pre-test y las unidades de análisis fueron los proveedores individuales del grupo de tratamiento, exceptuando Bagua.<sup>15</sup> La situación laboral en el pre-test resultó ser el predictor más consistente del uso de ayudas de trabajo en el post-test: los proveedores bajo contratos de corto plazo usaban ayudas de trabajo en la consulta con mayor frecuencia que los nombrados. El 46 por ciento de los proveedores bajo contrato usaba las ayudas de trabajo, mientras que sólo el 27 por ciento de los nombrados lo hacía.<sup>16</sup>

En la entrevista con los proveedores en el post-test se les preguntó si usaban las ayudas de trabajo de la *Estrategia de Consejería Balanceada* durante las interacciones con las usuarias, y a quienes respondían negativamente, sobre las razones para no usarlas. En orden decreciente de frecuencia, las razones expresadas para no usar las tarjetas eran que:

1. el proveedor no las conocía, es decir, no había sido expuesto a la intervención ni directa ni indirectamente,
2. no se disponía de tarjetas en el establecimiento,
3. el proveedor ya conocía los conceptos subyacentes y no necesitaba las tarjetas, y
4. el proveedor prefería usar el rotafolio convencional. Las razones para no usar los folletos eran que:
  - a. el proveedor no los conocía, es decir, no había sido expuesto a la intervención ni directa ni indirectamente, y
  - b. no había folletos en el establecimiento.

#### *Efectos de la intervención en otros logros programáticos*

Ninguno de los efectos de la intervención en otros logros programáticos alcanzó significación estadística en la comparación de grupos de tratamiento y control, aunque el conocimiento de DIU/hormonales bordeó la significación ( $p = 0.071$ ). El Cuadro 2 presenta los resultados.

Podrían ser responsables de este fracaso el bajo número de ítems y consecuentemente la pobre confiabilidad de satisfacción de la usuaria ( $\alpha = .50$ ),

## Tests de efectos de la intervención en otros logros programáticos

Indicadores	DISAs en los dos grupos (N) <sup>a</sup>	Control		Tratamiento			DISAs en los dos grupos (N) <sup>a,c</sup>	Usuarios de ayudas		
		Sujetos por DISA	Puntaje promedio	Sujetos por DISA	Puntaje promedio	Tamaño del efecto <sup>b</sup>		Sujetos por DISA	Puntaje promedio	Tamaño del efecto <sup>b,c</sup>
Satisfacción usuaria	24	15.6	4.3	13.4	4.3	-0.11	24	5.8	4.4	0.17
DIU/hormonales	24	9.3	9.5	7.8	10.8	0.61	22	3.7	12.0	1.28**
Barrera/naturales	24	5.0	5.2	4.0	5.6	0.36	20	2.2	5.5	0.18
Satisfacción proveedor	24	4.1	23.8	4.0	23.8	-0.03	16	2.6	24.5	0.48

<sup>a</sup> Los grados de libertad son iguales a  $N - 2$ .

<sup>b</sup> Los asteriscos se refieren al nivel de significación del test  $t$  respectivo para diferencias entre los promedios de los grupos de tratamiento y control.

<sup>c</sup> La comparación es entre el subgrupo de usuarios de ayudas de trabajo en la consulta en el grupo de tratamiento y el grupo de control total o reducido (apareado). En el último caso el cuadro no reporta promedios ni sujetos por DISA del grupo de control.

\*  $p < .05$ , una cola.

\*\*  $p < .01$ , una cola.

\*\*\*  $p < .001$ , una cola.

satisfacción del proveedor ( $\alpha = .50$ ), y conocimiento de barrera/naturales ( $\alpha = .57$ ). Sin embargo, con un nivel semejante de confiabilidad, el indicador de calidad de atención correspondiente (barrera/naturales =  $.58\alpha$ ) fue suficientemente sensitivo como para detectar efectos significativos (véase el Cuadro 1). La confiabilidad de conocimiento de DIU/hormonales alcanzó  $.85\alpha$ .

Esto revela que una intervención que afecta sistemática y energicamente el comportamiento del proveedor en la consulta, no necesariamente causa cambios programáticos como aquellos medidos en este estudio y presentados en el Cuadro 2. La intervención no puso énfasis especial en los factores interpersonales de la consejería que suelen influir en la satisfacción de la usuaria. La satisfacción laboral del proveedor puede depender más de recompensas que no estuvieron bajo el control de este estudio que de los efectos de dos talleres técnicos.

El fracaso en producir cambios significativos en el conocimiento de la usuaria puede atribuirse a la debilidad de la intervención, que sólo llevó a una minoría de proveedores del grupo de tratamiento a usar las ayudas de trabajo de la *Estrategia* en sus interacciones con las usuarias. El Cuadro 2 demuestra que la conformidad del proveedor con la *Estrategia* moderó la relación entre la intervención y el conocimiento de DIU/hormonales, haciendo que la respectiva  $t$  alcance significación estadística. Es decir, cuando los proveedores del grupo de

tratamiento usaron las ayudas de trabajo, la calidad de atención aumentó en tal grado ( $3.14_{\Delta\sigma}$ , Cuadro 1) que produjo un cambio estadísticamente significativo en el conocimiento de la usuaria ( $1.28_{\Delta\sigma}$ , Cuadro 2). Parecen necesitarse alrededor de 3 unidades estándar de mejoría en calidad de atención para producir una unidad de incremento en conocimiento de la usuaria.

De otro lado, el uso de ayudas de trabajo no mejoró conocimiento de barrera/naturales y la razón de 3 a 1 entre calidad y conocimiento no se materializó en esta instancia. El número de casos comprendido por DISA fue muy pequeño (2.2) y probablemente hizo poco confiable el tamaño del efecto.

### *Efectos cuantitativos de la intervención en la entrega de servicios*

El Cuadro 3 presenta resultados concernientes a la duración de la consulta y el número de usuarias atendidas. Cuando sus interacciones con las usuarias fueron directamente observadas, los proveedores de ambos grupos aparentemente se sintieron presionados a ejercer su máximo esfuerzo y produjeron sesiones considerablemente más largas que el estándar del MINSA de 15 minutos (21'48", 22'42").

El fracaso del test estadístico, en detectar una diferencia significativa en la duración de la consulta entre los grupos de tratamiento y control ( $p$  no-significativa), se puede asignar a la distorsión de

## Tests de efectos de la intervención en costos del comportamiento del proveedor

Indicadores	DISAs en los dos grupos (N) <sup>a</sup>	Control			Tratamiento			DISAs en los dos grupos (N) <sup>a,c</sup>	Usuarios de ayudas		
		Sujetos por DISA	Puntaje promedio	Tamaño del efecto <sup>b</sup>	Sujetos por DISA	Puntaje promedio	Tamaño del efecto <sup>b</sup>		Sujetos por DISA	Puntaje promedio	Tamaño del efecto <sup>b,c</sup>
Tiempo sesión observada	24	18.0	21'48"	0.2	15.6	22'42"	0.2	24	6.2	25'12"	0.66
Tiempo sesión <i>Test</i>	22	8.2	13'18"	1.11**	8.7	17'24"	1.11**	22	3.2	20'18"	1.71**
Usuaris por turno	24	4.1	26	-0.18	4.0	24	-0.18	20	2.5	27	-0.01
Usuaris por trimestre	24	4.1	705	-0.64	3.9	504	-0.64	20	2.4	497	-.53

<sup>a</sup> Los grados de libertad son iguales a  $N - 2$ .

<sup>b</sup> Los asteriscos se refieren al nivel de significación del test *t* respectivo para diferencias entre los promedios de los grupos de tratamiento y control.

<sup>c</sup> La comparación es entre el subgrupo de usuarios de ayudas de trabajo en la consulta en el grupo de tratamiento y el grupo de control total o reducido (apareado). En el último caso el cuadro no reporta promedios ni sujetos por DISA del grupo de control.

\*  $p < .05$ , una cola.

\*\*  $p < .01$ , una cola.

\*\*\*  $p < .001$ , una cola.

esfuerzo en las consultas, observadas por un tercero. En contraste, la duración de consulta con las clientas simuladas, al implementar el *Test de Servicios*, registró un incremento significativo de costo en tiempo, atribuible a la intervención. La capacidad de este indicador, para detectar un costo de la calidad de atención, puede explicarse por el hecho de que el post-test tuvo lugar casi un año después que los proveedores hubiesen sido reclutados para el estudio y dieran su consentimiento informado para ser visitados por clientas simuladas. Así, al momento del post-test ellos probablemente no anticipaban tales visitas; más bien creían estar atendiendo a una usuaria real y mostraron un comportamiento típico de consulta. Es notable que, de acuerdo al *Test de Servicios*, tanto el grupo de tratamiento como el de control estuviesen muy cerca del estándar de 15 minutos del MINSA (13', 17').

Los proveedores capacitados, que emplearon en la consulta las indicaciones del nuevo paradigma de consejería referidas al uso de tarjetas y folletos, alcanzaron niveles significativamente superiores de calidad de atención independientemente de la duración de la consulta (no mostrado). A su vez, los proveedores capacitados que no cumplieron con las exigencias de la *Estrategia* permanecieron cerca del grupo de control en calidad de atención, también independientemente de la duración de la consulta (no mostrado). Pero un número mayor de usuarios

de ayudas de trabajo empleó sesiones más bien largas que cortas. Consecuentemente, la duración promedio de la consulta en el sub-grupo de usuarios de ayudas de trabajo tomó 2'54" más que en el grupo de tratamiento completo y 7' más que en el de control.

Si bien la mejoría en calidad de atención de los usuarios de ayudas de trabajo se obtuvo claramente al costo de un incremento sustancial de duración de la consulta, no podemos atribuir todo el incremento (los 7 minutos) a la intervención. Los proveedores que en el post-test usaron las ayudas de trabajo ya habían sido más cuidadosos que el resto de proveedores en el pre-test. En el *Test de Servicios*, no sólo mostraron mayor calidad de atención que los proveedores capacitados que en el post-test no cumplieron con las demandas del nuevo modelo; también la duración promedio de sus consultas en el pre-test (21'51") fue mayor que la de los no usuarios de tarjetas y folletos (16'21",  $p < .06$ , dos-colas). La duración de las consultas del pre-test probablemente esté alterada en ambos grupos debido a lo reciente del reclutamiento de los proveedores, lo cual condujo a que previeran que cualquier usuaria podría ser una clienta simulada. Ello seguramente los incitó a mostrar su mayor esfuerzo en esos días. Pese a ello, el *Test de Servicios* fue suficientemente sensitivo como para, aún bajo estas circunstancias, detectar una diferencia consistente en el uso del tiempo en el pre-test.

**Cuadro 4**

Distribución porcentual de métodos de planificación familiar escogidos por usuarias bajo tratamiento y de control en el post-test\*

Método	Grupo control	Grupo de tratamiento	Tamaño del efecto
DIU	3.8	3.3	-0.10 <sup>a</sup>
Inyectable	39.5	39.6	0.00 <sup>a</sup>
Píldora	22.6	24.3	0.14 <sup>a</sup>
Barrera	32.1	26.9	-0.48 <sup>a</sup>
Naturales	2.1	6.0	0.59 <sup>a</sup>

\* De acuerdo a la observación directa de la consulta.  
N = 24 DISAs en todas las comparaciones.

<sup>a</sup> No significativo.

Por otra parte, es legítimo atribuir a la intervención la diferencia observada en el post-test entre el grupo de control (13'18") y el de tratamiento (17'24"), esto es, 4'06".

El número de usuarias de planificación familiar atendidas por turno fue registrado bajo condiciones de esfuerzo máximo del proveedor (es decir, bajo observación directa de un tercero) y las diferencias resultantes entre los grupos estuvieron lejos de ser significativas. De otro lado, los datos respecto al número de usuarias atendidas en los centros de salud, en el último trimestre, estuvieron libres de los efectos distorsionantes de la observación directa de la consulta: en este caso, la diferencia entre el grupo de tratamiento (705) y el de control (504) bordeó la significación estadística ( $p < .07$ , una cola). No obstante ello, se le puede descontar como una diferencia no significativa que ya había sido observada en el pre-test. En consecuencia, el tiempo extra que usaron los proveedores bajo la *Estrategia* en la consulta no causó una reducción significativa en el número de usuarias atendidas, independientemente de las condiciones de medición. Esto se explica por el hecho de que el número de usuarias de evento nuevo representa un porcentaje marginal del número total de usuarias de planificación familiar en el MINSA (menos del 10 por ciento). Así, fue seguramente sencillo para el proveedor obtener de tiempos muertos o pequeñísimas reducciones en otras tareas los minutos extra dedicados a la consulta con usuarias de evento nuevo.

La intervención tampoco cambió la mezcla de métodos. Los centros de salud presentaron diferencias no-significativas entre grupos de tratamiento y control en preferencias por métodos específicos (véase el Cuadro 4). Se aplicó el *Recommended CYP Factor* de 1997 de la USAID al método escogido por cada usuaria de evento nuevo del estudio. Con ello se calculó la duración de la protección anticonceptiva asociada con la elección de método. La longevidad de la protección anticonceptiva no difirió significativamente entre los grupos de control y tratamiento ( $p < .90$ , una cola).



Antonieta Martín

**Cuadro 5**

## Resumen de costos de la intervención

	<b>\$US</b>
<b>1. Costos de desarrollar/adaptar ayudas de trabajo y currículo de capacitación</b>	
Tiempo de consultores	14,251
Apoyo administrativo	1,077
<b>2. Costos de implementar los talleres (ambas rondas)</b>	
Tiempo de consultores	18,225
Movilidad y viáticos de consultores	10,216
Tiempo de asistencia a talleres (costo de oportunidad)	8,368
Movilidad y viáticos de asistentes a talleres (pagos reales)	13,060
Apoyo administrativo y otros costos	14,383
<b>3. Costos de cambios en la provisión de servicios</b>	<b>0</b>
<b>Gran Total</b>	<b>\$79,580</b>

*Costos de la intervención*

El Cuadro 5 resume los costos acumulables de la intervención. El mayor componente de los costos totales fue el tiempo de los consultores (40.8 por ciento), que refleja el pago hecho a profesionales locales que apoyaron en el desarrollo de las ayudas de trabajo, desarrollaron el currículo de capacitación, y condujeron los talleres de capacitación. El siguiente mayor componente fue el apoyo administrativo y otros costos, que dan cuenta del 19.4 por ciento del total. Estos costos incluían apoyo logístico y material provisto por la oficina de Lima del Population Council durante la fase de diseño, y apoyo del MINSA y la oficina de Lima del Population Council durante los talleres. Todos los suministros, materiales, y gastos adicionales (*v. gr.*, alquiler de espacios, alimentación, etc.) están incluidos en este encabezamiento.

Los costos asociados con la asistencia del personal del MINSA que asistía a los talleres constituyó otro componente importante del costo total. Estos costos requieren que se haga una distinción entre costos financieros y costos de oportunidad. Movilidad y viáticos a los asistentes constituyen costos financieros porque representan gastos reales hechos para cubrir el transporte y hotelería de los asistentes a los talleres.<sup>17</sup> De otro lado, el costo del tiempo pasado por los proveedores asistiendo a los talleres no se refleja en un rubro financiero real del MINSA, pues los proveedores son asalariados y habría que pagarles

de todas maneras. Así, este rubro refleja el costo de oportunidad del tiempo del proveedor que fue empleado en asistir a los talleres; este tiempo podría haberse usado para otros propósitos, tales como la provisión de servicios. Estos costos se traducen en un costo económico completo por DISA de US \$ 6,632, o un costo económico completo por persona-día de capacitación de US \$ 87.35.

El costo de los cambios en provisión de servicios (fase 3 en el Cuadro 5) es cero porque no se requirieron recursos adicionales para la entrega de servicios como resultado de la intervención. Primero, los costos de supervisión fueron cero debido a que este componente no fue implementado debido a las restricciones presupuestales del MINSA. Segundo, la intervención no creó ninguna modificación discernible en la mezcla de métodos que exigiera fondos adicionales para adquirir anticonceptivos. Finalmente, como ya se notó, no se espera un incremento del tiempo proveedor-usuaria debido al pequeño número relativo de usuarias de evento nuevo y el pequeño incremento en tiempo de consulta atribuido a la intervención.

## V.

### Implicaciones para la utilización

Para la futura utilización de la *Estrategia de Consejería Balanceada* por parte del MINSA se requieren analizar varios asuntos. Ellos incluyen la duración de la consulta, la conformidad del proveedor, el enfoque integral de los servicios de salud reproductiva, el manejo de métodos de barrera y naturales, y la institucionalización de las innovaciones.

#### *Duración de la consulta*

El *Test de Servicios* detectó un costo en duración de la consulta. Para incrementar la calidad de atención en  $2.65_{\Delta\sigma}s$ , los proveedores invirtieron 17'24 por consulta, es decir, 4'6" más que los proveedores de control. Aquellos que usaron las ayudas de trabajo del nuevo modelo en la interacción con las usuarias necesitaron 20'18" para mejorar su calidad de atención en  $4.84_{\Delta\sigma}s$ . El estudio no puede decir si los tiempos de consulta observados en los proveedores capacitados son inalterables. Se puede esperar que, con el paso del tiempo, los proveedores que empleen las ayudas de trabajo en sus interacciones con las usuarias devengan más eficientes en su uso y entonces requieran menos tiempo para la tarea. Lo que parece fundamental es dejar que el proveedor disponga del tiempo que necesite para atender a una usuaria de evento nuevo. Ello se justifica por dos razones: Primera, que al emplear las ayudas de trabajo e invertir 20'18" por consulta, los proveedores capacitados pudieron mejorar el conocimiento de la usuaria sobre el método escogido. Segunda, que el aumento del tiempo de consulta resulta marginal, toda vez que las usuarias de evento nuevo representan una pequeña minoría entre las atendidas por el proveedor. En efecto, pese al incremento en duración de la consulta, la intervención no causó una reducción significativa en el número total de usuarias de planificación familiar de cualquier tipo atendidas en el establecimiento.

#### *Conformidad del proveedor*

Las respuestas de los proveedores del grupo de tratamiento sugieren que son superables las razones por las cuales la mayoría no usó las ayudas de trabajo. Puede esperarse un incremento en el número de usuarios de ayudas de trabajo y consiguientemente una mejoría en la calidad de atención, al hacer más accesible a los proveedores la capacitación en la *Estrategia*, así como propiciando que las ayudas de trabajo estén a su disposición de manera permanente. Aún así, quedan las dudas que plantea el hecho de que todos los no usuarios de ayudas de trabajo, en las interacciones con clientas simuladas, habían recibido capacitación y ayudas de trabajo. Más aún, los no usuarios de ayudas en el post-test eran proveedores que en el pre-test habían mostrado un nivel de calidad de atención inferior al de los proveedores que usaban ayudas en el post-test, así como menor dedicación (tiempo de consulta). Podría ser que los no usuarios del post-test sean más renuentes al cambio, o menos hábiles o motivados para proporcionar consejería interactiva a las usuarias y, por ende, requieran mayor capacitación y supervisión.

La introducción de innovaciones generalmente enfrenta resistencias. La razón para ser optimistas al observar la recepción del nuevo paradigma por parte de los proveedores, que ya ofrecían mayor calidad de atención, es que podrían inspirar en el largo plazo a los proveedores más inactivos. Por otro lado, la posible insatisfacción laboral del proveedor puede influir en su actitud hacia la innovación. Tal vez haya que ser escéptico respecto a la probabilidad de que la mayoría de nombrados imite el esfuerzo de la mayoría de contratados.

## *Institucionalización de la Estrategia*

En cualquier caso, no se pueden esperar mayores avances en la conformidad del proveedor a no ser que el MINSA legitime la *Estrategia* y la haga obligatoria, es decir, que la establezca oficialmente como el estándar de consejería en los establecimientos. Esto requerirá cinco acciones.

1. Adopción del nuevo paradigma por los directivos del MINSA responsables del área de planificación familiar.
2. Actualización del *Manual de Consejería* (MINSA, 1999b) para hacerlo consistente con el nuevo paradigma.
3. Impresión de la cartilla con el modelo, las tarjetas de método, y los folletos para la usuaria en número suficiente para hacerlos disponibles para todos los establecimientos de acuerdo al flujo de usuarias.
4. Diseño de un plan de capacitación y tutoría para alcanzar la *Estrategia* a las 12 DISAs del grupo de control y a las 10 DISAs que quedaron fuera del estudio, así como para fortalecer a las 12 DISAs del grupo de tratamiento.
5. Por último, pero tal vez lo más importante, los supervisores con responsabilidades en el área de planificación familiar deben ser dotados de habilidades y recursos para monitorear la calidad en los establecimientos e introducir medidas correctivas. Agentes con mucho potencial para esta tarea son los coordinadores de planificación familiar que recibieron el segundo taller, adquiriendo familiaridad con la *Estrategia de Consejería Balanceada* y su monitoreo.

El Programa Nacional de Planificación Familiar ejerció un fuerte liderazgo en la década pasada para alcanzar sus metas. Un liderazgo igualmente fuerte se necesita para completar la transición hacia un programa orientado a la calidad.

## *Enfoque integrado de la salud reproductiva*

El MINSA redujo su énfasis en planificación familiar de la década pasada en diciembre del 2000. Declaró una emergencia de mortalidad materna y reorientó la salud reproductiva con un enfoque integrado. Este cambio ha sido reforzado por la administración que se hizo cargo del MINSA en agosto del 2001 y continúa hasta la actualidad. Un resultado de este cambio es la eliminación del Programa Nacional de Planificación Familiar, cuyas funciones fueron asumidas dentro de los servicios de salud materna/reproductiva. Nuestra investigación operativa estaba en sus fases finales cuando estos cambios se consolidaron y no hubo oportunidad de ajustar la *Estrategia de Consejería Balanceada* al enfoque emergente.

EsSalud, sin embargo, ha demostrado que el ajuste puede llevarse a cabo de manera muy sencilla. La adaptación implica situar a la planificación familiar como una rama de un árbol de decisiones, o algoritmo del proveedor de servicios de salud materna/reproductiva, que incluye también ramas relativas a salud materna, infecciones de transmisión sexual, prevención de cáncer, violencia doméstica, y tópicos relacionados (León *et al.*, 2002a).

### *Métodos de barrera/naturales*

Los efectos de la intervención en la calidad de atención y conocimiento de la usuaria dependieron del tipo de método que ella eligió en la consulta. Los escasos resultados de la intervención en los casos de elección de métodos de barrera y naturales pueden atribuirse:

1. a que la confiabilidad de la medición en estos casos fuese insuficiente,
2. a que la *Estrategia de Consejería Balanceada* fuese más eficaz en el intercambio de información en áreas ausentes en estos métodos, como las contraindicaciones y efectos secundarios/signos de alarma, y/o
3. que los proveedores generalmente manejen los métodos de barrera y naturales con menos cuidado que el DIU o los métodos hormonales.

Estudios específicos podrían determinar si el fracaso de la *Estrategia* en mejorar sensiblemente la calidad de atención, cuando la usuaria elige un método de barrera o natural, se debe a problemas de medición del indicador, actitudes negativas de los proveedores respecto a estos métodos u otras.

### *Costos de la intervención*

Los hallazgos del estudio de costos proporcionan algunas ideas sobre lo que costaría replicar la intervención en todo el Perú. Tales costos serían seguramente mucho menores que los de la intervención original, por las siguientes razones. Primero, ya se hicieron los gastos de planear y desarrollar la *Estrategia de Consejería Balanceada*, lo cual significa que el planeamiento de la réplica podría hacerse por una fracción del costo original. Segundo, los talleres fueron llevados a cabo por consultores cuyos honorarios estaban fijados en escalas salariales internacionales; la réplica podría hacerse probablemente utilizando personal ya capacitado del MINSA, cuyos salarios son menores. Tercero, presumiblemente sólo una ronda de talleres sería necesaria para la réplica en lugar de las rondas (original y de reforzamiento) que se llevaron a cabo en el estudio. Tomando en cuenta estos factores, replicar la intervención en las 12 DISAs de control probablemente costaría menos que US \$ 30,000.<sup>18</sup> Un costo total de \$ 30,000 representa \$ 2,500 por DISA, o aproximadamente \$ 66 por persona-día de capacitación. Implementar el componente de supervisión incrementaría estos costos; la ausencia de este componente en la intervención original hace difícil especular sobre la magnitud de cualquier incremento causado por los costos de supervisión.

Antonietta Martín



### *Proyecciones*

En conclusión, la *Estrategia de Consejería Balanceada* ha sido acogida seriamente por un porcentaje importante de proveedores que la implementan cotidianamente en la acción de consulta en las 12 DISAs del estudio. A principios del 2003 ESAN tendrá resultados del seguimiento, de 12 meses, a las usuarias que participaron en las consultas observadas y fueron entrevistadas a la salida de la consulta en el estudio del MINSA. Hallazgos preliminares aún sin significación estadística sugieren que la *Estrategia* reduce en 20 por ciento la discontinuidad anticonceptiva a los 6 meses/de todos los métodos/por todas las razones (León *et al.*, 2002b).

El valor de la *Estrategia* puede medirse también por la aceptación que ha logrado posteriormente en otras instituciones y países. En el Perú, ha sido adaptada, probada y es empleada en 30 establecimientos de EsSalud en Lima. Antes de terminar el año 2002 fue implementada también en Ica, Chiclayo, Arequipa, Cusco, y se espera que en el 2003 lo sea también en Pucallpa, Piura y Huancayo. El impacto en el comportamiento diario del proveedor es similar al observado en el estudio del MINSA. En ambos estudios, la intervención se limitó a unos pocos días de capacitación del proveedor.

El principal hospital de maternidad del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en Ciudad de Guatemala ha probado e institucionalizado la *Estrategia*. También vale la pena anotar que la *Estrategia* ha sido exitosamente probada en 40 establecimientos del Ministerio de Salud y Asistencia Social de Guatemala. La experiencia del Ministerio es interesante por tratarse de un caso donde sí se implementó un sistema de capacitación/supervisión intenso, lográndose la conformidad del proveedor con el nuevo paradigma en niveles superiores al 70 por ciento.

Finalmente, la *Estrategia* podría ser utilizada en los establecimientos de salud del estado de Guerrero, México. Autoridades de salud de Bolivia también han manifestado interés.

- <sup>1</sup> Emplearemos aquí el término usuaria para referirnos en forma general a la clientela de los servicios de planificación familiar del MINSA, que incluye una abrumadora mayoría de mujeres y una minoría de hombres.
- <sup>2</sup> Los servicios de planificación familiar del MINSA eran provistos mediante 34 direcciones de salud (DISAs). Cada dirección comprendía varias redes de salud, estando la cabecera de la red situada típicamente en el hospital más grande. Tanto los coordinadores de planificación familiar a nivel de DISA como a nivel de red efectuaban funciones de supervisión.
- <sup>3</sup> Como no pudimos encontrar en Madre de Dios (originalmente seleccionada como control) una red de salud suficientemente grande como para ser apareada con las mayores de Loreto (originalmente seleccionada para el grupo de tratamiento), se decidió usar Ucayali (originalmente seleccionada fuera del estudio) como control. Este fue el único caso de desviación de la estricta asignación aleatoria estratificada de DISAs a las condiciones del estudio.
- <sup>4</sup> Una excepción fue la DISA Pasco, que en áreas de altura presentaba escasez de centros de salud. En este caso se instruyó a los recolectores de datos para considerar postas de salud.
- <sup>5</sup> Los capacitadores del Programa Nacional de Planificación Familiar usaban un modelo de consejería conocido como *Los 5 Pasos de la Consejería* (MINSA, 1999b) que ponía énfasis en los procesos de comunicación y no prestaba mucha atención a los contenidos técnicos de la planificación familiar. El modelo consideraba los siguientes pasos: establecer una relación cálida con la usuaria; identificar sus necesidades; responder a tales necesidades; verificar la comprensión de la usuaria y mantener una relación cordial con ella. Las guías en los pasos 2 y 3 eran especialmente vagas, y las del paso 5 redundantes. Para cumplir con el propósito del Programa de trabajar un modelo que fuese consistente con los *5 Pasos de la Consejería* del MINSA, desarrollamos junto con su especialista en consejería (Gloria Lagos) y otras consultoras (María E. León, Irma Ramos) la *Estrategia de Consejería Balanceada* como un modelo que incluía cinco cambios. 1. La fase de “Establecer una relación cordial con la usuaria” de los *5 Pasos de la Consejería* fue planteada como un objetivo para toda la consulta. 2. La fase de “Evaluar las necesidades de la usuaria” de los *5 Pasos*, se reformuló como una de toma de decisiones secuencial al servicio de la elección de método, mediante un proceso de descarte de métodos irrelevantes en interacción con la usuaria. 3. La fase de “Responder a las necesidades de la usuaria” de los *5 Pasos* fue desagregada en cuatro sub-pasos, dándosele especificidad a cada uno de ellos: 3/a. El primer sub-paso consistió en dar a la usuaria información sobre cuatro atributos básicos de cada método relevante. 3/b. La usuaria elige el método, y la sesión se concentra en el método escogido. 3/c. Considerar las contraindicaciones y 3/d. Informar en detalle a la usuaria sobre las instrucciones de uso, efectos secundarios, signos de alarma, mecanismos de acción, y (para reforzar su elección) otras ventajas del método escogido. Los mecanismos de retroalimentación del modelo permitirían a la usuaria cambiar su elección, ir un paso anterior, y considerar un método alternativo. 4. La fase de “Verificar que la usuaria ha entendido” de los *5 Pasos* se mantuvo básicamente igual, aunque con mayor especificidad. 5. La fase de “Mantener una relación cordial con la usuaria” de los *5 Pasos* fue reemplazada por una especificación técnica de los requisitos de seguimiento.
- <sup>6</sup> La minipíldora fue discontinuada durante la vida del proyecto y ya no está disponible en el MINSA.
- <sup>7</sup> Cada puntaje sumado estaba distribuido normalmente según el test de Kolmogorov-Smirnov. Similar fue el caso de la mayoría de otros puntajes sumados del estudio.
- <sup>8</sup> La usuaria podía escoger un cierto método (v. gr., DIU) y el proveedor darle un diferente para uso temporal durante un período de espera (v. gr., condón). Como deseábamos evaluar la calidad del servicio tanto respecto a la elección de método como en las tareas posteriores a la elección, solamente incluimos en los análisis casos de usuarias para las cuales el método escogido y el método recibido eran el mismo.
- <sup>9</sup> El uso de conjuntos (clusters) como unidades de aleatorización es crecientemente popular en la investigación sobre prevención de enfermedades y promoción de la salud (v. gr., Bauman *et al.*, 1994; Donner y Klar, 1996; Hayes y Bennett, 1999; Hsieh, 1988). Cuando se usa la aleatorización de conjuntos, la utilización del conjunto como unidad de análisis ofrece la mayor claridad conceptual (Barcikowski, 1981) y permite a los investigadores evitar los complicados problemas metodológicos involucrados en el estudio del cambio (v. gr., Cook y Campbell, 1979).

- 10 Podríamos haber usado un test  $t$  de una cola para aumentar el poder experimental. Sin embargo, esta estrategia habría hecho ciego al experimento respecto a posibles diferencias significativas entre los grupos que emergiesen en dirección contraria a las hipótesis del estudio.
- 11 Ver Cook y Campbell (1979) y Reichardt (1979) acerca de la necesidad de parsimonia en el análisis estadístico de experimentos de campo.
- 12 Como quiera que las DISAs de tratamiento y control estaban apareadas, podríamos haber usado un test  $t$  de muestras apareadas para incrementar el poder del experimento. Preferimos tratarlas como muestras independientes para no darnos la oportunidad de tomar ventajas del azar. Los tests de una cola probaban las hipótesis direccionales de que la intervención *a.* mejoraría la calidad de atención y otros logros programáticos y *b.* no incrementaría los costos programáticos.
- 13 Ciertos proveedores que habían recibido los dos talleres quedaron excluidos del análisis de datos del post-test al no satisfacer los criterios de inclusión. Por ejemplo, una DISA había pedido permiso para enviar a los talleres a proveedores de redes de salud prioritarias para ella pero que no eran parte del estudio. Se perdieron otros proveedores para el seguimiento porque no estaban en el centro de salud cuando arribó el equipo de investigación para ejecutar el post-test. Finalmente, tuvimos que excluir casos con datos inconsistentes. Un problema que emergió durante el análisis de datos fue la inconsistencia ocasional entre lo que la observadora y lo que la usuaria consideraban el método escogido en la consulta. El puntaje de calidad para DIU/hormonales o barrera/naturales se computó sólo en los casos donde la observadora reportaba que había sido elegido un cierto método y tanto ella como la usuaria reportaban el mismo método recibido por la usuaria. Esto causó la pérdida de unas pocas usuarias que habían escogido el DIU o un método hormonal pero no estaban listas para su inmediata implementación y recibieron un método de barrera o natural para uso durante un tiempo de espera. (Mientras que la guía de observación de la consulta enfocaba el método escogido, la entrevista de salida a la usuaria se refería al método recibido.)
- 14 Los tamaños de efecto inusualmente grandes del Cuadro 1 (todos por encima de  $1.3_{\Delta/\sigma}$ ) se explican por la naturaleza del estimado de la varianza que se utilizó en el denominador de la razón  $\Delta/\sigma$ . Al tener promedios de DISAs como unidades de análisis, la razón  $\Delta/\sigma$  ignora la varianza entre proveedores dentro de la DISA. Semejante es el caso del cálculo de la razón  $t$  y su nivel de significación.
- 15 Los predictores incluían el sexo del proveedor, su edad, situación laboral, carga de trabajo (número de usuarias por turno), tiempo trabajando con el MINSA, satisfacción con la carga de trabajo, satisfacción con las oportunidades profesionales del trabajo, conocimiento (autoatribuido) sobre métodos anticonceptivos, prioridad asignada a la tarea de ayudar a la usuaria a elegir un método, y prioridad asignada a la tarea de asistir a la usuaria con respecto al método elegido.
- 16 Los proveedores nombrados y los contratados a corto plazo tenían niveles semejantes de calidad en el pre-test y todos los proveedores considerados en estos análisis habían participado en los talleres. De aquí que la diferencia no pudiese ser atribuida a diferencias pre-existentes en calidad de atención o a que un mayor porcentaje de proveedores de una categoría laboral dada hubiese participado en los talleres.
- 17 Los proveedores reciben un viático diario que varía dependiendo de su nivel dentro de la jerarquía del MINSA. El presupuesto del proyecto no consideró la necesidad de dos rondas de talleres para los proveedores y por consiguiente los fondos presupuestados eran insuficientes para cubrir el monto total del viático estipulado por las regulaciones del MINSA. El monto mostrado en el cuadro es la cantidad realmente pagada a los proveedores; si los proveedores hubiesen recibido el viático completo del MINSA, este rubro se incrementaría a US \$ 12,400.
- 18 El estimado grueso de US \$ 30,000 asume que los costos administrativos y de asistencia se reducen a la mitad porque solo ocurriría una ronda de talleres (US \$ 18,000); los costos de consultores son reducidos en 75% tanto por la reducción a una sola ronda como por los honorarios menores pagados a los capacitadores del MINSA (US \$ 7,000); y los costos de planeamiento y desarrollo son reducidos en dos tercios (US \$ 5,000).

## Referencias

- Barcikowski, R. S. (1981) "Statistical power with group mean as the unit of analysis." *Journal of Educational Statistics* 6: 267-285.
- Bauman, K. F., C. I. Viadro, y A. O. Tsui (1994) "Use of true experimental designs for family planning program evaluations: Merits, problems, and solutions." *International Family Planning Perspectives* 20, 3: 108-113.
- Blanc, A. K., S. Curtis, y T. Croft (1999) "Does contraceptive discontinuation matter? Quality of care and fertility consequences." *MEASURE Evaluation Technical Report Series, No. 3*. Chapel Hill: Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill.
- Cook, T. T., y D. T. Campbell (1979) *Quasi-Experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Chicago: Rand-McNally.
- Hsieh, F. Y. (1988) "Sample size formulae for intervention studies with the cluster as unit of randomization." *Statistics in Medicine* 8: 1195-1201.
- Donner, A., and N. Klar (1996) "Statistical considerations in the design and analysis of community intervention trials." *Journal of Clinical Epidemiology* 49, 4: 435-439.
- Fisher, A., B. Mensch, R. Miller, I. Askew, A. K. Jain, C. Ndeti, L. Ndhlovu, y P. Tapsoba (1992). *Guidelines and instruments for a family planning situation analysis*. New York: The Population Council.
- Hayes, R. J., y S. Bennett (1999) "Simple sample size calculation for cluster-randomized trials." *International Journal of Epidemiology* 28: 319-326.
- León, F. R. (1999) "Peru: Providers' compliance with quality of care norms." Informe final del proyecto de Frontiers *Monitoring family planning providers' compliance with the quality of care norms of Peru's Ministry of health*. Lima: Population Council.
- León, F. R., R. Monge, A. Zumarán, I. García, y A. Ríos (2001) "Length of counseling sessions and amount of relevant information exchanged: A study in Peruvian clinics." *International Family Planning Perspectives* 27, 1: 28-33 & 46. Versión castellana: "Duración de las sesiones de consejería y cantidad de información relevante que se intercambia: Un estudio en clínicas del Perú." *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial del 2001, 2-8.
- León, F. R., V. Espinoza, A. Espinosa, y B. Meza (2002a) "Estrategia de Consejería Balanceada para mejorar la calidad de atención en planificación familiar en EsSalud/Lima." *Informe Final de Frontiers*. Lima: Abril 29.
- León, F. R., S. Roca, A. Ríos, A. Zumarán, y A. R. Feijoo (2002b). "Treatment group shows reduced 6-month all-method all-reasons discontinuation rates, yet results do not reach statistical significance." *Peru PCI-QoC Project Bulletin No. 19a*. Lima: Population Council, 8 octubre.
- Lipsey, M. W. (1990) *Design sensitivity: Statistical power for experimental research*. Newbury Park: Sage.
- Locke, E. A., y G. P. Latham (1990) *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- MINSA (1999a) *Normas del Programa Nacional de Planificación Familiar*. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas.
- MINSA (1999b) *Manual de Consejería de Planificación Familiar*. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas.
- Reichardt, C. S. (1979) "The statistical analysis of data from nonequivalent group designs". En Cook, T. T., y D. T. Campbell (1979) *Quasi-Experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Chicago: Rand-McNally.
- Simon, H. A. (1955) "A behavioral model of rational choice." *Quarterly Journal of Economics* 69: 99-118.
- Simon, H. A. (1978) "Rationality as process and as product of thought." *Journal of the American Economics Association* 68: 1-16.
- Vroom, V. H. (1964) *Work and motivation*. New York: Wiley.



Antonietta Martin

El *Test de Servicios* consiste en un perfil de usuaria, clientas simuladas capacitadas, y una lista de chequeo observacional. En esta instancia, el perfil de usuaria presentaba a una mujer saludable con dos hijos que había usado el ritmo (salió embarazada), condones (con disgusto del esposo), y AMDP (con disgusto suyo a causa de la amenorrea) y quería un anticonceptivo más satisfactorio. La pareja estaba usando condones temporalmente, aunque de manera incorrecta y a disgusto. Si pudiera elegir, escogería los anticonceptivos orales combinados (píldora).

Las clientas simuladas fueron capacitadas para actuar este perfil al solicitar servicios de planificación familiar en los establecimientos del estudio; también, para responder a las preguntas que formularan los proveedores durante la consulta. Cuando se les preguntara por su menstruación, debían decir que su período estaba terminando o que estaban en el cuarto día de menstruación. Se ideó esta respuesta para mostrarle al proveedor que no estaba embarazada, pues el embarazo es una contraindicación para muchos métodos. El perfil indicaba que había tenido su último Papanicolaou seis meses atrás, que no había violencia en su entorno doméstico, y que ni ella ni el esposo eran promiscuos. Las clientas simuladas fueron instruídas para rechazar el examen pélvico si el proveedor lo requería, diciendo que sentían vergüenza debido al goteo.

También aprendieron a medir el tiempo de consulta (distinguiendo entre tiempo de espera, triaje, y consulta) y a llenar una lista de chequeo referente a 72 comportamientos del proveedor tan pronto como dejaran el establecimiento. Los ítems, pertenecientes a nueve áreas, eran los siguientes:

- **Relaciones interpersonales:** El proveedor se presentó diciendo su nombre. La consejería fue individual. \*La consulta fue interrumpida (calificación inversa, o c.i.). \*Hubo extraños escuchando lo que yo decía (c. i.). Había extraños observándome (c. i.). El proveedor me trató amablemente. \*Sentí que se preocupaba por mi salud. Parecía fastidiado (c. i.). Me trató respetuosamente.
- **Diagnóstico de necesidades:** Me preguntó la edad. Si tenía hijos y la edad del último. \*Si quería tener más hijos. \*Si estaba usando un método anticonceptivo. \*Sobre los métodos usados en el pasado. Por qué había dejado el método del ritmo. Por qué había dejado el inyectable. Por qué quería dejar el condón. Si estaba menstruando o la fecha de mi última menstruación.
- **Opciones de método:** Describió el método del moco cervical. Me dijo que el DIU es un aparatito de plástico y cobre que se inserta en el útero. \*Que la T de cobre previene el embarazo hasta por 10 años. Que podría causar molestias, tales como mayor cantidad de menstruación. \*Que la píldora es muy eficaz si se toma cada día. Que puede causar molestias (menciona náusea, dolor de cabeza, o sensibilidad del pecho). Que podría quedar embarazada inmediatamente al discontinuarla. \*Me pidió que elija un método (no insistió en ninguno en particular). Me dijo que el condón es el único que previene las infecciones de transmisión sexual.
- **Contraindicaciones:** Me preguntó si había tenido dolores de cabeza frecuentes con visión borrosa. Hepatitis u otra enfermedad del hígado o piel amarilla. Si tomaba medicinas para convulsiones o tuberculosis. Si había tenido sangrado vaginal fuera de la menstruación. Si fumaba más de 15 cigarrillos al día. \*Me preguntó cuál era, o midió, mi presión arterial. \*Si había tenido problemas circulatorios o cardíacos. \*Me realizó un examen de mamas o me preguntó sobre antecedentes de cáncer de mamas. Si me había hecho un Papanicolaou.
- **Ventajas y mecanismos de acción:** \*Dijo que la píldora suprime la ovulación y espesa el moco cervical. Que es gratis en todos los establecimientos del MINSA. \*Que la usuaria puede ver su menstruación. \*Que ayuda a regular la menstruación. Reduce los cólicos menstruales. Disminuye los tumores benignos del pecho. Previene los cánceres ovárico y endometrial. Previene inflamaciones pélvicas. Puede reducir la anemia.
- **Instrucciones de uso:** \*Me dijo que el uso de la píldora se inicia durante los días 1 al 5 de la menstruación. Que es preferible tomarla a la misma hora. Que hay que continuar con otro paquete apenas se acabe uno. \*Que si olvido tomar una píldora blanca debo tomar una apenas lo recuerde y luego seguir normalmente. \*Que si olvido tomar dos blancas debo suspender la toma e iniciar un paquete nuevo cuando venga mi menstruación. Que en este caso debo usar protección alternativa hasta la píldora número siete del nuevo paquete. Que no hay que hacer nada especial si olvido tomar una píldora marrón. Que debo suspender el uso una semana antes y una después de cualquier intervención quirúrgica. Que si tengo diarrea o vómitos por más de dos días debo usar protección alternativa los siguientes siete días.

- **Efectos secundarios y signos de alarma:** \*Dijo que podría sufrir náusea o sentirme mareada. Que podría experimentar dolores de cabeza. Que podría tener sensibilidad aumentada en los senos. \*Que estos efectos secundarios no son peligrosos y pueden desaparecer. Que debería regresar al establecimiento si no desaparecen en tres meses. \*Que regrese en la presencia de un dolor de cabeza muy fuerte y/o visión borrosa. Si hay dolor fuerte de pecho o problemas respiratorios. Si mi piel se pone amarilla. Si me duelen las piernas.
- **Seguimiento:** \*Me dijo que regrese al mes siguiente por más píldoras. \*Verificó que había entendido lo que me había explicado. \*Me dijo que regrese si tengo cualquier duda o problema. Si sospecho embarazo o no me retorna la menstruación después de dos meses. Me explicó que la tableta vaginal debe insertarse 15 minutos antes del coito. Que debo permanecer echada hasta iniciar el coito. Que es efectiva durante una hora. Que tendría que usar otra para otro coito. Que no debería hacerme una ducha vaginal en las siguientes horas.

## Apéndice 2

### Ítems de calidad de atención-DIU/métodos hormonales

- **Relaciones interpersonales:** Cómo siente que fue tratada por el proveedor. Si sintió que se preocupaba por su salud. Si le parecía que estaba apurado (c.i.). (Todos de la entrevista de Salida [ES]).
- **Diagnóstico de necesidades:** Si se prestó atención a lo siguiente: Deseo de tener hijos. Actitud de la pareja frente a la planificación familiar. Método usado ahora o en el pasado. (Todos de la guía de observación [GO]).
- **Opciones de método:** Si el proveedor le preguntó si ya tenía en mente un método. Si sintió que podía escoger entre varios métodos. Si siente que fue ella quien escogió el método. (Todos de la ES).
- **Contraindicaciones del método elegido por la usuaria:** Uno o más considerados por el proveedor. Dos o más considerados por el proveedor. Tres o más considerados por el proveedor. (Todos de la GO).
- **Instrucciones de uso del método escogido por la usuaria:** Respecto al método que Ud. recibió hoy, ¿le explicó el proveedor cómo usarlo? (De la ES). Dos o más instrucciones de uso dadas por el proveedor respecto al método escogido. Tres o más instrucciones de uso dadas por el proveedor respecto al método escogido. (Los dos últimos de la GO).
- **Efectos secundarios del método escogido por la usuaria:** Respecto al método escogido, ¿le describió el proveedor los posibles efectos secundarios? (De la ES). Dos o más efectos secundarios considerados por el proveedor. Tres o más efectos secundarios considerados por el proveedor. (Los dos últimos de la GO).
- **Signos de alarma del método escogido por la usuaria:** Uno o más considerados por el proveedor. Dos o más. Tres o más. (Todos de la GO).
- **Instrucciones de seguimiento sobre el método escogido por la usuaria:** Referente al método escogido, ¿le dijo el proveedor qué hacer si tenía un problema? ¿Que podía cambiar de método si estaba insatisfecha? (Ambos de la ES). Tres o más instrucciones de seguimiento consideradas por el proveedor (Según la GO).

Nota. La escala de calidad de atención barrera/naturales utiliza estos mismos ítems, excepto aquellos que tienen que ver con contraindicaciones, efectos secundarios, y signos de alarma.

**Perú.  
La Estrategia de  
Consejería Balanceada**

Impreso en el mes de abril de 2003  
Se tiraron 1,000 ejemplares.

El diseño estuvo a cargo de Arroyo+Cerda  
y la producción fue realizada por  
Editorial Sestante, SA. de CV.