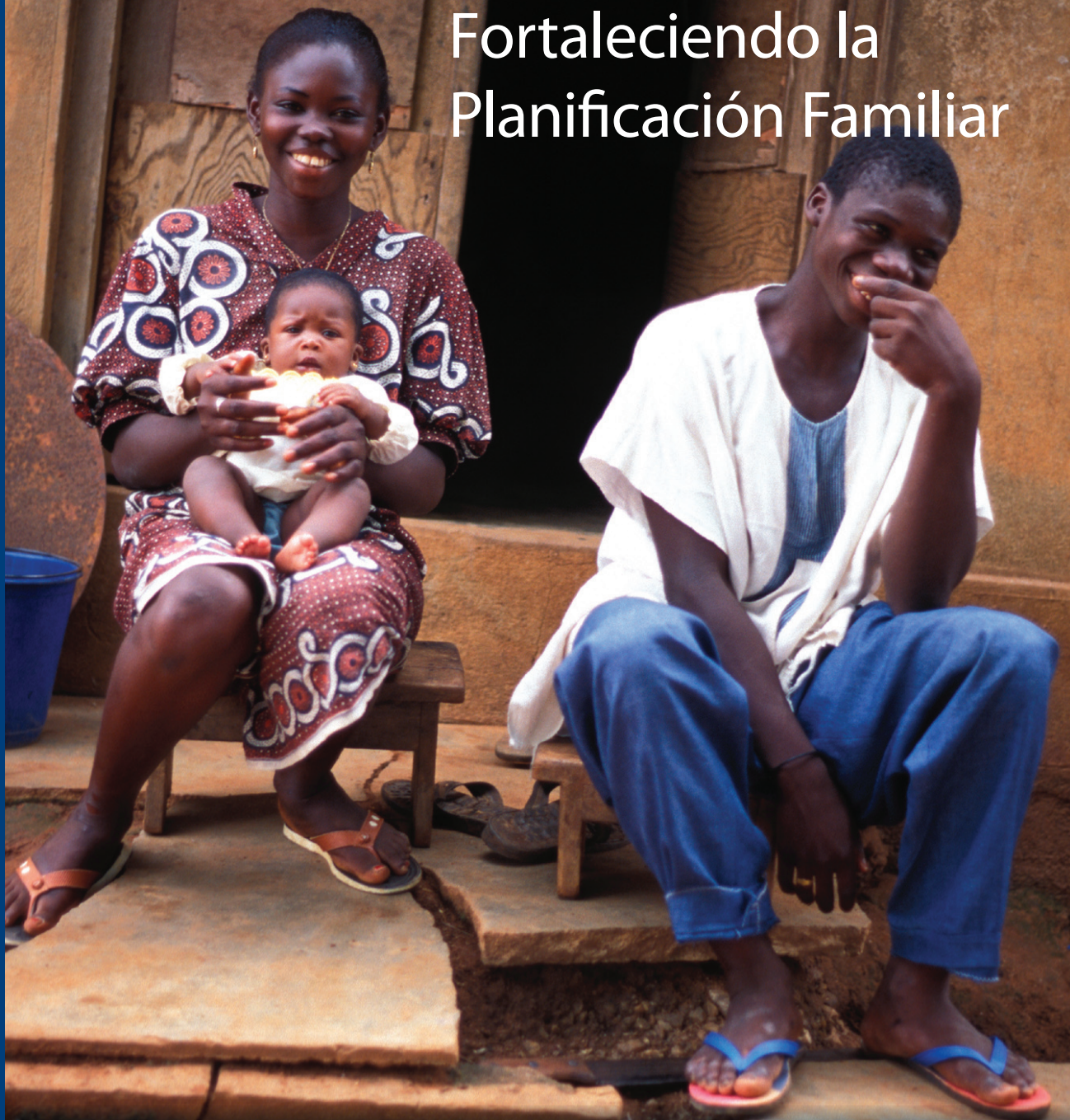


Una Necesidad Insatisfecha

Fortaleciendo la
Planificación Familiar



Título original en inglés *Meeting the Need: Strengthening Family Planning Programs*

La traducción al español e impresión de esta publicación fueron realizadas por el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) bajo las condiciones del subcontrato N° #UNP.1260-01-07313-CRT suscrito entre PATH e ICMER.

Traductoras: Ana María Concha
Kane Sugiura
M. Ximena Toro

Santiago, CHILE
Junio de 2007

Copyright©2006, Programa para una Tecnología Apropriada en Salud (PATH) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Todos los derechos reservados. El material contenido en este documento puede ser utilizado sin restricciones con fines educativos o sin fines de lucro, siempre y cuando incluya una breve nota que acredite la fuente original.

Número ISBN: 0-89714-770-7

Cita sugerida:

PATH and United Nations Population Fund. Una Necesidad Insatisfecha: Fortaleciendo la Planificación Familiar. Seattle: PATH/UNFPA; 2006.

Una Necesidad Insatisfecha

Fortaleciendo la Planificación Familiar

2006



Agradecimientos

Una Necesidad Insatisfecha: Fortaleciendo la Planificación Familiar es un informe que surgió de la colaboración entre PATH y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La investigación y preparación de este informe estuvieron a cargo de Adrienne Kols, quien se desempeñó como consultora privada. Lindsay Edouard de UNFPA y Cristina Herdman de PATH supervisaron el desarrollo del informe y estuvieron a cargo de definir su alcance y contenido. Si bien el informe se benefició considerablemente de los comentarios de las personas que se mencionan a continuación, la responsabilidad en cuanto al contenido final recae en las personas mencionadas más arriba.

Un agradecimiento especial a las muchas otras personas que contribuyeron de manera importante a este informe. Hedia Belhadj, Stan Bernstein y Arletty Pinel de UNFPA realizaron la revisión técnica del documento. C.Y. Gopinath, Jane Hutchings, Lorelei Goodyear y Jacqueline Sherris de PATH contribuyeron con información técnica para secciones específicas del informe. La edición estuvo a cargo de Michele Burns y el diseño corresponde a Kristin Dahlquist, ambas de PATH.

Además queremos agradecer la experiencia aportada por los revisores externos a PATH y UNFPA. Entre ellos están Jeff Spieler, Allan Bornbusch, Sarah Harbison, Shawn Malarcher y Susan Wright de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Entre los revisores de la División de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud están Catherine D’Arcanges, Kathryn Church y Nuriye Ortayli. Oluwole Akande del University College Hospital de Ibadan, Nigeria, también proporcionó información importante para este informe.

Contenido

	Prefacio	1
	Resumen ejecutivo	2
PARTE	En qué consiste el desafío	5
1	Prioridades y estrategias de desarrollo	5
	Beneficios de la planificación familiar	9
	Salud	9
	Derechos reproductivos y equidad de género	11
	Beneficios económicos	11
	Prevalencia anticonceptiva: situación actual	12
	Niveles y tendencias	12
	Factores determinantes	12
	Cómo definir los objetivos del programa	14
PARTE	Cómo aumentar la prevalencia anticonceptiva	17
2	<i>Advocacy</i>	17
	Reestructuración de la provisión de servicios	19
	Servicios integrados	19
	Seguridad de los insumos anticonceptivos	28
	Calidad de atención	32
	Decisión informada y consejería en anticoncepción	38
	Superación de las barreras para llegar a los grupos subatendidos	43
	Generación de demanda	50
	Comunicación para fomentar cambios de comportamiento	50
	Disminución de las barreras económicas	53
	Sostenibilidad	58
	Autosuficiencia	58
	Alianzas con el sector privado	59
PARTE	Conclusión	63
3	Acrónimos	65
	Referencias	66
	Otros recursos	76

Prefacio

Garantizar el acceso a información, servicios e insumos de planificación familiar es esencial para proteger la salud y el bienestar de las mujeres, las familias y la sociedad en general. La planificación familiar tiene un profundo impacto en el desarrollo económico, los derechos humanos y la salud mundial, a los que muchas veces no se da la debida importancia. Si bien los avances recientes han sido eficaces en ampliar la agenda sobre salud mundial y desarrollo, también han diluido la atención y el financiamiento destinados a la planificación familiar. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 ubicó la planificación familiar dentro de un contexto más amplio de salud y derechos reproductivos de las mujeres y equidad de género. Las reformas del sector salud promovieron los servicios integrados y dejaron que los funcionarios que se desempeñan a nivel de distrito definieran las prioridades de salud, las que a menudo no consideraban las necesidades de planificación familiar. Los nuevos marcos de desarrollo, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio definidos por los líderes del mundo el año 2000, se centraron en satisfacer las necesidades de las personas más pobres del mundo, sin especificar que la planificación familiar se trataba de una prioridad.

En conjunto, estas tendencias han debilitado el reconocimiento del papel integral que cumple la planificación familiar en el desarrollo. Se puede dar un nuevo ímpetu a las iniciativas de planificación familiar ayudando a los diseñadores y administradores de programas a comprender de qué modo estrategias como realizar actividades enérgicas de *advocacy*, mejorar el acceso y la calidad de atención, alentar a las personas que necesitan planificación familiar a buscarla, y trabajar en pos de la sostenibilidad financiera, pueden aumentar la prevalencia anticonceptiva. Ayudar a los donantes y a los responsables de la toma de decisiones a comprender que la planificación familiar forma parte integral del desarrollo económico y social, puede garantizar que el financiamiento y la voluntad política se hagan presentes para sustentar los servicios.

El presente informe ha sido diseñado como un recurso general para ayudar a los administradores de programas de planificación familiar a fortalecer sus programas y satisfacer las crecientes necesidades de planificación familiar. El informe no pretende presentar un análisis técnico detallado de todos los aspectos, y no aborda las diferencias y circunstancias de cada región o país relacionadas con la provisión de servicios de planificación familiar. Más bien ofrece una amplia visión general de los factores clave que deben considerarse en los programas. Cada subsección incluye una lista de recursos especializados y herramientas prácticas (disponibles en línea) que pueden servir de apoyo a los administradores que desean generar cambios en los programas. Debe destacarse que no es necesario que los administradores de programas traten de cambiar simultáneamente todos los aspectos de programación que se analizan en este informe; en algunos casos, centrarse en uno o dos componentes de un programa puede producir resultados significativos. Se espera que este informe sirva de fuente de inspiración a los administradores para que sigan investigando maneras de fortalecer los programas de planificación familiar, de modo de aumentar la prevalencia anticonceptiva y cumplir con los derechos reproductivos de los hombres y las mujeres a quienes prestan servicios.

Resumen ejecutivo

En las últimas décadas se han logrado avances impresionantes en lo que respecta a mejorar las tasas de prevalencia anticonceptiva y disminuir las tasas de fecundidad. Al mismo tiempo, un número cada vez mayor de hombres y mujeres en los países en desarrollo desean utilizar planificación familiar y ejercer su derecho a decidir libremente el número y el espaciamiento de sus hijos. El contexto actual se presenta difícil para los administradores de programas que buscan satisfacer la creciente demanda por planificación familiar. El área internacional de salud y desarrollo está intentando abordar nuevas prioridades, incluida la epidemia del VIH/SIDA y la pobreza omnipresente —además de preocupaciones ya existentes como la salud reproductiva— y a menudo no le da importancia al papel integral que cumple la planificación familiar. Las reformas del sector salud han impuesto nuevos desafíos a la labor de gestión, incluidos los cambios en los mecanismos de financiamiento y la descentralización de los servicios, para una provisión a nivel de distrito. La integración de los servicios, que ha sido la meta a largo plazo de la comunidad que trabaja en planificación familiar, no constituye una tarea sencilla que tenga una solución única; requiere de la gestión cuidadosa de un proceso bien planificado. A menudo, ello sobrepasa la capacidad de los centros de gestión nuevos y, por lo tanto, en algunos casos se ha traducido en un debilitamiento de los servicios de planificación familiar. Pese a estos desafíos, ahora más que nunca es importante que la información y los servicios de planificación familiar estén cada vez más disponibles, integrándolos de manera sistemática a los servicios de salud general.

Para enfrentar estos desafíos, los administradores de programas de planificación familiar necesitan actuar desde cuatro frentes. En primer lugar, deben hacer un enérgico trabajo de *advocacy* para aumentar la comprensión de los responsables de políticas respecto de la relación entre pobreza, desarrollo y planificación familiar. En segundo lugar, deben garantizar que los servicios de planificación familiar sean costo-efectivos, accesibles y de buena calidad. Tercero, los administradores de programas de planificación familiar deben generar demanda por planificación familiar. Por último, los administradores deben esforzarse por mejorar la sostenibilidad financiera de los programas de planificación familiar.

Una labor de *advocacy* exitosa contribuirá a aclarar el vínculo entre la planificación familiar y las metas más amplias de salud y desarrollo. Garantizar que los encargados de la toma de

decisiones comprendan la relación que existe entre planificación familiar y las metas asociadas al desarrollo económico, equidad de género, prevención de VIH/SIDA, y salud materno-infantil se traducirá en un mayor impacto y sostenibilidad de los programas de planificación familiar en el largo plazo.

La reformulación eficaz de la provisión de servicios para asegurar que éstos sean económicamente asequibles, accesibles y de calidad ayudará a maximizar el alcance de los servicios de planificación familiar. Integrar la planificación familiar con otros servicios de salud puede ayudar a satisfacer las necesidades especiales de diferentes poblaciones y llevar los servicios de planificación familiar a nuevos grupos, llegando a las personas de escasos recursos, los adolescentes, los hombres y otros grupos subatendidos. Mejorar la consejería en anticoncepción y garantizar los suministros anticonceptivos pueden contribuir a que se cumpla el objetivo de la decisión informada. Finalmente, fortalecer la provisión cotidiana de servicios puede mejorar la calidad de atención que reciben las clientas de planificación familiar.

La comunicación para fomentar cambios de comportamiento, incluida la educación de las/los clientes, la movilización de la comunidad y las campañas en medios de comunicación, tienen el potencial de cambiar tanto las normas de la comunidad como las actitudes de los individuos, y de esta manera generar apoyo para los derechos reproductivos y lograr vencer la resistencia de la sociedad a la planificación familiar. También puede mejorar el nivel de conocimiento y motivar a las/los potenciales clientes para que recurran a la planificación familiar. Al mismo tiempo, compensar a las/los clientes por los gastos menores y eximirlos de pagar su atención son estrategias que pueden eliminar las barreras económicas que desalientan a las personas para buscar servicios de planificación familiar.

Un análisis riguroso de los gastos e ingresos, y un ajuste en la estructura del personal y en las prácticas de provisión de servicios pueden lograr que los programas adquieran mayor independencia. La asociación con el sector privado —por ejemplo, a través del mercadeo social y de la franquicia social— puede aumentar la disponibilidad de servicios de planificación familiar económicamente asequibles en la comunidad y aliviar la presión sobre el sistema público de salud.



En qué consiste el desafío

- Prioridades y estrategias de desarrollo
- Beneficios de la planificación familiar
- Prevalencia anticonceptiva: situación actual

Los recientes cambios de estrategias y prioridades en el ámbito del desarrollo internacional han hecho que la planificación familiar pierda su vitalidad. Aún hay 201 millones de mujeres en los países en desarrollo que necesitan, y que no están usando, métodos anticonceptivos modernos: 137 millones de mujeres en riesgo de embarazo no planificado no están usando ningún método, y otros 64 millones confían en métodos tradicionales menos eficaces (Singh et al. 2003). Muchos grupos vulnerables, incluidas las personas de escasos recursos y los adolescentes, no cuentan con buen acceso a servicios de planificación familiar de calidad. Y el creciente número de usuarios/as de métodos anticonceptivos está poniendo a prueba la capacidad de los programas de planificación familiar para satisfacer sus necesidades. Si los administradores de programas de planificación familiar desean obtener atención en cuanto a políticas y los recursos necesarios para mejorar la condición de sus programas, deben aprender a entender el cambiante contexto de políticas y financiamiento que los rodea.

Prioridades y estrategias de desarrollo

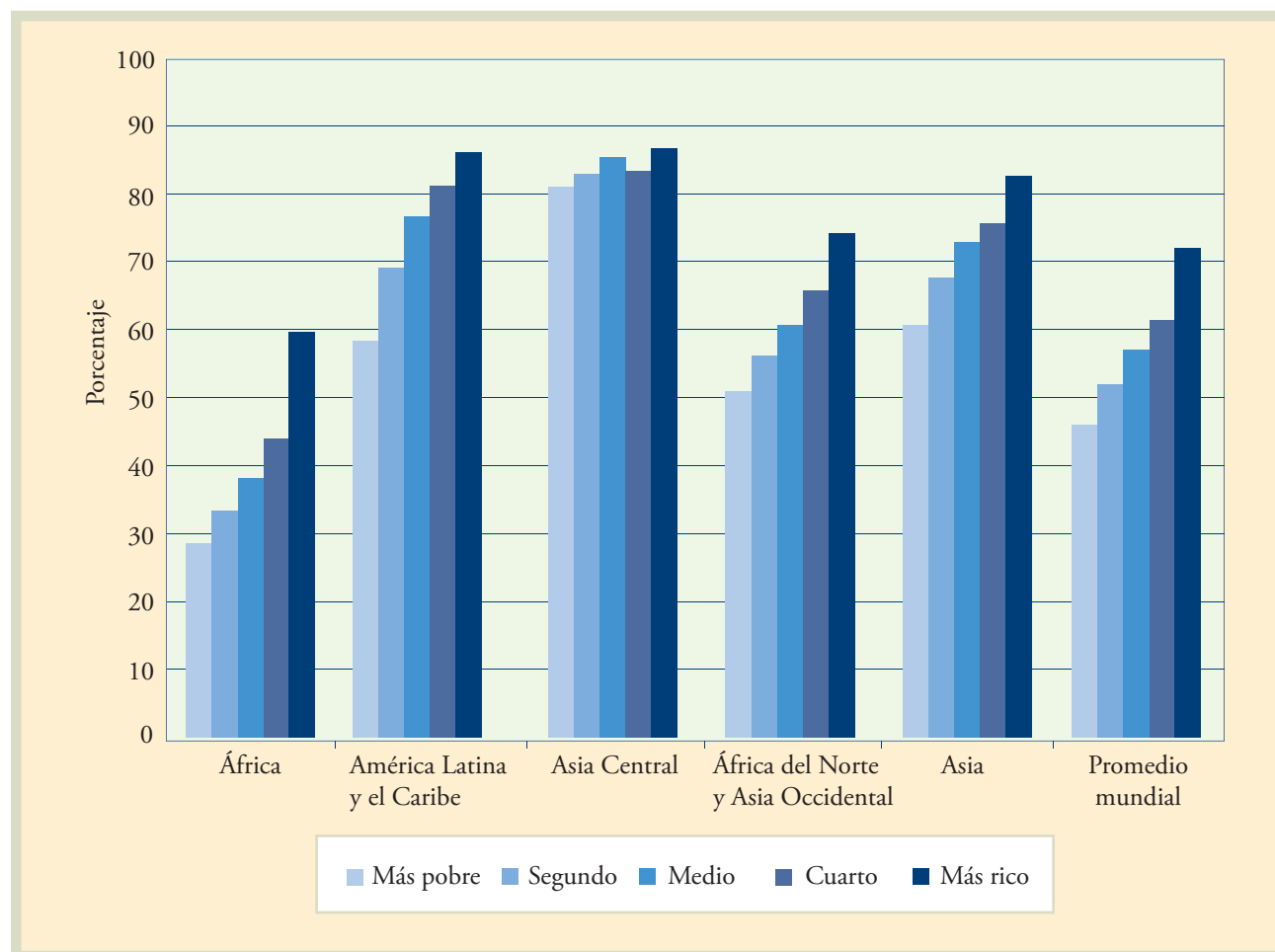
El cambio de las prioridades y las estrategias de desarrollo a nivel mundial ha alterado considerablemente el panorama de la planificación familiar, particularmente durante los últimos diez años. El consenso al que se llegó en 1994 en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo desechó el criterio de un enfoque estrecho en los temas de población y acogió un enfoque ampliado en cuanto a desarrollo, basado en el reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres y la equidad de género, instando a que la planificación familiar se proveyera como parte integral de la amplia gama de servicios de

atención en salud reproductiva (UN 1995). Este llamado fue reiterado cinco años después en la Asamblea General de las Naciones Unidas (UN 1999) y, nuevamente, en la estrategia de salud reproductiva de la Organización Mundial de la Salud del año 2004 (WHO RHR 2004). Esta agenda ampliada claramente ha contribuido al bienestar de las mujeres, pero la planificación familiar generalmente ha tenido que compartir el foco de atención y el financiamiento con una serie de otros servicios, incluidos problemas importantes y antiguos —aunque poco reconocidos— como la mutilación genital femenina y la violencia basada en el género (Gillespie 2004). Además, se han destinado recursos muy necesarios para combatir la pandemia del VIH/SIDA, pero a menudo no se reconoce la estrecha relación que existe entre dicha pandemia y la planificación familiar y otros problemas de salud reproductiva, lo que se traduce en que no se aprovechan todas las oportunidades para mejorar la salud.

La campaña para reformar el sector salud ha reafirmado los argumentos de la CIPD en cuanto a ofrecer una amplia gama de servicios de salud reproductiva. Los reformadores sostienen que los servicios de salud integrados —conjuntamente con la descentralización, con esquemas alternativos de financiamiento, con una asignación de recursos basada en la carga de enfermedad y otras medidas innovadoras— pueden aumentar la eficiencia, calidad, equidad, sostenibilidad y capacidad de respuesta de los sistemas de salud del mundo en desarrollo. Si bien está claro que los beneficios de la integración y de otras innovaciones son positivos, algunas veces estas reformas pueden, sin quererlo, debilitar la planificación familiar. Por ejemplo, los servicios integrados a menudo requieren que los proveedores de servicios de planificación familiar dividan su tiempo entre una mayor variedad de servicios (Dmytraczenko et al. 2003, McIntyre 2005); un sistema descentralizado permite que sean los administradores a nivel de distrito quienes determinen qué recursos se asignan a planificación familiar (Maceira 2005a, Merrick 2000); y el cálculo de la carga de enfermedad subestima la planificación familiar, ya que el embarazo no es una enfermedad (Alvarez-Castillo 2005, Berer 2002). No obstante, los posibles beneficios de la reforma del sector salud superan con creces las desventajas. Por ejemplo, los enfoques sectoriales en salud (SWAp, por su sigla en inglés) concentran en un fondo común el financiamiento de los donantes a fin de que los gobiernos puedan tener un enfoque común en cuanto a la planificación y gasto para todo el sector salud. Si bien los enfoques sectoriales pueden disminuir los fondos donados que se destinan a planificación familiar, éstos eliminan la duplicación de esfuerzos, la fragmentación y una pesada carga administrativa que consumen muchísimos recursos en un enfoque de atención en salud centrado en un proyecto, a la vez que fortalecen el sentido de participación y liderazgo locales —lo que puede traducirse en una atención en salud más eficaz y eficiente (CIDA 2003, Maceira 2005b).

Al mismo tiempo, un creciente interés por paliar la pobreza se ha traducido en que la salud reproductiva y la planificación familiar reciban una menor atención y, por lo tanto, un menor financiamiento. El Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional establecieron en 1999 los Documentos de Estrategia de Lucha contra la Pobreza (DELP) como condición para otorgar préstamos y reducir la deuda; y los donantes y los socios para el desarrollo los utilizan cada vez más como marco de referencia para entregar asistencia. Estos planes multisectoriales respecto del crecimiento económico tocan todos los temas de salud, pero a menudo no reconocen explícitamente los temas de salud reproductiva y planificación familiar como una prioridad ni les asignan presupuesto. Ello implica desperdiciar otra oportunidad, ya que no se puede lograr desarrollo sin

FIGURA 1:
Proporción de la demanda anticonceptiva satisfecha, según quintil de ingreso, 1996-2004



Notas: Este período no incluye los datos de 1996 para Bangladesh, Benin, Nepal, Tanzania y Zambia, ni los datos de 1997-1998 para Nicaragua. El promedio global de quintil de ingresos es un promedio simple y no considera las diferencias entre países de grupos por quintiles de ingreso.

Fuente: Adaptado de UN Millennium Project 2006

la inversión apropiada en planificación familiar, particularmente cuando se trata de personas de escasos recursos que tienden a presentar mayores tasas de necesidades no satisfechas (ver Figura 1). Aún así, los DELP implican un enorme potencial para la salud reproductiva: pueden crear más conciencia acerca de cuán importantes son los resultados de salud para disminuir la pobreza y alcanzar un desarrollo económico, pueden otorgarle voz al sector de la salud dentro del proceso más amplio de asignación presupuestaria, y pueden atraer nuevos fondos y canalizar de mejor manera el apoyo de los donantes hacia las áreas de salud (WHO 2005a).

Durante la Cumbre del Milenio realizada el año 2000, el foco de atención se mantuvo en la pobreza. Esta cumbre reunió a los líderes del mundo con el objetivo de elaborar un marco de

trabajo común que abordara las prioridades del desarrollo internacional y de establecer la agenda de las Naciones Unidas para el siglo XXI. De la Cumbre surgieron 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), siendo evidente la omisión de la meta de la CIPD respecto del acceso universal a información y atención en salud reproductiva (Bernstein 2005, Crossette 2005). No obstante, la planificación familiar y la salud reproductiva contribuyen, directa o indirectamente, a lograr cada uno de los ODM (Singh et al. 2003), que son:

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- Lograr la enseñanza primaria universal.
- Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
- Reducir la mortalidad infantil.
- Mejorar la salud materna.
- Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.
- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Cinco objetivos clave de los programas nacionales de planificación familiar

Las agencias internacionales de planificación familiar por lo general concuerdan en que existen cinco objetivos comunes vinculados al éxito de los programas nacionales de planificación familiar. Primero, los programas deben proporcionar un completo acceso a diversos métodos anti-conceptivos, de modo tal que las parejas y los individuos puedan acceder al método que mejor satisfaga sus necesidades. Segundo, los programas deben satisfacer la necesidad no satisfecha y la intención de usar un determinado método, de modo que las personas que deseen usarlo puedan hacerlo. Tercero, los programas nacionales de planificación familiar deben esforzarse por lograr los niveles deseados de fecundidad, de modo que las parejas puedan tener el número de hijos que deseen. Cuarto, los países debieran trabajar para alcanzar el nivel de fecundidad de reemplazo que deseen, a fin de lograr una estabilidad poblacional óptima. Y por último, los programas nacionales debieran trabajar para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y con el Programa de Acción de El Cairo, para lograr finalmente reducir la pobreza, mejorar la salud y promover la paz, los derechos humanos, la igualdad de género y la sostenibilidad ambiental (Ross et al. 2005).

El informe elaborado cinco años después de la Cumbre del Milenio sobre el avance de los objetivos del Proyecto del Milenio reconoce esta omisión, y en particular hace explícita la relación entre pobreza y crecimiento de la población; entre dinámica de la población y cambio climático; entre derechos reproductivos e igualdad de género; y entre salud reproductiva y bienestar de las madres, los niños y las personas en riesgo de contraer VIH/SIDA (UN Millennium Project 2005a). De hecho, algunos grupos de trabajo del Proyecto del Milenio han recomendado agregar indicadores que explícitamente se refieran a la planificación familiar y la salud reproductiva (UN Millennium Project 2005b, Sinding 2005). Los defensores de la planificación familiar y la salud reproductiva deben seguir trabajando tanto a nivel nacional como internacional para lograr que la salud reproductiva forme parte de la agenda de los ODM y se transforme en una prioridad tanto para las políticas como para los programas (Basu 2005).

Beneficios de la planificación familiar

Salud

De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2001, los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva representan el 18 por ciento de la carga total de enfermedad y el 32 por ciento de la carga en mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años) a nivel mundial (WHO 2001). Cada año, aproximadamente 50 millones de mujeres sufren de enfermedades asociadas al embarazo y al parto, y más de 529.000 mueren a causa de ellas (WHO 2005a). El uso de planificación familiar para prevenir embarazos no deseados, embarazos de alto riesgo y para lograr un mayor espaciamiento de los nacimientos, contribuye a que las mujeres puedan reducir considerablemente el riesgo de mortalidad y morbilidad asociado a las complicaciones del embarazo y el parto (Norton 2005, WHO 1994). Es más, cuando los servicios de planificación familiar son suficientes para satisfacer la demanda cada vez mayor de anticoncepción, las tasas de aborto disminuyen (Deschner and Cohen 2003). Un reciente análisis ha estimado que el dinero gastado en la provisión de servicios modernos de anticoncepción en el mundo en desarrollo —US\$7.100 millones en el año 2003— previene cada año 187 millones de embarazos no planificados, 60 millones de nacimientos no planificados, 105 millones de abortos inducidos, 22 millones de abortos espontáneos, 215.000 muertes anuales relacionadas con el embarazo, y la pérdida de 60 millones de años de vida ajustados según discapacidad (AVAD*) —16 millones entre las mujeres y 44 millones entre lactantes y niños (Singh et al. 2003). En otras palabras, por cada US\$33.000 que se invierten en planificación familiar se previene una muerte materna. Un estudio del Banco Mundial realizado en 1993 reveló que en un país africano típico con altos índices de mortalidad y fecundidad, la prevención de un nacimiento no planificado con el uso de planificación familiar alcanzó un costo de US\$368 y que, con ello, el gobierno ahorró US\$440 (Jamison et al. 1993). Un estudio realizado en Vietnam reveló que con el transcurso del tiempo, por cada dólar invertido en planificación familiar se ahorraría aproximadamente US\$8 en salud, educación y otros servicios sociales (VCPSI and Futures Group 1997). La salud de los lactantes y de los niños también se ve beneficiada cuando las mujeres logran espaciar más los nacimientos y prevenir los embarazos de alto riesgo. Cuando el espaciamiento entre los embarazos es demasiado breve, es más probable que los bebés nazcan en forma prematura, tengan bajo peso al nacer, presenten una talla pequeña para su edad gestacional, mueran durante la infancia y sufran de desnutrición (Norton 2005, Rutstein 2005, Zhu 2005). También existe una mayor probabilidad de bajo peso al nacer y de mortalidad infantil cuando las madres son menores de 18 y mayores de 35 años; es más probable que los niños presenten discapacidades si la madre tiene más de 35 años. Los intervalos breves entre los partos también perjudican a los hermanos mayores, al disminuir la duración de la lactancia (Marston and Cleland 2004). El uso de anticonceptivos modernos en los países en desarrollo previene

* AVAD es un indicador de los años de vida ganados que combina el número de años de vida sana que se pierden debido a morbilidad y mortalidad prematuras usando un conjunto de ponderaciones estimadas de edad y discapacidad.

anualmente 2,7 millones de muertes de lactantes, lo que significa que por cada US\$2.600 invertidos en planificación familiar se previene la muerte de un lactante (Singh et al. 2003).

Los programas de planificación familiar pueden prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH, mediante el fomento del uso del condón femenino y masculino para una doble protección (Dehne and Snow 1999, WHO 2005b). También pueden ayudar a combatir la epidemia del SIDA al prevenir los embarazos no deseados entre las mujeres infectadas con VIH, impidiendo así la transmisión del virus de madre a hijo (Gillespie 2004, Stover et al. 2004). Y por último, la planificación familiar ofrece una serie de beneficios adicionales (ver Tabla 1).

TABLA 1:

Ejemplos de beneficios médicos que otorgan los servicios de salud sexual y reproductiva

Servicios de anticoncepción	Servicios de salud materna
<p>Ayudan a espaciar los nacimientos, lo que tiene como resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tasas más bajas de mortalidad infantil y de la niñez • Disminución del riesgo de anemia para las madres • Más tiempo para amamantar, lo que mejora la salud y la supervivencia infantil 	<p>La atención prenatal provee:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación y consejería sobre comportamientos, dieta y nutrición saludables • Oportunidad de realizar una pronta intervención en caso de alguna complicación • Oportunidad de manejar las condiciones existentes como hipertensión, anemia, malaria, hepatitis, tuberculosis y enfermedades cardiovasculares
<p>Previenen los embarazos de alto riesgo entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes muy jóvenes • Mujeres alrededor de los 40 años o mayores • Mujeres que han tenido muchos partos • Mujeres que presentan condiciones médicas preexistentes 	<p>La atención obstétrica disminuye la probabilidad y la gravedad de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia • Infección • Fístula obstétrica • Incontinencia urinaria o fecal • Enfermedad pélvica inflamatoria
<p>Previenen el aborto en condiciones de riesgo a raíz de embarazos no deseados, reduciendo de ese modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las muertes maternas • La mala salud • La infertilidad 	<p>Las visitas postparto ayudan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminuir la infección • Aumentar la lactancia • Mejorar la nutrición
<p>Previenen las muertes maternas e infantiles y la mala salud a causa de nacimientos no deseados.</p>	<p>La atención de las complicaciones de un aborto en condiciones de riesgo reduce la mortalidad y la gravedad de los problemas de salud posteriores, y promueve el uso de anticoncepción.</p>
<p>Facilitan la detección de ITS y de otros problemas de salud.</p>	

Fuente: Singh et al. 2003

Derechos reproductivos y equidad de género

Los derechos humanos universales incluyen la libertad de decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, y el derecho a tener acceso a servicios de salud sexual y reproductiva del mejor nivel posible. Los programas de planificación familiar pueden ayudar a que estos derechos se cumplan, permitiéndole a las personas espaciar y prevenir los nacimientos, y prevenir el VIH y otras ITS (UNFPA 2005a).

La planificación familiar también tiene el potencial de fomentar la equidad de género (USAID IGWG and WHO 2005). Puede aumentar las oportunidades de una mujer en lo que respecta a educación, trabajo y otros aspectos de su vida, previniendo los embarazos tempranos que obligan a las adolescentes a abandonar la escuela y permitiendo que las mujeres tengan familias menos numerosas y más sanas que les demanden menos tiempo y energía (UNFPA 2005a). Los programas de planificación familiar, y en general los complejos cambios de la sociedad, también pueden desafiar los tradicionales roles de género y sus dinámicas, y reestructurar las normas sociales, por ejemplo, respaldando el derecho de la mujer a negarse a tener relaciones sexuales, y alentando a las parejas a conversar y decidir conjuntamente sobre un método anti-conceptivo (Jacobson 2000).

Beneficios económicos

Tener menos hijos y más sanos puede disminuir la carga económica sobre las familias de escasos recursos, permitir que inviertan más en el cuidado y en la educación de cada uno de sus hijos, y así ayudar a romper el círculo de la pobreza (UNFPA 2005a, WHO 1994). Invertir en planificación familiar también ofrece la oportunidad de lograr un desarrollo económico más rápido de los países, al disminuir la fecundidad y modificar la estructura de edad de la población y la razón de dependencia. En la medida en que el número de trabajadores crece en relación al número de niños que deben mantener, el ahorro y la inversión pueden aumentar. Los países que buscan tener buenas políticas económicas y sociales pueden traducir estas ganancias económicas en mejores estándares de vida y menores niveles de pobreza (Bloom et al. 2003, Merrick 2002). De acuerdo a un análisis reciente, la apertura de esta ventana demográfica podría disminuir las tasas de pobreza en los países en desarrollo en un 14 por ciento entre los años 2000 y 2015 (Mason and Lee 2004).

La inversión en planificación familiar también reduce el costo de los servicios sociales ya que, por ejemplo, menos niños asisten a la escuela, y menos mujeres embarazadas y más sanas acuden a los centros de salud en busca de atención prenatal y atención de partos. Dependiendo de qué servicios sociales se ofrecen, cada dólar que se destina a planificación familiar podría significar un ahorro para el gobierno de hasta US\$31 en gastos de salud, educación, alimentación, vivienda, agua potable, tratamiento de aguas y otros similares (Singh et al. 2003). Un crecimiento de la población más lento también impone menos exigencias a los recursos naturales limitados, incluida el agua dulce y la tierra cultivable (Singh et al. 2003).

Prevalencia anticonceptiva: situación actual

Niveles y tendencias

La prevalencia anticonceptiva en los países en desarrollo ha aumentado de manera drástica durante los últimos 40 años, desde aproximadamente un 10 por ciento de las mujeres en 1965 a casi el 60 por ciento en el año 2000 (Ross and Stover 2004). En Asia y América Latina, la prevalencia anticonceptiva alcanza hoy en día un 71 por ciento y un 64 por ciento, respectivamente, lo que indica que gran parte de la demanda por métodos anticonceptivos se encuentra cubierta. Como se ilustra en la Figura 2 (página 13), en África hay un bajo uso de anticonceptivos. La prevalencia anticonceptiva ha crecido más lentamente en África, donde el uso de métodos anticonceptivos alcanza el 27 por ciento y la mayoría de las parejas utilizan la planificación familiar para espaciar los nacimientos más que para limitarlos (UN DESA 2004).

En el mundo, los promedios por región muestran una amplia variación entre países y dentro de éstos. Por ejemplo, la prevalencia anticonceptiva en América Latina y el Caribe fluctúa entre el 28 por ciento en Haití y el 77 por ciento en Brasil y Colombia (Ashford 2003). En Etiopía y en Nigeria (este último es el noveno país más poblado del mundo), el uso de métodos anticonceptivos alcanza el 8 por ciento y el 15 por ciento, respectivamente. Dentro de los países, la prevalencia anticonceptiva puede ser mucho más alta en las zonas urbanas que en las zonas rurales (Curtis and Neitzel 1996) y también tiende a ser más baja entre las personas de escasos recursos que entre las más acomodadas (ver sección sobre “Cómo llegar a los pobres”, página 43).

A pesar del aumento de la prevalencia anticonceptiva en los últimos 40 años, muchas mujeres aún permanecen desprotegidas frente a los embarazos no planificados. Aproximadamente el 29 por ciento de las mujeres de los países en desarrollo entre los 15 y los 49 años tienen una necesidad no cubierta en cuanto a métodos anticonceptivos modernos, vale decir, son mujeres sexualmente activas que pueden embarazarse y que no desean tener hijos o al menos no tenerlos durante los dos años siguientes —pero que no usan un método anticonceptivo moderno. La mayoría (el 20 por ciento) no usa ninguna forma de anticoncepción, mientras que otras (9 por ciento) usan métodos tradicionales, como la abstinencia periódica o el coito interrumpido, que tienen tasas de fallos relativamente altas (Singh et al. 2003). Los niveles de necesidad insatisfecha son mayores en África subsahariana (63 por ciento) y de hecho están aumentando debido al creciente interés por limitar el tamaño de la familia (Singh et al. 2003).

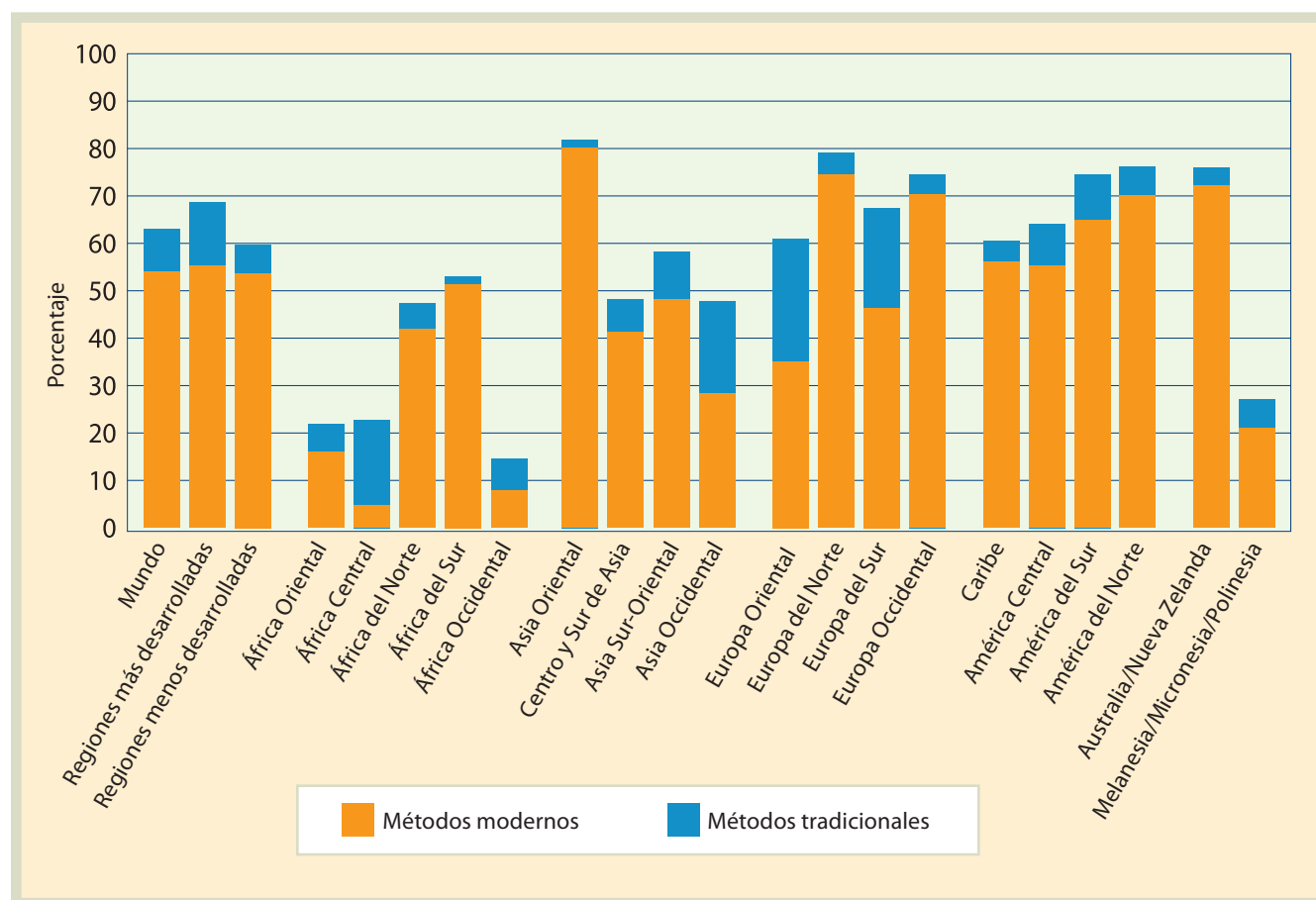
Factores determinantes

La decisión de las personas de adoptar un método anticonceptivo se basa, antes que nada, en si desean tener otro hijo. El interés en la planificación familiar ha crecido a medida que el tamaño deseado de la familia ha disminuido en todo el mundo —aunque en África ha disminuido menos que en otras regiones (Ross and Stover 2004). La decisión también se ve fuertemente influenciada por la aprobación o rechazo a la planificación familiar por parte de la familia, los amigos y la comunidad en general (Ashford 2003, UNFPA 2004). Una vez que las parejas deciden posponer o prevenir otro nacimiento, su capacidad de acción dependerá de la disponibilidad de servicios, la que tiene múltiples dimensiones (Bertrand et al. 1995). La accesibilidad geográfica se relaciona con la ubicación física de los servicios y con las dificultades que las/los clientes pueden enfrentar para llegar hasta ellos. La accesibilidad económica se refiere a

cuán asequibles son los servicios, insumos y transporte. La accesibilidad administrativa se refiere a las reglas y normas que pueden imponer barreras al uso de anticonceptivos, como la limitación en las horas de atención clínica o la aplicación de criterios de elegibilidad inadecuados basados en la edad, la paridad y el consentimiento del cónyuge. La accesibilidad cognitiva se relaciona con cuánto saben las/los clientes acerca de los métodos disponibles y dónde encontrarlos. La accesibilidad psicosocial se relaciona con factores sociales y personales que pueden disuadir a un posible cliente de buscar servicios, tal como el estigma social asociado a solicitar servicios o el temor a realizarse un examen pélvico.

La calidad de atención también influye en la toma de decisiones respecto de la anticoncepción. Una buena atención puede alentar a los posibles clientes de servicios de planificación familiar a buscar, adoptar y/o continuar el uso de anticoncepción—y a difundir la información

FIGURA 2:
Porcentaje por región de mujeres casadas en edad reproductiva, que actualmente están usando un método anticonceptivo



Fuente: Adaptado de UN DESA 2004

(Bertrand et al. 1995). La calidad de atención consiste en ofrecer a las/los clientes una completa gama de métodos, proporcionarles información precisa y completa, garantizar la competencia técnica de los proveedores, mejorar las relaciones interpersonales entre proveedores y clientes, proporcionar seguimiento y mecanismos de continuidad, y ofrecer un conjunto apropiado de servicios (Bruce 1990).

Cómo definir los objetivos del programa

Diseñar un programa para aumentar la prevalencia anticonceptiva requiere primeramente una rigurosa evaluación de los niveles actuales de prevalencia anticonceptiva y de todos los factores que los determinan. Sólo tras una evaluación como ésta, los administradores pueden llevar a cabo intervenciones eficaces que respondan a la situación en que se encuentran y que aborden tanto la provisión como la demanda de servicios de planificación familiar. Por ejemplo, el programa de planificación familiar en Malawi logró elevar la prevalencia anticonceptiva de métodos modernos de un 7 por ciento en 1992 a un 26 por ciento en el año 2000, a pesar de numerosos obstáculos —incluida una población predominantemente rural, altos niveles de pobreza, baja alfabetización, escasez de personal de salud, y barreras culturales y religiosas que se oponían al uso de anticonceptivos (Solo et al. 2005). Luego de evaluar estas barreras, los administradores decidieron aumentar la accesibilidad y la calidad de los servicios de la siguiente manera: ofreciendo diariamente servicios de planificación familiar en más puntos; eliminando de las políticas y de las pautas los requisitos innecesarios en cuanto a edad, paridad y consentimiento del cónyuge; capacitando al personal de menor calificación sobre la provisión de métodos como Depo-Provera y dispositivo intrauterino (DIU); estableciendo un programa de distribución de base comunitaria para atender las zonas rurales; reduciendo o eliminando los cobros a los usuarios; e introduciendo un sistema eficaz de abastecimiento de insumos. Al mismo tiempo, los administradores buscaron aumentar la demanda de planificación familiar a través de agentes de distribución comunitarios que normalizaron la práctica de la planificación familiar en las zonas rurales y a través de mensajes informativos y motivacionales.

Es posible que los administradores ya dispongan de gran parte de la información necesaria para establecer prioridades, pero si la información no es suficiente podrían tener que realizar sus propias evaluaciones. Encuestas como la Encuesta Demográfica y de Salud (DHS por su sigla en inglés) pueden entregar información sobre los niveles y las tendencias de la prevalencia anticonceptiva por región, zona de residencia (urbana-rural) y características de las mujeres, como edad y nivel de educación. Con esta información, los administradores pueden establecer con exactitud dónde las tasas de prevalencia son bajas y su aumento se encuentra limitado —por ejemplo, en zonas rurales o entre las personas de escasos recursos— y concentrar allí sus esfuerzos. Es importante examinar tanto las tasas de continuación como las de adopción de métodos anticonceptivos. Muchas/os usuarios de métodos anticonceptivos inician y abandonan su uso debido a que no se sienten satisfechos con el método o con los servicios, proceso que resulta frustrante para las/los clientes, representa un derroche para los programas, y perjudica la prevalencia anticonceptiva (Ross and Stover 2004). En muchas áreas de Asia y América Latina, por ejemplo, donde se ha logrado satisfacer gran parte de la demanda por anticoncepción, resulta menos importante para la prevalencia anticonceptiva alentar a las personas a que adopten un método anticonceptivo que ayudarles a usar el método escogido de manera correcta y continua.

Los administradores también necesitan información sobre: (1) las fortalezas y debilidades del sistema de provisión de servicios, que pudieran afectar el acceso a los servicios de planificación familiar y su calidad; (2) el conocimiento y las actitudes de las/los clientes de planificación familiar y de la comunidad en general, que pudieran afectar las decisiones de las/los clientes, y (3) el contexto en cuanto a las políticas, que pudiera afectar los dos puntos mencionados anteriormente. Los administradores pueden consultar el cuestionario elaborado por el Índice de Esfuerzo del Programa de Planificación Familiar, el cual mide los esfuerzos realizados por el programa en las siguientes áreas: actividades relacionadas con políticas y orientadas a crear un entorno normativo favorable, servicios y actividades relacionadas con los servicios, evaluación y mantención de registros, y disponibilidad de los métodos (Ross and Stover 2001). Algunas fuentes que proporcionan datos exhaustivos incluyen:

- Análisis de la situación, en que se envían grupos de investigación a puntos seleccionados de provisión de servicios para hacer un inventario de las instalaciones, observar las consultas, y entrevistar a clientes, proveedores y administradores (Population Council 1998).
- Métodos de resolución de problemas, desarrollados para iniciativas de mejoramiento de la calidad, como la metodología COPE® (Orientada al Cliente, Eficiente para el Proveedor), que entrega al personal clínico algunas herramientas simples para evaluar la provisión de servicios, entrevistar a las/los clientes y elaborar un plan de acción para abordar problemas (EngenderHealth 2003a).
- Encuestas para la Evaluación de Provisión de Servicios (SPA por su sigla en inglés), en las que se envía equipos a cargo de recolectar datos a una muestra representativa de instalaciones a nivel nacional con el fin de registrar la calidad de las instalaciones, supervisar el trabajo de los proveedores y entrevistar tanto a proveedores como a clientes (MEASURE DHS 2005).

Los administradores también deben consultar otras encuestas y evaluaciones de planificación familiar llevadas a cabo en el país, tal vez como parte de una campaña para cambiar comportamientos o de un proyecto de investigación operativa. Si no hay datos disponibles, o si éstos son muy escasos, los administradores pueden realizar una rápida evaluación de la situación, conversando con miembros del personal que tengan experiencia en administración, provisión de servicios y en el funcionamiento diario; entrevistando a las/los clientes; supervisando la provisión de servicios e inspeccionando los insumos y los equipos.

Los administradores deben analizar toda la información que han recopilado para determinar cuáles son los factores que representan el mayor obstáculo para el uso de anticoncepción y luego diseñar intervenciones para abordarlos. Por ejemplo, si el alto costo disuade a las personas de escasos recursos de usar anticoncepción, los administradores podrían tratar de obtener subsidios del gobierno o incorporar la planificación familiar a los beneficios ofrecidos por planes de seguros de salud de base comunitaria. De manera alternativa, si las altas tasas de discontinuación de uso de anticonceptivos, generadas por ideas erróneas o temor a los efectos secundarios, limitan de manera importante la prevalencia anticonceptiva, los administradores deberían centrarse en mejorar la calidad de la consejería.



Cómo aumentar la prevalencia anticonceptiva

- *Advocacy*
- Reestructuración de la provisión de servicios
- Generación de demanda
- Sostenibilidad

Advocacy

Si bien los administradores de programas de planificación familiar no siempre han estimado que las actividades de *advocacy* forman parte de sus responsabilidades, debieran reconsiderar esta idea debido al importante papel que cumplen dichas actividades para mantener la planificación familiar en la agenda nacional según cambien las estrategias de desarrollo y las prioridades. Si bien es posible que los administradores no estén bien posicionados para liderar las iniciativas de *advocacy*, su experiencia y credibilidad pueden respaldar los esfuerzos de organizaciones no gubernamentales (ONG), organizaciones de la sociedad civil y otros actores involucrados que abogan por la planificación familiar.

Un paso fundamental es involucrarse de manera temprana y activa en el proceso de elaboración de Documentos de Estrategia de Lucha contra la Pobreza (DELP) y de enfoques sectoriales (SWAp), en los que se toman decisiones clave relacionadas con las prioridades nacionales y la asignación presupuestaria (Merrick 2000, Quijada et al. 2004). Quienes abogan por la planificación familiar deben aprender a comprender las nuevas condiciones para el financiamiento, de modo de poder incluir metas de planificación familiar, financiamiento e indicadores en estos planes multisectoriales y multilaterales (Merrick 2000). Los Ministerios de Salud también deben sacar más ventaja de su papel durante el proceso de elaboración de DELP para tratar de influir a favor de la salud (WHO RHR 2004, WHO 2005a).

Para lograr una exitosa campaña de *advocacy* será necesario redefinir y reposicionar la planificación familiar conforme a los ODM, al mayor financiamiento destinado al VIH/SIDA, y a las reformas del sector salud (Blanc and Tsui 2005, POLICY Project 2005, Quijada et al. 2004).

Quienes defienden la planificación familiar deben crear conciencia sobre cómo ésta contribuye a lograr varios de los ODM, incluida la reducción de la pobreza, la equidad de género, y la sostenibilidad del medio ambiente, así como la salud materno-infantil (Singh et al. 2003). En aquellos lugares en que se están llevando a cabo reformas del sector salud también es fundamental demostrar que la planificación familiar constituye una manera costo-efectiva de disminuir la carga de morbilidad del país (Dmytraczenko et al. 2003). Por ejemplo, un análisis global de costos y beneficios concluyó que gastar US\$3.900 millones en servicios de anticoncepción para los 201 millones de mujeres de los países en desarrollo que necesitan un método anticonceptivo moderno permitiría prevenir 52 millones de embarazos no deseados, 23 millones de embarazos no planificados, 22 millones de abortos inducidos, 1,4 millones de muertes infantiles y 142.000 muertes relacionadas con el embarazo, así como muchos casos de ITS y SIDA (Singh et al. 2003).

Los defensores deben destacar el papel de la planificación familiar en la respuesta frente al VIH/SIDA, la mayor amenaza a la salud que enfrentan actualmente los países en desarrollo. Los

programas de planificación familiar pueden ser capaces de sacar provecho de los fondos destinados a la prevención del VIH una vez que demuestren de qué manera la planificación familiar puede reducir el contagio del virus que ocurre por contacto sexual y por transmisión madre-hijo.

En aquellos países en que los sistemas de salud han sido descentralizados en el marco de las reformas del sector salud, los defensores de la planificación familiar necesitarán ampliar sus esfuerzos más allá del nivel nacional, ya que son los funcionarios a nivel local y de distrito los responsables de la distribución de los recursos —y podría ser que para ellos la planificación familiar no constituyera una prioridad (Dmytraczenko et al. 2003, Merrick 2000). (Ver recuadro, en esta página, para conocer un ejemplo de campañas exitosas de *advocacy* en Brasil.) En Indonesia, el Comité Nacional Coordinador de Planificación Familiar adoptó la práctica de promocionar la planificación familiar entre funcionarios de gobierno de todos los niveles, desde el presidente a los gobernadores provinciales, a los jefes de distrito y a

EJEMPLO DE PROGRAMA:

El papel de las campañas de *advocacy* en Brasil

Una comunidad que realiza campañas de *advocacy* altamente efectivas ha trabajado en múltiples niveles del sistema de salud de Brasil para asegurar que se cumplan las promesas de la agenda de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) y de la reforma del sector salud. A nivel nacional, las organizaciones de mujeres trabajaron para que la salud reproductiva, incluida la planificación familiar, se tradujera en una prioridad nacional y permaneciera como tal. Para lograrlo, estimularon el debate público sobre los derechos reproductivos, crearon coaliciones, movilizaron el apoyo público, hicieron esfuerzos por influir en el poder legislativo y trabajaron con el Ministerio de Salud. Una vez que las reformas del sector salud comenzaron a descentralizarse y a integrar los servicios, los defensores también dirigieron su atención al nivel local. Trabajaron para asegurarse de que los funcionarios locales asignaran fondos para salud reproductiva y planificación familiar, adhirieran a las nuevas normas de entrega de servicios, y efectivamente integraran la salud reproductiva a los servicios de atención primaria a nivel municipal. Las organizaciones de mujeres también trabajaron para mejorar la entrega de servicios, organizando reuniones y seminarios con el fin de sensibilizar y capacitar a los profesionales de salud.

Fuentes: Corrêa et al. 1998, Langer et al. 2000, Merrick 2000

los jefes de aldeas (Shiffman 2004). Además de hacer una petición directa a los funcionarios locales, los defensores de la salud reproductiva también pueden alentar a miembros de la comunidad y a grupos locales de la sociedad civil para que participen en los mecanismos locales para la toma de decisiones y control (Maceira 2005a).

Afortunadamente, los administradores de servicios disponen de una amplia gama de recursos para convertirse en eficaces defensores de la planificación familiar (ver la lista de recursos adicionales al final de esta publicación). Los manuales describen cada etapa de un proceso encaminado a crear una amplia base de apoyo, elaborar mensajes eficaces y desarrollar una estrategia para difundir el mensaje, mientras que los materiales de *advocacy* y los sitios Web informativos exponen los beneficios de la planificación familiar. (Ver recuadro en página 20 con las recomendaciones para programas acerca de cómo llevar a cabo campañas eficaces de *advocacy*).

Reestructuración de la provisión de servicios

Servicios integrados

Existe un sólido consenso político a favor del sistema de servicios integrados, en el que se ofrecen múltiples servicios de salud en el mismo centro, a menudo entregados por un mismo proveedor. La integración de los servicios surgió de la necesidad presente en muchas regiones del mundo, donde las personas tienen acceso únicamente a los centros de atención primaria. Tal como lo indica la CIPD, la atención integrada de salud reproductiva contribuye al bienestar de las/los clientes al abordar un amplio espectro de sus necesidades de salud y al ofrecerles la conveniencia de recibir varios servicios en una sola visita (Berer 2003). Como lo sugiere la reforma del sector salud, la integración de servicios puede aumentar la eficiencia y la eficacia, minimizando la duplicación de esfuerzos en administración y en provisión de servicios, aprovechando de mejor manera la infraestructura y el personal existente, y proveyendo más servicios en menos visitas (MSH 1994). Los servicios integrados también tienen el potencial de aumentar la prevalencia anticonceptiva, ya que atraen clientes a los que se puede ofrecer servicios de planificación familiar —como hombres y adolescentes— que se muestran reticentes a acudir a las clínicas de planificación familiar (Dehne and Snow 1999).

No obstante, los servicios integrados pueden debilitar la atención que los proveedores y administradores prestan a los temas de planificación familiar y a su financiamiento (Berer 2003). Ampliar la variedad de los servicios ofrecidos también puede imponer demasiadas obligaciones y desmoralizar a proveedores, supervisores y administradores, a los que se exige dominar nuevos conocimientos y habilidades y asumir más tareas (McIntyre 2005). A menos que se entreguen al personal los recursos, la capacitación y el apoyo apropiados, la calidad de la atención puede verse afectada. La integración también puede encontrar resistencia de parte de los administradores de programas verticales que están acostumbrados a competir y temen perder poder y recursos bajo las condiciones del nuevo sistema (Hardee and Smith 2000). Por lo tanto, antes de tomar la decisión de integrar los servicios, los administradores deben responder una serie de preguntas clave respecto de si los servicios deben integrarse, y si la respuesta es afirmativa, deben evaluar cómo hacerlo (ver recuadro en página 21).

Prepararse para integrar los servicios

Los administradores pueden escoger entre diferentes enfoques para integrar los servicios de planificación familiar. Pueden seleccionar un servicio de salud reproductiva que se vincule directamente con las/los clientes de planificación familiar, como la prevención de las ITS o la detección de la violencia basada en el género, y agregarlo al programa vertical de planificación familiar. Pueden agregar la planificación familiar a otros servicios de salud, como la atención postparto o la consejería y pruebas voluntarias de VIH, a los que las/los clientes acuden por una necesidad evidente e inmediata de planificación familiar. Un enfoque más ambicioso es incorporar la planificación familiar a la atención primaria de salud o una atención más amplia en salud reproductiva. Un enfoque menos ambicioso, pero igualmente eficaz, es mantener programas de planificación familiar y otros programas de salud independientes, pero desarrollar un sistema de

coordinación y derivación entre ellos. Una planificación cuidadosa resulta vital para escoger un enfoque que satisfaga las necesidades del grupo objetivo y estimar los recursos humanos y económicos necesarios para su implementación (McIntyre 2005).

Independientemente del enfoque que se elija, los servicios integrados traen consigo nuevas demandas en todos los aspectos del sistema de provisión de servicios, desde la capacitación y supervisión del personal hasta los sistemas de logística y de registro. (Ver recuadro, página 22, con recomendaciones sobre cómo integrar los servicios exitosamente). La probabilidad de éxito es mayor cuando las actividades de administración y gestión están integradas a la provisión de servicios, de tal manera que las políticas, la planificación, la asignación presupuestaria, las habilidades de los proveedores y el financiamiento apoyen el nuevo modelo de provisión de servicios (Berer 2003). Por ejemplo, resulta fundamental redefinir las funciones en el trabajo y diseñar nuevas descripciones de las tareas de todo el personal para que quede claro quién es responsable de qué tarea (MSH 1994). Los administradores deben ser cuidadosos de no asignar a proveedores y

RECOMENDACIONES PARA PROGRAMAS:

Cómo realizar campañas efectivas de *advocacy*

1. Defina objetivos realistas, factibles de ser logrados y susceptibles de ser medidos, que contribuyan a alcanzar metas de largo plazo.
2. Amplíe su base de apoyo, formando redes y estableciendo coaliciones.
3. Identifique grupos objetivo específicos, incluyendo a quienes toman decisiones y que puedan concretar sus objetivos, como legisladores y funcionarios de gobierno, y también a personas que puedan influir en aquellos actores que toman decisiones, como líderes religiosos y periodistas.
4. Adecue el contenido, lenguaje y formato de todos los mensajes, materiales de comunicación y actividades, y escoja el medio y la oportunidad apropiados para difundirlos y llegar a los grupos objetivos específicos.
5. Reúna información y presente hechos para apoyar sus argumentos y hacerlos más persuasivos.
6. Identifique a la oposición, reúna información sobre ella y esté preparado para abordarla.
7. Incorpore actividades de *advocacy* a su trabajo, manteniendo contacto con miembros de los públicos objetivo y posicionándose como un experto creíble a lo largo del tiempo.

Fuentes: IPPF 2001, Sharma [fecha desconocida], van Kampen [fecha desconocida]

supervisores un número poco realista de tareas que además sean difíciles de manejar. También deben tratar de conservar toda habilidad o experiencia especial que los miembros del personal traigan consigo desde los programas verticales y, al mismo tiempo, ofrecerles capacitación adicional para proveer una amplia gama de servicios y/o derivar a las/los clientes con otras necesidades de salud (Mayhew et al. 2000, MSH 1994). La motivación puede ser tan importante como la capacitación. Los administradores deben buscar el apoyo de los proveedores para implementar los cambios, explicándoles que los servicios integrados beneficiarán a las/los clientes, serán más estimulantes y gratificantes para el personal, y que les ahorrarán tiempo en el largo plazo, porque reducen el número de visitas de cada cliente, incluso si cada visita tiene una mayor duración (Hardee and Smith 2000).

Los administradores que buscan integrar un programa vertical también necesitarán integrar los sistemas de apoyo de éste. Se debe analizar y adaptar los sistemas de apoyo relacionados con la información, el flujo de clientes y la logística, con el fin de garantizar que los elementos clave se conserven en el nuevo sistema integrado de manera eficiente y fácil de manejar. Los sistemas logísticos implican un desafío especial para la integración, no sólo porque la operación de los sistemas de suministro en un enfoque integrado es más complicada, sino también porque integrar un sistema exitoso de logística anticonceptiva con un sistema de distribución de medicamentos ineficiente puede poner en peligro el desempeño de ambos (FPLM and JSI 2000, MSH 1994). Los administradores deben asegurarse de que los sistemas logísticos preexistentes estén operando en niveles similares antes de intentar integrarlos.

Decidir si integrar los servicios y cómo hacerlo

Antes de decidir la incorporación de nuevos servicios, los administradores debieran evaluar la factibilidad de hacerlo, los costos que ello implica y cuán eficiente resultaría el plan de integración. Considere los siguientes aspectos:

- *¿Los clientes serán los mismos o serán diferentes?* La integración de servicios es más fácil cuando los clientes son los mismos. Cuando son diferentes, es posible que se requiera modificar el horario de atención, adecuar las instalaciones de modo de ofrecer un lugar privado, o lanzar una campaña promocional para atraer clientes a los nuevos servicios.
- *¿Resultará adecuada la infraestructura actual?* Si los nuevos servicios requieren la incorporación de laboratorios u otro tipo de infraestructura de alto costo, es posible que sea más costo-efectivo desarrollar un sistema de derivación que integrar completamente los servicios.
- *¿Es posible entregar los nuevos servicios con el personal actual?* Si es posible hacerlo, ¿será necesario que el personal reciba capacitación adicional? Si no es posible hacerlo, ¿cuántas personas nuevas se necesitarán y qué formación debieran tener? La integración resulta más fácil si, para entregar los nuevos servicios, se aprovechan las habilidades y experiencia existentes. Por ejemplo, cuando se pide a los proveedores de planificación familiar con claras habilidades para ofrecer consejería que aborden con sus clientes la prevención del VIH/ITS.
- *¿Se necesitarán productos nuevos?* Si es así, es posible que ello tenga un impacto sobre el sistema de logística.
- *¿De qué manera afectarán los nuevos servicios la sostenibilidad financiera del programa?* Los nuevos servicios pueden aumentar los costos y/o generar ingresos adicionales.

Fuentes: Hardee and Smith 2000, MSH 1994, Mayhew et al. 2000

RECOMENDACIONES PARA PROGRAMAS:

Integración exitosa de servicios

1. Gánese el apoyo del personal, demostrándole que los servicios integrados son beneficiosos para los clientes y más estimulantes y gratificantes para los proveedores.
2. Simplifique la carga de trabajo. Es necesario que los proveedores se convenzan de que —en un sistema de servicios integrados— si bien es posible que cada visita tome más tiempo, también serán menos las veces que el cliente deba acudir al centro.
3. Reorganice el registro de la información clínica, de manera que, si es posible, todos los servicios queden anotados en una sola ficha.
4. Reordene el flujo de clientes, de modo de evitar que se pierdan oportunidades para entregar los servicios.
5. Evalúe la posibilidad de ofrecer servicios de base comunitaria y estime de manera realista cuántos de los servicios pueden ser entregados por trabajadores comunitarios.
6. Instaure un sistema de supervisión, de manera que todos los supervisores estén capacitados para fiscalizar los servicios integrados.
7. Promueva un mecanismo de coordinación, conformando un equipo de gestión a nivel de distrito.
8. Promueva la participación comunitaria y la comunicación entre los diferentes sectores de la salud.
9. Capacite al personal de salud en todos los aspectos que atañen a la modalidad de servicios integrados.
10. Eduque a los donantes, de modo que piensen de una manera integrada y no lo hagan en base a programas verticales.

Fuente: Walley 1997, citada en Hardee and Smith 2000

La probabilidad de éxito es mayor cuando las actividades de administración y gestión se integran junto con la provisión de servicios, de tal manera que las políticas, la planificación, el presupuesto, y el financiamiento apoyen el nuevo modelo de provisión de servicios (Berer 2003). Esto significa integrar el diseño del presupuesto de tal manera que los fondos sean distribuidos de manera apropiada y consistente. Resulta igualmente importante evaluar las metas de las políticas, las estrategias, las pautas técnicas y los protocolos de provisión de servicios para eliminar conflictos y asegurarse de que cubran todos los servicios disponibles y ofrezcan lineamientos claros a los trabajadores de la salud (Mayhew et al. 2000). Una planificación eficaz también evalúa si la infraestructura existente, incluidos el equipamiento, los insumos, y el espacio pueden acomodar servicios adicionales de tal manera que pueda hacerse cualquier cambio que sea necesario.

Claramente, implementar servicios integrados implica una pesada carga para los administradores de programas, que necesitarán mayor capacitación y apoyo para enfrentar los desafíos de la integración (Magwaza et al. 2002, MSH 1994, Mayhew et al. 2000). Los administradores necesitan estar al tanto de las áreas de servicios que son nuevas para ellos; necesitan aprender cómo tratar la resistencia del personal frente a los cambios que implican la integra-

ción; y necesitan ser capaces de manejar y resolver los desafíos de un sistema más complejo de provisión de servicios.

Integrar la planificación familiar a la atención postaborto

La planificación familiar debe ser parte integral de la atención postaborto (APA). En el corto plazo, la planificación familiar puede prevenir las graves consecuencias para la salud de un

embarazo dentro de los seis meses posteriores a un aborto, incluida la anemia materna, la ruptura prematura de membranas, el bajo peso al nacer, y el parto pre-término (Conde-Agudelo et al. 2005). A largo plazo, la planificación familiar puede evitar la ocurrencia de abortos repetidos. No obstante, los servicios de salud a menudo no aprovechan esta oportunidad, debido a que la planificación familiar y la atención postaborto son servicios proporcionados por diferentes proveedores, y en instalaciones e instituciones diferentes. Los servicios mal planificados también pueden impedir una integración eficaz. Por ejemplo, una evaluación realizada en Kirguistán reveló que si bien el 86 por ciento de las clientas que solicitaban atención postaborto optaron por un método de planificación familiar, sólo el 19 por ciento efectivamente recibió uno —ya fuera porque los médicos estaban mal informados respecto de cuándo una mujer podía empezar a usar el método, o debido a que no había insumos disponibles.

Idealmente, los servicios integrados deben ofrecer a las mujeres una variedad de métodos anticonceptivos, junto con información y consejería adecuadas, durante la misma visita y en el mismo lugar en que recibe su tratamiento postaborto (Corbett and Turner 2003). Esto requiere un espacio privado para realizar consejería, insumos anticonceptivos y proveedores capacitados en planificación familiar y en las necesidades especiales de las clientas de APA. Si estas condiciones no se cumplen, los administradores pueden decidir colaborar con proveedores de servicios de planificación familiar que trabajan en otra sección del mismo establecimiento.

Los consejeros en anticoncepción que trabajan con clientes de atención postaborto deben evaluar si el embarazo fue planificado (algunas clientas de APA tienen abortos espontáneos de embarazos deseados) y preguntar si la mujer desea embarazarse nuevamente o si desea obtener consejería en anticoncepción. Si el embarazo no fue planificado, el consejero debe explorar la razón por la cual se produjo, a fin de ayudar a la mujer a escoger un método anticonceptivo apropiado (Herrick et al. 2004). Los proveedores también deben saber qué métodos resultan apropiados para cada mujer dependiendo de su condición clínica y de dónde pueda ser derivada dentro de la comunidad para que reciba más insumos y se le haga seguimiento (Corbett and Turner 2003). Luego de que el personal del centro de salud del nivel de distrito en Senegal recibiera capacitación en planificación familiar y APA, la proporción de clientas de APA que recibió consejería en planificación familiar aumentó del 38 por ciento al 70 por ciento, y el 20 por ciento se retiró del centro de salud con un método moderno, lo que contrasta con lo que ocurría antes de la intervención, cuando las clientas abandonaban el centro sin método alguno (Population Council 2004).

Detectar la violencia de género entre las clientas de planificación familiar

Los proveedores de servicios de salud reproductiva se encuentran en una buena posición para identificar a las mujeres que han sufrido violencia doméstica y para derivarlas a servicios de apoyo (Bott et al. 2000, Garcia-Moreno et al. 2005). No obstante, los administradores deben proceder con mucho cuidado, ya que los servicios mal diseñados y mal implementados pueden empeorar aún más una situación que ya es mala. Por ejemplo, los proveedores que comparten con la sociedad la visión de que la violencia doméstica es aceptable pueden culpar a las víctimas; por otro lado, si no respetan la confidencialidad, pueden poner en riesgo la seguridad de la mujer.

Los programas de planificación familiar han desarrollado herramientas de detección simples pero eficaces que permiten identificar a las mujeres que han sido abusadas (Bott et al. 2000). Si

bien hacer preguntas sobre el abuso puede ser visto como una intervención en sí misma, porque denota que alguien está interesado, los programas no debieran iniciar la detección de abuso en mujeres hasta que puedan ofrecer una atención adecuada y derivar a las mujeres abusadas para que reciban servicios de apoyo, incluida consejería psicosocial, asesoría legal y un plan de seguridad (Bott et al. 2000). Además, los proveedores de planificación familiar deben estar preparados para abordar las necesidades especiales de salud reproductiva de estas mujeres, las que pueden incluir el acceso a anticoncepción de emergencia, pruebas de VIH/ITS y consejería para escoger un método anticonceptivo que tome en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia. Por ejemplo, una consulta de planificación familiar puede ser una buena oportunidad para promover el condón femenino. Dado que se trata de un método de protección controlado por la mujer, puede empoderarla y ayudarla a manejar la violencia sexual o a protegerse de ella, aunque siempre se debe complementar la consejería con una capacitación sobre habilidades de negociación y con el apoyo del centro de atención.

Más allá de establecer una red de derivación, el mayor desafío de la integración de servicios de apoyo en casos de violencia de género lo constituye la capacitación de proveedores en todos los niveles para que puedan ofrecer una consejería sensible y libre de prejuicios (García-Moreno et al. 2005). Es necesario realizar una amplia capacitación para superar los sesgos que los proveedores comparten con la comunidad y ayudarlos a confrontar sus propias experiencias de violencia; para ayudar a los proveedores a comprender cómo toman decisiones las mujeres abusadas y por qué les resulta tan difícil abandonar una relación en la que existe abuso; y para enseñarle a los proveedores cómo identificar y aconsejar a las víctimas, evaluar su seguridad, documentar el abuso para futuras acciones legales y derivarlas al lugar apropiado.

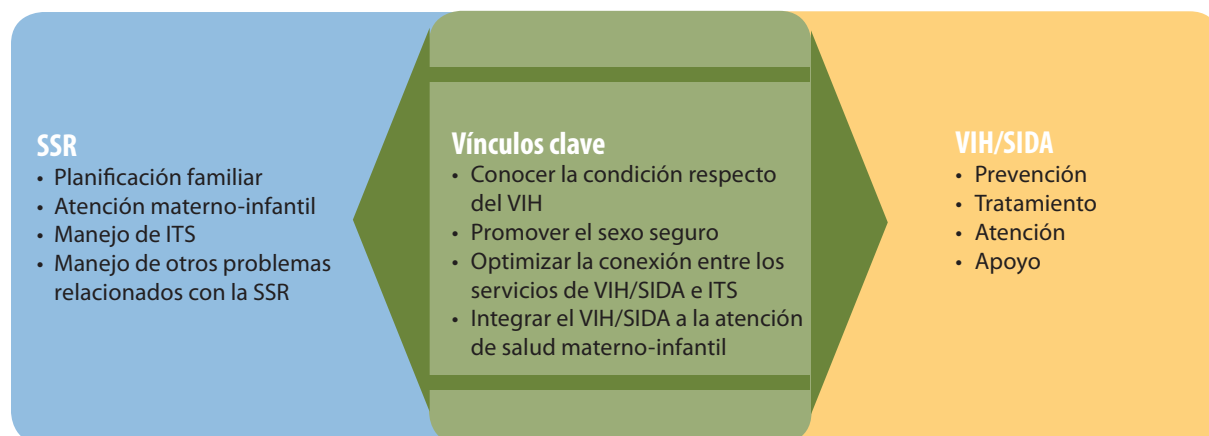
Integrar la planificación familiar con la atención prenatal, postparto y del recién nacido

La pronta adopción de un método anticonceptivo después del parto puede ayudar a espaciar los intervalos entre los nacimientos, lo que beneficia tanto la salud de la madre como la de los hijos. Una buena manera de lograrlo es integrar la planificación familiar en un continuo de servicios que se extienden desde el inicio del embarazo hasta el parto y la infancia; las visitas de atención prenatal representan una excelente oportunidad para conversar sobre los métodos anticonceptivos que se usarán después del parto. Los servicios combinados resultan muy convenientes para las madres, y ofrecen una amplia oportunidad para aconsejar a las mujeres sobre la lactancia, la recuperación de la fertilidad y las opciones anticonceptivas apropiadas (Winikoff et al. 1994). En Chile, por ejemplo, el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva desarrolló un programa de capacitación para proveedores de salud en temas de lactancia y anticoncepción, en el que madre e hijo son citados juntos a la clínica durante el primer año de vida del bebé. En dichas visitas, los proveedores ofrecen a las mujeres métodos anticonceptivos que no interfieren con la lactancia y luego les hacen seguimiento para conocer su experiencia con el método (Winikoff et al. 1994).

También es posible integrar muchos servicios prenatales básicos a los programas de planificación familiar, a pesar de que los proveedores de planificación familiar generalmente no atienden a mujeres embarazadas. Por ejemplo, los proveedores de servicios de planificación familiar pueden recibir capacitación para aconsejar a las mujeres embarazadas sobre las complicaciones

FIGURA 3:

Vínculos entre salud sexual y reproductiva (SSR) y la prevención y atención de VIH/SIDA



Fuente: Adaptado de WHO, UNFPA, UNAIDS, and IPPF 2005.

y los signos de peligro, pueden ayudar a coordinar con anticipación el transporte a la clínica, fomentar la lactancia y proporcionar suplementos de hierro, toxina antitetánica y profilaxis de la malaria.

Integrar la planificación familiar con las actividades asociadas al VIH/ITS

Organizaciones internacionales expertas han enfatizado en repetidas oportunidades la importancia de los vínculos entre salud reproductiva y prevención y atención del VIH/SIDA, los que se ilustran en la Figura 3 (UNFPA, UNAIDS, and FCI 2004; USAID 2003). Dichos vínculos pueden aumentar el uso de los servicios de VIH/SIDA, pueden ofrecer a las personas que viven con VIH/SIDA un mejor acceso a servicios de salud reproductiva, reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH/SIDA, mejorar la cobertura en las poblaciones subatendidas y marginadas, fortalecer la importancia de la doble protección, mejorar la calidad de la atención y realzar la eficacia y eficiencia de los programas (WHO, UNFPA, UNAIDS, and IPPF 2005). Sin embargo, los programas de salud a menudo no se han esforzado por aprovechar las potenciales sinergias entre las actividades de planificación familiar, ITS y VIH/SIDA, las que en su conjunto se centran en aspectos relacionados con el sexo seguro (Dehne and Snow 1999, WHO RHR 2001). De hecho, estas sinergias constituyen oportunidades únicas para promover el uso del condón (con o sin método anticonceptivo de respaldo) como estrategia clave para prevenir tanto los embarazos no planificados como el VIH/ITS.

Los principales argumentos en contra de la incorporación de los servicios de VIH/ITS a los programas de planificación familiar se relacionan con la incompatibilidad de las/los clientes y los requisitos para la provisión de servicios. Las clientas de servicios de planificación familiar en muchos países a menudo son mujeres casadas y monógamas que creen tener bajo riesgo de contraer VIH/ITS. Sin embargo, en lugares con una alta prevalencia de VIH, estas mujeres pueden estar en riesgo de infección —y resulta esencial promover comportamientos de sexo seguro

EJEMPLO DE PROGRAMA:

Integración de servicios de base comunitaria en Kenya

Los trabajadores de salud comunitarios que entregan atención domiciliaria a personas que viven con VIH/SIDA en Kenya se dieron cuenta de que sus clientes necesitaban servicios de planificación familiar. En respuesta a la solicitud de capacitación e insumos que hicieron los trabajadores, el Programa Comunitario de Prevención, Apoyo y Cuidados para el VIH/SIDA (COPHIA) integró la consejería en planificación familiar en cursos básicos y de actualización, e incluyó condones en los kits que se entregan a las familias durante las visitas a los hogares. También se fortalecieron los sistemas de derivación a centros que ofrecen servicios de planificación familiar. Actualmente, los trabajadores comunitarios enfatizan de manera rutinaria la importancia del uso del condón para lograr una doble protección, entregan consejería básica en planificación familiar y derivan a sus clientes y sus familias. Los instructores del Programa COPHIA también han comenzado a complementar la capacitación que reciben los trabajadores comunitarios de salud reproductiva con información sobre el VIH/SIDA, de manera que éstos también puedan ofrecer servicios integrados.

Fuente: Kane and Colton 2005

entre la población general, de modo de detener la epidemia (Berer 2004, Fleischman Foreit et al. 2002, Boonstra 2004). Si bien algunos programas de planificación familiar carecen de habilidades técnicas, laboratorios, drogas y otros recursos para diagnosticar y tratar el VIH/ITS, sus proveedores suelen poseer las habilidades necesarias para ofrecer actividades de prevención y de consejería frente a las pruebas voluntarias de detección (Boonstra 2004, Kane and Colton 2005). De hecho, los proveedores de servicios de planificación familiar se encuentran en una posición especialmente buena para abrir el diálogo con las/los clientes acerca de los riesgos del sexo inseguro. Y al mismo tiempo, nuevas y simples pruebas de diagnóstico de ITS podrían ser realizadas por proveedores de servicios de planificación familiar.

Por supuesto que también es posible agregar los servicios de planificación familiar a las actividades relacionadas con VIH/ITS, como lo demostró el programa COPHIA en Kenya (ver recuadro, en esta página). Una gran

proporción de clientes de VIH/ITS, que por definición son sexualmente activos, necesitan servicios de planificación familiar para prevenir embarazos no deseados y, en el caso del condón, para prevenir también las infecciones. Al mismo tiempo, los programas de VIH/ITS —que cuentan con consejeros entrenados y con la capacidad de distribuir condones— generalmente cumplen los requisitos para proveer servicios de planificación familiar, a pesar de que no deja de preocupar que los proveedores y el sistema se vean sobreexigidos.

En conclusión, dependiendo del lugar y de los recursos del programa, los administradores deben considerar la idea de integrar a la planificación familiar alguno o todos los servicios que se mencionan a continuación:

- *Prevención de VIH/ITS.* Los proveedores de servicios de planificación familiar deben evaluar de manera rutinaria los riesgos de las/los clientes de contraer VIH/ITS como parte del proceso de toma de decisiones sobre un método anticonceptivo, promover el uso del condón para la doble protección, y dejar claro que otros métodos no protegen de las infecciones (Askew and Berer 2003). Las actividades de prevención de VIH/ITS

también pueden promover el uso del condón para la doble protección (Reynolds et al. 2003; WHO, UNFPA, UNAIDS, and IPPF 2005).

- *Diagnóstico y tratamiento de ITS.* Los proveedores de servicios de planificación familiar pueden educar a sus clientes sobre los síntomas de las ITS y alentarlos a buscar atención oportuna si creen que están infectados. También pueden diagnosticar y tratar ITS comunes (WHO 2003, WHO 2005b), a pesar de que el manejo sindrómico de las ITS tiene limitaciones en el caso de las mujeres (Fleischman Foreit et al. 2002). Pruebas más simples para diagnosticar las ITS ayudarán a abordar esta necesidad.
- *Consejería y pruebas voluntarias (CPV) para la infección por VIH.* Resulta razonable ofrecer consejería y métodos anticonceptivos como parte de la CPV, ya que muchos clientes necesitarán planificación familiar tanto si se les ha diagnosticado la infección por VIH como si no se ha hecho. De la misma manera, los proveedores de servicios de planificación familiar deben ofrecer a todos sus clientes la oportunidad, directamente o por medio de la derivación, de conocer su condición respecto del VIH en lugares donde la prevalencia del virus es tan alta que los clientes de servicios de planificación familiar se encuentran en gran riesgo de infectarse (Fuchs 2005; WHO, UNFPA, UNAIDS, and IPPF 2005).
- *Terapia antirretroviral (ARV).* Toda persona infectada con el VIH debe tener acceso a servicios de planificación familiar para controlar los embarazos y, en el caso de los condones, para prevenir la transmisión del virus a través de las relaciones sexuales. La planificación familiar es incluso más importante para las mujeres que están recibiendo ARV, porque algunos ARV pueden provocar daño al feto *in utero* (Poirier et al. 2003). Los proveedores que ofrecen estos servicios necesitan contar con información exacta y actualizada sobre las interacciones entre métodos anticonceptivos específicos, ARV y los tratamientos para las infecciones oportunistas (Fuchs 2005, Shelton and Peterson 2004, Shelton 2005). Por ejemplo, las interacciones entre ciertos ARV y anticonceptivos hormonales pueden alterar la eficacia de ambos (WHO 2004).
- *Programas para prevenir la transmisión de madre a hijo (PTMH).* Ofrecer información y servicios de planificación familiar a las mujeres que acuden a las clínicas de PTMH puede ayudarles a evitar futuros embarazos, y así reducir la transmisión del virus de madre a hijo (Stover et al. 2004, Sweat et al. 2004).

Las recomendaciones para un programa que busca vincular servicios de VIH/SIDA y de salud reproductiva (ver recuadro, página 28) ofrecen algunas pautas prácticas sobre cómo lograr este tipo de integración.

Evaluar a todos los clientes que acuden por atención en salud para determinar sus necesidades insatisfechas de planificación familiar

A pesar de que muchos hospitales y clínicas de países en desarrollo ofrecen una amplia gama de servicios de salud, las/los clientes rara vez los aprovechan. Con frecuencia, las/los clientes no saben que existen otros servicios de salud disponibles en la misma clínica a la que acuden y, además, los proveedores se centran exclusivamente en el servicio de salud por el cual el cliente acudió a ellos. Al orientar al personal de la clínica sobre los posibles problemas y necesidades de sus clientes en cuanto a salud reproductiva, y al crear vínculos entre los servicios de planificación

RECOMENDACIONES PARA PROGRAMAS:

Cómo vincular los servicios de VIH/SIDA y los servicios de salud reproductiva

1. Aborde las causas de fondo que son comunes al VIH/SIDA y a una mala salud reproductiva, incluida la pobreza y la falta de equidad para acceder a servicios de salud e información.
2. Céntrese en los derechos humanos, incluidos los derechos de las mujeres, de las personas que viven con VIH/SIDA y de las poblaciones marginadas, como las trabajadoras sexuales. Aspire a políticas sensibles a los temas de género, de modo de lograr igualdad entre los géneros y eliminar la violencia basada en el género.
3. Fomente una respuesta coordinada y coherente frente al VIH/SIDA y a otras prioridades de salud sexual y reproductiva.
4. Involucre a mujeres y hombres que viven con VIH/SIDA en el diseño, la implementación y la evaluación de las políticas y los programas.
5. Incentive la participación de los jóvenes, de grupos vulnerables clave y de la comunidad en general.
6. Reduzca el estigma y la discriminación.

Fuente: WHO, UNFPA, UNAIDS, and IPPF 2005

familiar y otros servicios, los proveedores de planificación familiar pueden llegar a los clientes de manera eficiente y eficaz con información y servicios (Lynam et al. 1994). Cuando se evalúa de manera rutinaria todas las necesidades de planificación familiar de las/los clientes que acuden para recibir atención de salud, los proveedores pueden expandir los servicios de planificación familiar a más personas, incluidas aquellas que nunca habrían pensado en acudir a una clínica de planificación familiar. En Guatemala, por ejemplo, el Ministerio de Salud capacitó al personal de salud para que hiciera siete preguntas a los clientes con el fin de averiguar si necesitaban atención en salud reproductiva: ¿Está casado/a o es sexualmente activo/a? ¿Está embarazada? ¿Ha dado a luz en los últimos dos meses? ¿Tiene un bebé menor de un año? ¿Desea embarazarse durante el próximo año? ¿Está usando algún método anticonceptivo? ¿Desea usar un método anticonceptivo? Luego de la capacitación, el 43 por ciento de los/as usuarios/as de centros de salud recibió una cita o fueron derivados para

obtener otros servicios de planificación familiar, en comparación con el 19 por ciento antes de la capacitación (Vernon and Foreit 1999). Un hospital en Nigeria ha ido un paso más allá, al reorganizar sus servicios de tal manera que las mujeres puedan acceder a una gama de servicios de salud reproductiva en el mismo lugar (ver recuadro, página 29).

Seguridad de los insumos anticonceptivos

A menos que los anticonceptivos estén disponibles cuando las/los clientes los necesiten, la prevalencia anticonceptiva seguirá siendo baja. De ahí que —para el éxito de los programas de planificación familiar— resulte esencial contar con una eficaz cadena de suministros. Sin un suministro de anticonceptivos adecuado y confiable, los programas de planificación familiar no pueden garantizar el acceso a los servicios, los proveedores no pueden hacer su trabajo, y los clientes frustrados deben abandonar la clínica sin el método de su preferencia o, algunas veces, sin ningún método. Disponer de una gama de métodos anticonceptivos que sean económicamente asequibles y de buena calidad también garantiza que las/los clientes de servicios de planificación familiar puedan contar con el método de su preferencia, lo que promueve un continuo aumento

de la prevalencia anticonceptiva. De hecho, un reciente análisis de sistemas logísticos en 17 países concluyó que aproximadamente un quinto de las tasas de prevalencia anticonceptiva de dichos países podría atribuirse al desempeño de los sistemas logísticos (Karim 2005). No obstante, garantizar un suministro confiable se está volviendo cada vez más difícil a medida que aumenta la demanda por anticonceptivos. UNFPA ha estimado que el número de usuarias/os de anticonceptivos aumentará en 217 millones entre el 2000 y el 2015, en parte debido al incremento del número de personas en edad reproductiva y en parte debido al mayor uso de anticonceptivos (UNFPA 2001c). Durante ese mismo periodo, el costo estimado de satisfacer estas necesidades se elevará de US\$572 millones a más de US\$1.200 millones (UNFPA 2001b), lo que impondrá una carga económica cada vez mayor a los gobiernos de los países en desarrollo, a los consumidores y a los donantes (UNFPA 2001c).

Los sistemas de suministros débiles e ineficientes ya representan un problema para la seguridad anticonceptiva en muchos países, aún cuando las reformas al sector salud imponen nuevos desafíos a estos sistemas. Debido a que las reformas pueden causar problemas a la logística anticonceptiva, una temprana participación de expertos en logística, una planificación cuidadosa y una atención a los detalles en el diseño del sistema de logística y en la implementación de éste son fundamentales para que las reformas al sector salud resulten exitosas (Bates et al. 2000).

Los servicios integrados naturalmente brindan la posibilidad de disponer de cadenas integradas de suministros que manejen una completa gama de anticonceptivos y productos farmacéuticos. Si bien los sistemas integrados de suministros tienen el potencial de aumentar la eficiencia, a su vez son complejos, imponen exigencias adicionales al personal y al sistema de información, y son potencialmente menos confiables que los sistemas de suministros que se centran exclusivamente en anticonceptivos (FPLM and JSI 2000). Para no comprometer la disponibilidad de anticonceptivos, los sistemas logísticos verticales que funcionan bien no deben fusionarse con un nuevo sistema integrado hasta que se hayan probado las capacidades

EJEMPLO DE PROGRAMA:

Atención integrada de salud reproductiva en Nigeria

Si bien el Hospital Ahmadu Bello de Nigeria siempre había ofrecido una variedad de servicios de salud reproductiva, hasta el año 2002 estos servicios estaban disponibles a través de programas distintos y separados. Las clínicas de planificación familiar, de ITS y de obstetricia y ginecología tenían personal diferente, se encontraban ubicadas en lugares distintos e incluso sus horarios de atención eran diferentes. Para asegurar que las mujeres pudieran acceder a un rango completo de atención, todos estos servicios tuvieron que aunarse en un nuevo centro de salud reproductiva. Un grupo seleccionado de médicos y enfermeras asistieron a un taller de seis semanas sobre atención integrada en salud reproductiva. Luego trabajaron para ganarse el apoyo de sus colegas en cuanto a implementar este nuevo enfoque. Ahora, las mujeres reciben una amplia gama de servicios. Ello permite, por ejemplo, que las mujeres que acuden al centro para recibir atención postparto y postaborto, también reciban consejería en planificación familiar. A través de un programa de capacitación que se realiza cada año en el hospital, se enseña este enfoque holístico de la atención en salud reproductiva a cientos de otros médicos, enfermeras, y matronas en Nigeria.

Fuente: Shittu et al. 2002

de este sistema. Es más probable que la integración de los sistemas logísticos tenga éxito si los administradores llevan a cabo la integración de manera gradual, en lugar de tratar de integrar todo de una sola vez (Bates et al. 2000). Los administradores pueden optar por integrar algunos —pero no todos— los productos, funciones o niveles del sistema de distribución. Por ejemplo, pueden excluir de un sistema integrado las vacunas que requieren cadena de frío; pueden integrar el transporte pero no el abastecimiento; o pueden integrar el sistema de distribución a nivel de provisión de servicios, pero no a nivel central.

La descentralización trae consigo dos aspectos: algunas funciones logísticas operan de manera más eficiente si están centralizadas, y los funcionarios a nivel local y de distrito rara vez cuentan con las habilidades técnicas necesarias para hacerse cargo de la administración de los sistemas de suministros. La experiencia sugiere que es mejor dejar en el nivel central el sistema de información logística, la elección de productos, el abastecimiento, y el control de calidad (Bates et al. 2000). Por ejemplo, en el sistema descentralizado de México, los estados y las ONG que entregan servicios coordinan el abastecimiento, de modo de poder seguir contando con los descuentos por compras al por mayor de anticonceptivos (Finkle 2003). Al descentralizar otras funciones logísticas, el paso más importante antes de proceder a la descentralización es ofrecer al personal local y de distritos una capacitación específica, basada en competencias, y hacer un seguimiento periódico para asegurarse de que el personal domine las habilidades esenciales (Bates et al. 2000). Otras recomendaciones incluyen modificar la estructura de supervisión, rediseñar el sistema de información y exigir a los distritos que mantengan en existencia anticonceptivos y otros productos de prevención que ellos pudieran no considerar esenciales (Bates et al. 2000, Finkle 2003, Vogel et al. 2001).

Advocacy

Tanto el sector público como el privado pueden beneficiarse de las actividades de *advocacy* por la seguridad de los anticonceptivos. Si un análisis de los sistemas logísticos revela un problema, los administradores de programas deben crear conciencia del problema entre los funcionarios de gobierno, los legisladores, las ONG, las empresas farmacéuticas y los consumidores, basándose en un análisis exhaustivo del suministro y la demanda local por anticoncepción (Sine and Sharma 2002). Luego deben abogar por que el sector político se comprometa con la seguridad anticonceptiva. Sólo si se considera que los insumos anticonceptivos y de salud reproductiva son una prioridad, éstos se incluirán en los mecanismos para conseguir asistencia, como los Documentos de Estrategia de Lucha contra la Pobreza (DELP) y los enfoques sectoriales (SWAps), y recibirán el apoyo económico adecuado de parte de los gobiernos (UNFPA 2001a, UNFPA 2001c). En Rumania, por ejemplo, algunas ONG y otros defensores consiguieron apoyo de alto nivel para la seguridad anticonceptiva, lo que tuvo como resultado que el gobierno asignara presupuesto para servicios básicos de anticoncepción (Sine and Sharma 2002). También resulta importante garantizar que las listas nacionales de medicamentos esenciales sean consistentes con la lista de medicamentos esenciales de la OMS en lo que respecta a la inclusión de anticonceptivos (WHO 2005c).

Segmentación del mercado

Los recursos limitados y otras prioridades de salud que compiten por su asignación dificultan a la mayoría de los gobiernos de países en desarrollo compensar por sí solos la falta de

financiamiento. La segmentación y definición del mercado objetivo, que identifican y dirigen los recursos públicos a los pobres y desprotegidos, son aspectos fundamentales (Sharma and Dayaratna 2004). Se deben desarrollar y promover otras fuentes de insumos anticonceptivos, ya sea del sector público o privado, para los clientes que pueden pagar algunos o todos los costos asociados al uso de anticoncepción (Finkle 2003, Sine and Sharma 2002). Los defensores de la planificación familiar pueden colaborar en esta iniciativa trabajando para lograr cambios en la legislación y las normas que dificultan que el sector privado venda insumos básicos de anticoncepción, como son los aranceles de importación sobre las materias primas y los anticonceptivos, los controles de precios, y las limitaciones a la publicidad de los anticonceptivos (Quijada et al. 2004, Sharma and Dayaratna 2004, UNFPA 2001a, UNFPA 2001c). En Brasil, por ejemplo, los defensores llevaron a cabo una exitosa campaña para eliminar las tarifas e impuestos sobre las ventas al por menor que aumentaban el precio de los condones (Finkle 2003).

Capacitación del sector público

El desabastecimiento de algunos productos anticonceptivos, el sobreabastecimiento de otros y el retraso de los envíos son algunos de los problemas comunes ocasionados por un sistema de suministros deficiente. Fortalecer estos sistemas resulta fundamental para garantizar el acceso continuo a servicios de planificación familiar. Un aspecto clave de la solución es capacitar al sector público en los siguientes aspectos: proyecciones, abastecimiento, administración de insumos, sistemas de distribución, y capacidad de almacenamiento a nivel nacional, de distrito y local (Hare et al. 2004, UNFPA 2001a). Un sistema de suministros bien diseñado y bien administrado permite aprovechar los recursos limitados con que se cuenta, empleando buenas prácticas de abastecimiento; garantizando que todos los insumos estén en buenas condiciones; eliminando el sobreabastecimiento, el deterioro, el robo, y otros tipos de pérdidas; y asegurándose de que cada punto de entrega de servicios tenga existencias suficientes para satisfacer las necesidades de las/los clientes (FPLM and JSI 2000). Por ejemplo, fortalecer la capacidad de abastecimiento en Bangladesh permitió al país negociar precios considerablemente más bajos para los insumos anticonceptivos en el mercado internacional, lo que se tradujo en ahorros de más de US\$17 millones sólo en anticonceptivos orales (Sarley et al. 2005). (Ver recuadro, página 32 para conocer recomendaciones para programas sobre el fortalecimiento de la cadena de suministros).

La capacitación requiere que los administradores fortalezcan tanto las habilidades de las personas como de los sistemas, de modo de contar con las habilidades adecuadas para detectar, prevenir y manejar posibles desabastecimientos y, a su vez, puedan garantizar la solidez del sistema general para monitorear el flujo producción-usuario. La inversión en manuales, cursos de capacitación y en supervisiones regulares puede asegurar que los funcionarios del área de logística capacitados y con experiencia se desempeñen en cada nivel del sistema de salud. El diseño y la implementación de un sistema de información de gestión logística que sea confiable resulta esencial para regular el flujo de productos y proporcionar información precisa y oportuna a los administradores (FPLM and JSI 2000). Con el fin de asegurar fondos para implementar estas costosas mejoras, los administradores deben ser capaces de convencer al gobierno o a otros donantes de que el fortalecimiento de los sistemas logísticos es una manera costo-efectiva de aumentar la prevalencia anticonceptiva y que amerita un lugar prioritario. El nuevo sistema de logística de Jordania ilustra el impacto que puede tener una intervención

RECOMENDACIONES PARA PROGRAMAS:

Cómo fortalecer la cadena de suministros

1. Inculque el concepto del cliente como eje de la cadena de suministros concentrando los esfuerzos en la disponibilidad continua de anticonceptivos en los lugares de entrega de servicios, atendiendo y respondiendo a las necesidades de los clientes, y obteniendo retroalimentación de parte de ellos.
2. Mejore la gestión y el desempeño del personal a través de una dirección eficiente, capacitación, supervisión, expectativas claras, y buenas condiciones de trabajo para los empleados de la cadena de suministros.
3. Asegúrese de que el sistema de información sobre la gestión logística (SIGL) permita recoger datos completos, exactos y oportunos, y que dichos datos se den a conocer de manera rutinaria a los trabajadores de todos los niveles del sistema, de modo que puedan tomar las medidas necesarias.
4. Incorpore las proyecciones en la gestión de rutina de la cadena de suministros y, valiéndose de la mayor variedad posible de datos, asegúrese de hacer proyecciones precisas.
5. Haga del aseguramiento de la calidad un componente integral del proceso de abastecimiento.
6. Enfoque las actividades de distribución a llevar los suministros a los clientes de un modo eficiente y rápido, y no a almacenar anticonceptivos.
7. Manténgase al tanto de los avances en el campo de la logística, y tenga una actitud flexible frente a nuevas modalidades de gestión.

Fuentes: FPLM and JSI 2000, Setty-Venugopal et al. 2002

integral sobre la prevalencia anticonceptiva (ver recuadro, página 33).

Calidad de atención

Si bien mejorar la calidad de atención de los programas de planificación familiar tendrá distintos efectos dependiendo del lugar donde se realizan, su efecto global mejora el bienestar de las personas y su capacidad de regular su fertilidad (Bruce 1990). Mejorar la calidad de atención puede atraer más clientes a los servicios de planificación familiar, mejorar su nivel de satisfacción, e incluso aumentar las tasas de continuación de métodos anticonceptivos. Prestar atención a la calidad resulta particularmente importante considerando las mayores responsabilidades que enfrentan los proveedores de salud cuando se ofrece planificación familiar como parte de un paquete integral de servicios. El fortalecimiento de los sistemas y el mejoramiento de las habilidades técnicas e interpersonales de los proveedores contribuirán a asegurar que los programas de planificación familiar ofrezcan servicios de buena calidad. A continuación se analizan los principales componentes de la calidad de atención, pero —dado que ésta constituye un aspecto transversal— el tema es abordado a través de todo este documento.

Supervisión

Los supervisores tienen un papel decisivo en el mejoramiento de la calidad de atención cuando, más allá de su función de inspectores, brindan apoyo al personal. Pueden ofrecer a los trabajadores retroalimentación sobre sus fortalezas y debilidades, motivarlos a mejorar su desempeño, entregar la orientación necesaria, ayudar a establecer prioridades cuando la carga de trabajo es muy pesada, y contribuir a la resolución de problemas (Marquez and Kean 2002, Stinson et al. 2000). A pesar de su importancia, la supervisión suele ser uno de los elementos más débiles de los programas de planificación familiar y salud reproductiva. Algunos problemas

comunes que la afectan incluyen que se centra más en el monitoreo que en la resolución de problemas; que las habilidades técnicas y de comunicación de los supervisores son deficientes; y que las visitas de supervisión son poco frecuentes e irregulares debido a la falta de transporte y de otros recursos (Marquez and Kean 2002).

Los servicios integrados agregan dificultades adicionales a los sistemas de supervisión. Los proveedores necesitan aún mayor apoyo de parte de los supervisores para cumplir un mayor número de tareas, pero es posible que los supervisores carezcan de conocimiento o experiencia sobre los nuevos servicios incorporados a un programa (MSH 1994). Para fortalecer los sistemas de supervisión, especialmente donde haya servicios integrados, los administradores pueden (Marquez and Kean 2002, MSH 1994, Stinson et al. 2000):

- Revisar y aclarar las políticas y procedimientos de supervisión.
- Desarrollar pautas integradas de supervisión.
- Crear listas de comprobación, materiales de apoyo y otras herramientas para todos los servicios ofrecidos y que sirvan de pauta para la visita de supervisión.
- Aumentar la frecuencia y/o duración de las visitas de supervisión.
- Capacitar a los supervisores sobre las nuevas habilidades técnicas de los profesionales de salud.
- Capacitar a los supervisores para que actúen como tutores y facilitadores.
- Centrar la supervisión en el desempeño clínico y la resolución de problemas.

En Honduras, ASHONPLAFA utilizó una mezcla de estas intervenciones para fortalecer su sistema de supervisión (ver recuadro, página 34).

EJEMPLO DE PROGRAMA:

Fortalecimiento del sistema de logística en Jordania

Jordania introdujo un nuevo sistema de logística en 1997, luego de que problemas en el suministro de anticonceptivos amenazaran con debilitar los servicios de planificación familiar. Al no contar con manuales escritos sobre logística o con sistemas formales de control de inventario, era común que se agotaran los suministros o que hubiera exceso de ellos. Durante un período de dos años, más de 550 proveedores de servicios y supervisores recibieron capacitación en logística; entre ellos había matronas, enfermeras, médicos y supervisores, como también administradores de lugares de almacenamiento. Se diseñó un nuevo sistema computarizado de información para recoger y agrupar datos esenciales acerca de los anticonceptivos entregados y aquellos aún en existencia. El sistema entrega informes periódicos y exactos para todos los niveles de la gestión.

Una vigilancia y supervisión continuas aseguran que el sistema opere de modo expedito. Un funcionario encargado de la logística mantiene reuniones mensuales con cada dirección, con el fin de ayudar a resolver los problemas; visita puntos de entrega de servicios para verificar cómo está operando el sistema y motivar al personal; y ofrece capacitación en el trabajo y cursos de actualización. Antes de que se incorporara el nuevo sistema, el 85 por ciento de los centros de salud vieron agotarse sus existencias en un período de seis meses; luego de que empezara a funcionar el nuevo sistema, esta cifra disminuyó a casi un 10 por ciento. Asimismo, bajó drásticamente la cifra de pérdida por expiración o daño de anticonceptivos. Un sistema de suministros más confiable ha contribuido a aumentar el uso de anticonceptivos en Jordania.

Fuente: Rao 2000

Capacitación

La educación continua resulta esencial para reforzar y mejorar el conocimiento y las habilidades de los proveedores de planificación familiar a lo largo de sus carreras. Las reformas del sector salud pueden generar demandas adicionales por capacitación, a medida que la descentralización impone nuevas responsabilidades administrativas y técnicas al personal del distrito, mientras que la integración exige que los proveedores, supervisores y administradores dominen nuevas áreas de servicios.

Los talleres formales, como los que se usan para mejorar la consejería en zonas rurales de China (ver recuadro, página 35), son el método más común de capacitación. No obstante, los métodos alternativos pueden resultar menos costosos, menos perturbadores de la rutina normal e igualmente eficaces. La capacitación en el lugar de trabajo reúne a personal nuevo o sin capacitación con colegas más experimentados, quienes adecuan su instrucción a las circunstancias. Los supervisores pueden entregar a los proveedores información actualizada o capacitarlos en habilidades que

aún no dominan. La educación a distancia utiliza material impreso, cintas de audio, programas de radio y televisión, y software computacional para entregar un currículo estandarizado a personas que están en distintos lugares. Independientemente del método usado para la capacitación, resulta esencial proveer una retroalimentación y apoyo continuos una vez que las personas se reincorporen a su trabajo, de modo de ayudarles a poner en práctica sus nuevas habilidades y asegurar que se adopten las nuevas prácticas.

EJEMPLO DE PROGRAMA:

Fortalecimiento del sistema de supervisión en Honduras

Las medidas para reducir costos en ASHONPLAFA, la organización privada más grande que provee atención en salud sexual y reproductiva en Honduras, debilitaron el sistema de supervisión al disminuir los recursos y simultáneamente aumentar las responsabilidades de los supervisores. Para fortalecer el sistema de supervisión, los administradores utilizaron una combinación de estrategias antiguas y nuevas. Desarrollaron un manual e instauraron procedimientos y protocolos estandarizados para guiar las visitas en terreno. Diseñaron un sistema de planificación y evaluación de desempeño en base al cual, cada dos meses, supervisores y supervisados evalúan y negocian los objetivos de desempeño. Por medio de educación a distancia, los administradores complementaron la capacitación a través de talleres anuales para los supervisores, contribuyendo de ese modo a reforzar sus habilidades. Como resultado, se ha producido un mayor diálogo entre supervisores y proveedores, lo que ha ayudado a que los proveedores logren sus objetivos de desempeño. El apoyo sólido y constante de parte de los supervisores ha permitido que los proveedores ofrezcan una mejor calidad de atención a sus clientes de salud reproductiva.

Fuente: Children's Vaccine Program 2003

Capacitación pre-servicio

Asegurarse de que la información y capacitación médica sobre planificación familiar que se ofrece en los centros de formación esté actualizada y sea completa puede mejorar la calidad a largo plazo de los servicios relacionados. La salud sexual y reproductiva se encuentra considerablemente subrepresentada en los currículos básicos de médicos y otros profesionales de salud (Haslegrave and Olatunbosun 2003). Los administradores pueden colaborar con los organismos educacionales para abogar por que se incluya

o se mejore la información y las habilidades en planificación familiar en los currículos académicos para la formación de médicos, enfermeras y matronas, así como en los programas de educación médica continua y de desarrollo profesional.

Cómo mejorar las habilidades de los proveedores

La capacitación, aunque necesaria, no basta para mejorar las habilidades de los proveedores y lograr cambios duraderos en su desempeño laboral. El mejoramiento del desempeño considera y aborda de manera sistemática todos los factores que influyen en el desempeño de los trabajadores, los que incluyen tanto los factores ambientales como las cualidades personales de cada trabajador (Lande 2002). Por ejemplo, una retroalimentación regular, clara y constructiva resulta fundamental para mejorar las habilidades de los proveedores. Los supervisores pueden motivar a los proveedores a mejorar sus habilidades haciéndoles ver sus debilidades y sugiriéndoles cómo mejorarlas (Rudy et al. 2003). Los administradores y colegas en el lugar de trabajo también pueden

entregar valiosos comentarios, ya que se encuentran en una buena posición para comprender los desafíos a los que se enfrenta un proveedor. Los sistemas formales de autoevaluación, en que se pide a los proveedores que evalúen su propio desempeño en base a una lista de estándares definidos, también pueden ayudar a los proveedores a mejorar sus habilidades.

Los materiales de apoyo bien diseñados, como por ejemplo las listas de comprobación, pueden recordar a los proveedores información clave, y ayudarles así a aplicar sus habilidades en su trabajo. Por ejemplo, la revisión de los requisitos médicos de elegibilidad para determinados métodos anticonceptivos antes de ofrecer consejería en anticoncepción, puede contribuir a evitar contraindicaciones erróneas que pudieran limitar de manera grave e innecesaria la elección de un método anticonceptivo por parte de la mujer (FHI 2002, FHI 2004, Shelton et al. 1992). Además, estas herramientas pueden ayudar a los proveedores a tomar decisiones, como por ejemplo determinar si una mujer que no está menstruando está embarazada, y proveer orientación durante un proceso complejo (por ejemplo, los numerosos pasos que incluye la provisión

EJEMPLO DE PROGRAMA:

Capacitación en consejería en China

En 1991, la Comisión Estatal de Planificación Familiar de China lanzó un proyecto de cinco años enfocado a fortalecer los conocimientos y habilidades del personal de planificación familiar que trabaja en áreas rurales. En base a encuestas a pobladores y proveedores, el equipo del proyecto desarrolló un currículo estandarizado que utiliza principios de aprendizaje en adultos y una metodología participativa de capacitación, como juegos de roles y práctica de habilidades, para capacitar a los proveedores en comunicación interpersonal y habilidades en consejería. También se incorporaron conceptos nuevos, como la decisión informada.

El proyecto contempló etapas de seguimiento y evaluación regulares, y los resultados condujeron a un segundo nivel de capacitación en el que se entregaron conocimientos más profundos sobre métodos anticonceptivos y más oportunidades para practicar las habilidades. Proveedores y clientes concuerdan en que tanto la relación entre ellos como la calidad de atención se vieron beneficiadas con la capacitación. Los proveedores aprenden más acerca de las necesidades individuales de las/los clientes y adecuan la consejería a las diferentes situaciones. Las/los clientes aprenden más acerca de la variedad de métodos disponibles y tienen un papel más activo al momento de elegir un método.

Fuente: SFPC, UNFPA, and PATH 1995

de consejería a un/a cliente de planificación familiar). Los materiales sobre educación en salud, incluidas pautas sobre provisión de servicios, deben estar actualizados y ser precisos.

Cómo motivar a los proveedores a ofrecer una buena atención

Los proveedores que sienten que su trabajo es importante y que están comprometidos con hacer su mejor esfuerzo pueden marcar una gran diferencia en la calidad de atención real que recibe un cliente. La motivación puede resultar especialmente importante cuando los proveedores se enfrentan a las exigencias adicionales que imponen los servicios integrados —y puede constituir un desafío aún mayor cuando los proveedores reciben una paga insuficiente o irregular. Algunas fuentes de motivación son intrínsecas, como por ejemplo la satisfacción por hacer bien su trabajo o el placer de ayudar a otros. No obstante, los administradores pueden ayudar a motivar a los proveedores para que ofrezcan una buena atención reconociendo y recompensando su desempeño, haciéndose cargo de los costos u otorgándoles permiso para que participen en actividades de educación continua, y ofreciendo oportunidades de desarrollo profesional, tales como mayores responsabilidades de supervisión. Si bien los administradores pueden verse limitados por las reglas y los recursos de un programa, debieran considerar adoptar las siguientes acciones (Rudy et al. 2003, Setty 2004, Stinson et al. 2000):

- Elogiar un buen desempeño, especialmente en presencia de otros trabajadores de salud.
- Establecer programas formales de reconocimiento, como por ejemplo, “Empleado del Mes”.
- Destacar a los proveedores excepcionales en el boletín de la organización.
- Entregar bonos o aumentos de salario.
- Empoderar a los proveedores dándoles la autoridad para tomar decisiones sobre aspectos cotidianos.
- Vincular explícitamente el desempeño de los proveedores a la certificación o acreditación del establecimiento.

Sistemas de información

Los sistemas de información sobre gestión en salud permiten a los administradores determinar el desempeño de personas y sistemas, les ayudan a identificar y solucionar problemas, y forman la base para una buena toma de decisiones (MSH 1991). Los sistemas de información a veces parecen más una carga que una ayuda para la provisión de servicios. Es posible que recolecten más datos de los necesarios; que los datos estén incompletos, sean poco precisos o no estén actualizados; y que sólo una pequeña parte de los datos pueda analizarse y difundirse. La integración puede imponer el desafío adicional de fusionar múltiples sistemas de información que sean incompatibles (INFORM 2005), mientras que la descentralización puede requerir que personal a nivel de distrito y sin experiencia asuma la responsabilidad de analizar los datos.

Con el fin de fortalecer los sistemas de información, los administradores de programas de salud reproductiva pueden (INFORM 2005, MSH 1991):

- Trabajar en pro del desarrollo de una cultura de datos, en la cual los miembros del personal a todo nivel aprecien la importancia de recolectar y analizar los datos de manera precisa, y de aplicar los datos de manera consistente al proceso de toma de decisiones.

- Simplificar el sistema, considerando solamente los indicadores esenciales.
- Rediseñar los formularios para hacer la recolección de datos más rápida y fácil.
- Crear hojas simples con información resumida para disminuir los errores durante la tabulación de los datos.
- Capacitar al personal en las habilidades técnicas necesarias para controlar la calidad de los datos, analizar datos, crear gráficos e interpretar los resultados.

Monitoreo de los programas

Al seleccionar indicadores que reflejen la calidad de los servicios, en lugar de la cantidad o costo de éstos, los administradores pueden monitorear la calidad de atención. Por ejemplo, pueden concentrarse en la proporción de clientes de planificación familiar que recibió un método apropiado, en lugar de centrarse en el número absoluto de personas atendidas. Los indicadores de proceso, que miden cuán bien se están llevando a cabo las actividades programáticas, son especialmente importantes para monitorear la calidad de atención, ya que pueden identificar problemas en la provisión de servicios (Kols and Sherman 1998). Los indicadores de calidad deben incorporar las perspectivas tanto de los clientes como de los proveedores. También debieran satisfacer estándares generales en cuanto a buenos indicadores de salud (ver recuadro, en esta página).

Entre los cientos de indicadores disponibles para evaluar la calidad de los servicios de planificación familiar, los administradores deben elegir un pequeño número que sea importante para los objetivos programáticos. Por ejemplo, una herramienta práctica y de bajo costo para determinar la calidad de los servicios de planificación familiar que se ofrecen en la clínica, *Quick*

Características de un indicador de seguimiento apropiado

- *Orientado a la acción:* Ayuda a los administradores en la toma de decisiones. Por ejemplo, la frecuencia con que se agotan las existencias de métodos anticonceptivos puede ayudar a los administradores a decidir si es necesario fortalecer el sistema logístico.
- *Pertinente:* Refleja el progreso alcanzado por un programa hacia el logro de una meta u objetivo. Por ejemplo, evaluar si en los últimos tres meses se ha efectuado una visita de supervisión a las instalaciones puede contribuir a medir el progreso de un programa en cuanto a ofrecer retroalimentación y apoyo constantes a los proveedores.
- *Fácil de generar y de medir:* Genera datos a partir de actividades regulares de servicio y de vigilancia. Por ejemplo, el número de clientes que adopta cada método por mes o por año se puede obtener a partir de estadísticas regulares de los servicios.
- *Válido, consistente, confiable, representativo y sensible al cambio:* Mide de manera precisa algún aspecto de interés. Por ejemplo, evaluar si los proveedores mencionan el VIH/SIDA durante las visitas de consulta por planificación familiar puede ayudar a medir el éxito de los esfuerzos por integrar los servicios.
- *Fácil de comprender:* Su significado e importancia pueden ser entendidos sin explicaciones extensas. Por ejemplo, el porcentaje de una audiencia objetivo expuesta a actividades y materiales dirigidos a producir cambios de comportamiento refleja claramente el alcance de una campaña de comunicación para fomentar estos cambios.

Fuente: INFORM 2005

Investigation of Quality (Investigación rápida de la calidad), incluye 25 indicadores que evalúan el desempeño de los proveedores, las actitudes y el comportamiento de los clientes, y las instalaciones de salud (Bertrand and Sullivan 2000).

Mejoramiento de la calidad

Los encargados de administrar la provisión de servicios pueden mejorar la calidad de atención en sus centros adoptando un método sistemático y basado en datos que permita la resolución de problemas, como el aseguramiento de la calidad o las auditorías clínicas. Estos métodos establecen estándares para la provisión de servicios, miden la calidad de atención actual y la comparan con dichos estándares, identifican y analizan problemas, y luego toman las medidas necesarias para mejorar la calidad. Las auditorías suelen concentrarse en un aspecto puntual de los servicios, en respuesta a quejas de las/los clientes, altas tasas de complicaciones, u otra evidencia de que existe un problema. Por el contrario, los sistemas de aseguramiento de la calidad desarrollan pautas, procedimientos y estándares de desempeño para todo un programa de provisión de servicios, incluidas tanto el área clínica como administrativa; un monitoreo regular identifica aquellos problemas que hay que resolver (DiPrete Brown et al. 2000).

Independientemente del método usado (auditoría o aseguramiento de la calidad), un mejoramiento real de la calidad dependerá de la recolección de datos y de un análisis minucioso de las actividades de provisión de servicios, con el objetivo de comprender a fondo un problema y las causas que lo originan. Basándose en estos datos, el personal puede definir maneras de solucionar un problema y mejorar la calidad de atención.

Decisión informada y consejería en anticoncepción

Para apoyar el derecho de las personas a tomar una decisión informada sobre los métodos anticonceptivos, los programas de planificación familiar deben ofrecer a las/los clientes un fácil acceso a una gama de métodos, información completa y precisa sobre éstos, y ayuda para sopesar las opciones. Si bien éste es un componente intrínseco de la calidad de atención, amerita que aquí se mencione especialmente debido a que se suele subestimar su importancia. Una consejería eficaz para los clientes de planificación familiar requiere tanto de conocimiento técnico como de buenas habilidades de comunicación interpersonal (Murphy and Steele 2000), pero estos elementos, por sí solos, no son suficientes. En muchas comunidades, la decisión informada se encuentra limitada porque se desconoce el concepto de decisión informada y las normas sociales restringen la capacidad de las mujeres y las/los adolescentes de hacer valer sus derechos (EngenderHealth 2003b, Upadhyay 2001). Por lo tanto, también resulta esencial que los proveedores comprendan el concepto de derechos sexuales y reproductivos, su rol en ayudar a las/los clientes a ejercer estos derechos y las diferencias de poder inherentes a la relación cliente-proveedor y al contexto cultural que puede impedir a las/los clientes defender sus derechos. Las/los clientes deben comprender que tienen derecho a hacer preguntas, recibir respuestas y tomar sus propias decisiones —y deben estar dispuestos y ser capaces de hacerlo (EngenderHealth 2003b). Para lograr esto es necesaria una combinación de intervenciones dirigidas tanto a proveedores como a clientes. (Ver recuadro, página 39, con recomendaciones para programas sobre cómo mejorar la interacción cliente-proveedor).

Fortalecer las habilidades de los proveedores

Tal como se describiera en la sección anterior sobre calidad de atención, la educación pre-servicio y la capacitación periódica en el trabajo pueden transmitir la base de conocimientos técnicos y de habilidades de comunicación que los proveedores necesitan para una buena interacción cliente-proveedor. La educación continua resulta esencial tanto para reforzar estas habilidades como para actualizar los conocimientos técnicos de los proveedores a lo largo de sus carreras, ya que la evidencia sobre tecnología anticonceptiva está en constante cambio, tal como lo ilustran los recientes hallazgos sobre métodos anticonceptivos hormonales (ver recuadro, página 40). Los administradores pueden aumentar la eficacia de esta capacitación, desarrollando currículos que enfatizan tanto las habilidades interpersonales como el conocimiento técnico, enseñando a los proveedores cómo adaptar la interacción a cada cliente, y adoptando un enfoque integrado hacia la consejería sobre salud sexual y reproductiva (Rudy et al. 2003).

La capacitación por sí sola no puede garantizar la calidad de la consejería, especialmente dadas las nuevas exigencias que los servicios integrados imponen a los proveedores. Los servicios integrados exigen a los proveedores hacer una evaluación completa del estado de salud de la/el cliente y abordar cualquier otra necesidad que identifiquen, como, por ejemplo, diagnosticar y tratar las ITS de clientes de planificación familiar (EngenderHealth 2003c). Para mejorar la calidad de la consejería resultará más eficaz instaurar un enfoque más amplio sobre el mejoramiento del desempeño, que evalúe y aborde tanto el contexto institucional como las cualidades personales de cada proveedor

RECOMENDACIONES PARA PROGRAMAS:

Cómo mejorar la interacción cliente-proveedor

1. Enseñe a los proveedores a respetar la capacidad de las/los clientes de elegir por sí mismos y a involucrarlos en la toma de decisiones.
2. Acoja las inquietudes de las/los clientes acerca de los efectos secundarios, orientándolos —antes de que inicien el uso de un método— sobre qué deben esperar, y respondiendo a sus inquietudes en caso de que se presenten efectos secundarios.
3. Aliente a las/los clientes para que adopten un papel activo en las consultas. Para ello, desarrolle campañas en medios de comunicación masiva, imprima material y entregue educación que legitimen los derechos de las/los clientes y los estimule a hacer preguntas a los proveedores.
4. Difunda y refuerce las políticas, pautas, descripciones de funciones en el trabajo y protocolos que promuevan las buenas prácticas de comunicación por parte de los proveedores.
5. Centre la supervisión en la interacción cliente-proveedor, y aliente a los demás trabajadores, clientes y a la comunidad a entregar retroalimentación a los proveedores sobre su desempeño.
6. Haga de la capacitación en consejería un recurso más eficaz, redefiniendo los currículos, incorporando metodologías de capacitación probadas y apoyando los esfuerzos de las personas que se han capacitado para que apliquen en el trabajo las habilidades aprendidas.
7. Proporcione el espacio, los insumos y el tiempo requeridos por los proveedores para entregar una consejería eficaz a las/los clientes.
8. Entregue reconocimiento e incentivos a los proveedores que se destaquen en su labor de consejería.

Fuente: Rudy et al. 2003

(Lande 2002, Rudy et al. 2003). Por ejemplo, los materiales de apoyo y de referencia pueden ayudar a los proveedores a cumplir con el mayor número de responsabilidades que se derivan de los servicios integrados. Family Health International ha desarrollado listas de comprobación para ayudar a los proveedores a determinar si una clienta está embarazada o si cumple con los criterios médicos de elegibilidad para usar un método específico (FHI 2002). Los supervisores pueden revisar periódicamente el desempeño de los proveedores observando las visitas y pueden hacer recomendaciones a los proveedores sobre cómo mejorar su consejería. La equilibrada estrategia de consejería adoptada en Perú y Guatemala (ver recuadro, página 41) debe su impacto a una combinación de materiales de apoyo y supervisión.

Hallazgos recientes en anticoncepción hormonal

Densidad ósea. El acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA) disminuye la densidad mineral ósea (DMO) en mujeres adultas y retarda la acumulación de ésta en adolescentes. Sin embargo, las mujeres premenopáusicas recuperan la DMO luego de interrumpir el uso del método. La OMS ha concluido que, en general, las ventajas del DMPA superan los riesgos de fractura, incluso entre las adolescentes y las mujeres mayores (WHO and HRP 2005a). Los anticonceptivos orales, los implantes y el DIU liberador de levonorgestrel no afectan la densidad mineral ósea.

Cáncer. Los anticonceptivos orales (AO) combinados, especialmente las antiguas formulaciones de dosis altas, disminuyen el riesgo de cáncer ovárico y de endometrio, pero aumentan levemente el riesgo de cáncer cervical, mamario y hepático. La OMS ha concluido que los beneficios para la salud de los AO combinados superan claramente los riesgos para la mayoría de las mujeres sanas (WHO and HRP 2005b).

VIH/SIDA. No existe evidencia concluyente acerca de que el uso de anticonceptivos hormonales aumente el riesgo de adquirir VIH, de transmitirlo o de que la enfermedad progrese. El conocimiento actual no indica que sea necesario cambiar las recomendaciones actuales (incluidas las de la OMS) en cuanto a que las mujeres en riesgo de contraer el VIH o aquéllas infectadas con el virus pueden usar sin riesgo anticonceptivos hormonales (WHO and HRP 2005c). Las recomendaciones de la OMS establecen que no debiera haber restricciones para el uso de AO e inyectables en mujeres con alto riesgo de adquirir el VIH. Sin embargo, al igual que otras personas en riesgo de contraer ITS, es de suma importancia que estas mujeres usen métodos de barrera para protegerse de la infección.

Fomentar la participación de las/los clientes

En muchos países, las/los clientes tienden a participar poco en las visitas de planificación familiar o salud reproductiva. Se debe capacitar a los proveedores para que ofrezcan a las/los clientes más oportunidades para expresarse y alentarlos a hacer preguntas, compartir sus inquietudes y entregar información. (Ver recuadro, página 42, sobre cómo los proveedores pueden apoyar las decisiones informadas). Los materiales impresos exhibidos en clínicas pueden reforzar este mensaje. Por ejemplo, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) creó un afiche sobre los “Derechos del Cliente” que alienta a las/los clientes a ejercer su derecho a información, confidencialidad y privacidad (Newman 1997). La OMS ha desarrollado un rotafolio sobre el proceso de toma de decisiones, en el que se alienta a las/los clientes a hacer preguntas y expresar sus inquietudes (WHO and JHU CCP 2005); otros programas han desarrollado panfletos que contienen preguntas tipo para clientes de planificación familiar (Rudy et al. 2003, Upadhyay 2001).

Resulta igualmente importante que los programas de planificación familiar

lleven a cabo acciones más allá del ámbito clínico (Rudy et al. 2003, Upadhyay 2001). Las campañas de medios de comunicación masiva pueden modelar el comportamiento activo de las/los clientes y difundir mensajes sobre sus derechos. Las charlas grupales pueden reforzar mensajes sobre los derechos y responsabilidades de las/los clientes y también enseñar habilidades útiles, tales como hacer una lista de preguntas para el proveedor antes de acudir a la clínica. De tener éxito, este tipo de comunicación para fomentar cambios de comportamiento puede hacer que las/los clientes sientan que expresarse y tomar el control de las decisiones de planificación familiar constituyen comportamientos esperados y deseables.

Ofrecer una amplia variedad de métodos

Asegurar que las/los clientes puedan ejercer libremente sus preferencias personales para seleccionar un método anticonceptivo requiere un mejor acceso a una variedad de métodos seguros, eficaces y económicamente asequibles (Engender Health 2003b). La mayoría de los países ofrece un conjunto limitado de métodos anticonceptivos, y algunos se encuentran disponibles mucho más ampliamente que otros (Ross and Stover 2004). Cuando la gama de métodos se encuentra sesgada hacia un único método, como ocurre en muchos países, las opciones de las/los clientes pueden verse restringidas.

Introducir métodos adicionales puede atraer a nuevos usuarios porque cada uno de ellos satisface las necesidades y preferencias de un grupo diferente de potenciales clientes (Ross et al. 2002). Al haber más métodos entre los cuales elegir, las/los clientes también pueden sentirse más satisfechos con su método y es más probable que continúen usándolo. No obstante, si los programas del sector público cuentan con recursos limitados, es posible que no sean capaces de ofrecer algunos métodos costosos o necesiten destinar esos métodos a personas que han experimentado problemas con otros métodos o tengan restricciones sobre elegibilidad médica para la mayoría de los métodos. Dado que el método más nuevo suele no ser el mejor en términos generales, esto no debiera representar un problema.

EJEMPLO DE PROGRAMA:

Uso de material de apoyo para fortalecer las habilidades de consejería en Perú y Guatemala

Una equilibrada estrategia de consejería desarrollada en Perú y perfeccionada en Guatemala combina la capacitación, materiales de apoyo y un algoritmo para mejorar la calidad de la consejería en planificación familiar y fomentar la elección informada. Un póster describe el nuevo modelo de consejería y proporciona a los proveedores orientación paso a paso sobre las etapas a seguir. Los proveedores utilizan una serie de pequeñas tarjetas, una para cada método anticonceptivo disponible, con el objetivo de ayudar a los clientes a ir descartando opciones y elegir el método de su preferencia. Luego, usando folletos que describen cada método en particular, los proveedores entregan información completa y precisa acerca de los beneficios, desventajas, contraindicaciones e instrucciones de uso para el método elegido.

Cuando la estrategia se probó por primera vez en Perú, los investigadores se dieron cuenta de que mejoraba la calidad de atención, pero sólo si los proveedores usaban el material de apoyo —lo que muchos no hacían. La solución, que se implementó en Guatemala, fue reforzar la capacitación realizando una serie de visitas de seguimiento a los proveedores e instruyendo a los supervisores para que se aseguraran de que los proveedores usaran el material de apoyo durante sus visitas regulares en terreno.

Fuente: León et al. 2003

De qué manera pueden los proveedores apoyar la decisión informada

- Trate a las/los clientes con respeto y amabilidad, y establezca una atmósfera de confianza que permita que la/el cliente y el proveedor puedan compartir.
- Distinga entre los diferentes tipos de clientes; por ejemplo, clientes nuevos, clientes que regresan por algún problema, y clientes en alto riesgo de ITS.
- Adecue la consejería de manera de abordar las necesidades específicas de cada cliente, su situación y preferencias personales.
- Evalúe los riesgos del cliente frente al VIH/ITS como parte del proceso de elección de un método.
- Analice con la/el cliente los potenciales efectos secundarios de los métodos.
- Evite saturar a la/el cliente con demasiada información.
- Aliente a las/los clientes a explicar sus necesidades y prioridades, expresar sus inquietudes y hacer preguntas.
- Entregue al cliente el método de su preferencia, a menos que no sea el apropiado por razones de salud o que el cliente lo esté solicitando por una razón equivocada.

Fuentes: Rudy et al. 2003, Murphy and Steele 2000

Con frecuencia, expandir las opciones anticonceptivas no requiere la introducción de un método nuevo, sino más bien aumentar el acceso a los métodos existentes (WHO 2002). Para aumentar este acceso puede ser necesario abordar los problemas en la calidad de atención —tales como limitaciones sobre cuándo, dónde y por quién son ofrecidos ciertos métodos; el desabastecimiento de insumos; y el sesgo de los proveedores— que restringen el acceso a algunos métodos. Este enfoque ha tenido éxito en aumentar las opciones anticonceptivas para clientes de planificación familiar en algunas áreas de Brasil (ver recuadro, página 43). Alternativamente, los administradores pueden fortalecer los mecanismos de derivación: si bien los programas de planificación familiar operan principalmente a nivel de atención primaria, algunos métodos, tales como la esterilización femenina, y algunos casos complicados requieren un nivel de atención más especializado. Los administradores

también deben considerar la promoción de métodos subutilizados, tales como la vasectomía sin escalpelo y los implantes anticonceptivos.

Vincular la provisión de anticoncepción de emergencia con el uso regular de planificación familiar

Se ha demostrado que las mujeres que solicitan anticoncepción de emergencia (AE) necesitan un método anticonceptivo regular. De hecho, muchas son usuarias actuales o recientes de anticoncepción y la situación en que se encuentran puede influir en su interés por hablar sobre este tema. Por lo tanto, además de entregarles AE, los proveedores deben siempre ofrecer a las clientas un método de uso regular, instruir las sobre cuándo iniciar su uso, y ofrecerles condones u otro método de barrera que puedan usar temporalmente (Huezo and Carignan 1997). Si una clienta de AE no desea consejería sobre anticoncepción en ese momento, el proveedor debe programar una cita de seguimiento con un proveedor de planificación familiar de la comunidad, y ofrecerle condones para que utilice mientras tanto.

Es posible que los proveedores necesiten capacitación adicional para integrar la consejería en AE y en anticoncepción. La consejería en planificación familiar para clientas de AE debe abordar por qué ocurrió una relación sexual no protegida (ICEC 2003). Si la mujer fue forzada a tener

relaciones sin protección, necesitará servicios de consejería y apoyo para ayudarlo a protegerse de la violencia, además de consejería sobre anticoncepción. Si la mujer tuvo un problema con su método regular, como no haberse puesto la inyección anticonceptiva o la rotura del condón, deberá decidir si ese método sigue siendo el mejor para ella y, en ese caso, recibir información sobre cómo evitar que el problema vuelva a ocurrir. Si la mujer no estaba usando un método anticonceptivo, se le debe informar sobre las opciones disponibles para que pueda tomar una decisión informada. Durante el proceso de consejería, los proveedores también deben evaluar la continua vulnerabilidad de las mujeres frente a las ITS y el VIH. Si bien los proveedores deben ofrecer a las clientas de AE una amplia variedad de métodos, deben reconocer que es posible que para algunas mujeres éste no sea el momento adecuado para escoger un método permanente, considerando las estresantes circunstancias en que suele necesitarse la AE.

Superación de las barreras para llegar a los grupos subatendidos

Cómo llegar a los pobres

En la mayoría de los países en desarrollo existen enormes disparidades de salud entre ricos y pobres (Carr 2004). Las inequidades en los sistemas de salud públicos contribuyen al problema: los pobres reciben menos de lo que en justicia les corresponde del gasto fiscal en salud, a pesar de que son quienes tienen mayores necesidades y menor capacidad de pagar por servicios (World Bank 2003). También es menos probable que las personas pobres usen servicios de salud básicos, tales como planificación familiar y atención materna —en parte debido a que tienen un peor acceso a los servicios, los servicios que se les ofrecen son de menor calidad, y el costo de los servicios imponen una mayor carga para ellos (Carr 2004, UNFPA 2004).

Una forma de lograr que los sistemas de salud lleguen a los pobres es formular objetivos centrados en este grupo. Por ejemplo, los administradores podrían exigir un aumento en la tasa de prevalencia anticonceptiva tanto entre quienes viven bajo la línea de la pobreza como en la población general. No obstante, los administradores deben procurar que el hecho de centrarse en las personas pobres no implique incentivos

EJEMPLO DE PROGRAMA:

Expandiendo las opciones anticonceptivas en Brasil

Fortalecer la capacidad de un programa de manera que pueda entregar servicios de calidad contribuye, efectivamente, a ampliar las opciones anticonceptivas al hacer más accesibles los métodos existentes. El proyecto Santa Bárbara en Brasil encontró un patrón consistente de barreras que interferían con el acceso de las/clientes a métodos anticonceptivos y a otros servicios de salud reproductiva. Las barreras abarcaban desde la dificultad para lograr una cita hasta largas esperas y falta de insumos. Para ofrecer más opciones anticonceptivas a los clientes fue necesario mejorar varios aspectos de los servicios. El proyecto aumentó la cantidad de tiempo que los proveedores dedicaban a planificación familiar, cambió la manera de coordinar las citas, capacitó a los proveedores para que pudieran analizar con los clientes una variedad más amplia de opciones anticonceptivas, tomó medidas para disponer de anticonceptivos de manera regular y en cantidades suficientes, y amplió la disponibilidad de métodos masculinos.

Fuentes: Diaz et al. 2002, WHO 2002

que comprometan el derecho de estas personas a tomar una decisión informada y voluntaria. También puede promoverse un cambio expandiendo las formas en que los programas evalúan su éxito. Por ejemplo, los administradores pueden usar nuevas medidas para calcular qué proporción de los beneficios de un programa es destinada a los pobres (Waters 2004).

Los programas han probado distintos enfoques para orientar recursos y servicios a los pobres. Entre las posibilidades se incluye mejorar la calidad de los servicios que reciben estos clientes, invirtiendo en establecimientos que atiendan a comunidades pobres, aumentando el acceso de las personas pobres a los servicios cambiando de servicios basados en la clínica a servicios basados en la comunidad, y celebrando contratos con las ONG para que atiendan a poblaciones pobres. Los planes de financiamiento para la salud que destinan a los pobres subsidios estatales para la salud también pueden lograr una diferencia. Entre éstos se cuentan planes de seguros, planes de prepago y programas de cobros que usan exenciones y tarifas diferenciadas para cobrar a las personas que tienen más recursos, pero no a los pobres (Carr 2004, Waters 2004) (ver sección sobre “Disminución de las barreras económicas”, página 53). Otra posibilidad es empoderar a las/los clientes y comunidades pobres para que exijan mejores servicios e influyan en la gestión de la prestación de servicios, aunque la eficacia de esta estrategia no está clara (World Bank 2003).

Servicios para adolescentes

Las/los adolescentes tienen una necesidad real de información y servicios de salud reproductiva y planificación familiar (UNFPA 2003; WHO, UNFPA, and UNICEF 1999). Aquéllos sexualmente activos tienden a tener numerosas relaciones breves, a usar anticonceptivos de manera poco consistente, y a estar mal informados sobre cómo protegerse de los embarazos y de las ITS, incluido el VIH/SIDA. En algunos países, la pobreza y las normas de género también ponen a las adolescentes en una situación de vulnerabilidad frente a las insinuaciones sexuales de hombres mayores. Una vez que se embarazan, las adolescentes presentan una mayor probabilidad que las mujeres adultas de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto, y de recurrir a abortos en condiciones de riesgo.

No obstante, muchas sociedades desapruaban las relaciones sexuales prematrimoniales y consideran poco apropiada la atención en salud reproductiva para jóvenes. Como resultado, los padres, educadores y proveedores de atención en salud suelen no estar dispuestos a dar a los jóvenes la información y los servicios que necesitan. Las leyes y políticas también pueden restringir el acceso de las/los adolescentes a los servicios, por ejemplo, limitando los servicios de planificación familiar a las/los adolescentes casados (Senderowitz 1999). Incluso si existen consejería y servicios disponibles, los jóvenes pueden mostrarse reticentes a visitar las clínicas debido a la falta de privacidad y confidencialidad, ubicaciones y horarios poco convenientes, altos costos, opciones e insumos anticonceptivos limitados, y, quizá lo más importante, actitudes críticas y negativas de parte de los proveedores (Senderowitz 1999, Moya 2002).

Se necesitan actividades de *advocacy* continuas y amplias para dar a las/los adolescentes un acceso expedito a consejería sobre salud reproductiva y a opciones de planificación familiar económicamente asequibles. Se debe abogar por los derechos de las/los jóvenes a información y servicios de salud reproductiva y planificación familiar, realizar campañas para lograr cambios en políticas y normas, y ejercer presión para que se destinen fondos a los programas de salud reproductiva y planificación familiar para adolescentes (FOCUS on Young Adults 2001).

RECOMENDACIONES PARA PROGRAMAS:

Cómo diseñar servicios amigables para los jóvenes

Proveedores

1. Capacite al personal para que trate a los clientes adolescentes con deferencia, respete su privacidad y confidencialidad, y comprenda sus inquietudes y necesidades especiales de salud reproductiva.
2. Estimule a los consejeros para que dediquen todo el tiempo que sea necesario a cada cliente, de manera de abordar todas sus inquietudes.
3. Incorpore pares al grupo de consejeros.

Instalaciones

1. Procure tener un espacio independiente y un horario especial para atender a los jóvenes.
2. Ofrezca los servicios en horarios que resulten convenientes para los adultos jóvenes, como por ejemplo en las tardes, las noches y los fines de semana.
3. Preocúpese de que las clínicas se encuentren ubicadas en zonas accesibles para los jóvenes.
4. Asegúrese de que los espacios para consejería ofrezcan privacidad.
5. Cree un ambiente jovial e informal que sea atractivo para los jóvenes.
6. Coloque en las salas de espera material audiovisual e impreso que sea interesante para los jóvenes.

Diseño del programa

1. Involucre a los jóvenes en el diseño y funcionamiento de los servicios.
2. Acoja a los clientes que llegan sin haber solicitado una cita.
3. Evite la aglomeración y las largas horas de espera.
4. Ofrezca servicios gratuitos o de bajo costo a los que los jóvenes puedan acceder.
5. Acoja a los jóvenes y adolescentes varones, y reclute personal masculino para ofrecerles servicios.
6. Ofrezca tantos servicios de salud sexual y reproductiva como sea posible, de modo de minimizar las derivaciones.
7. Publicite ampliamente la disponibilidad de programas especiales para los jóvenes.
8. Cuando sea posible, provea anticoncepción a las adolescentes sin requerirles un examen pélvico o pruebas de sangre.

Fuentes: Moya 2002, Senderowitz 1999

Los administradores de programas también deben crear nuevos enfoques para llegar a las/los jóvenes con mensajes que promuevan la abstinencia, el aplazamiento del inicio de la actividad sexual, y el menor número de parejas, así como también con información y servicios de planificación familiar (UNFPA 2003; WHO, UNFPA, and UNICEF 1999). En un esfuerzo por atraer a clientes jóvenes, muchos programas han modificado sus clínicas para que sean “amigables para los jóvenes” (ver recuadro, en esta página, para conocer recomendaciones para programas sobre cómo diseñar servicios amigables para los jóvenes). Otros programas llevan información y servicios a los

lugares donde los jóvenes estudian, trabajan y tienen su vida social. Entre las estrategias que han tenido éxito se encuentran enseñar sobre salud reproductiva en las escuelas; distribuir condones a través de programas de mercadeo social; recurrir a los medios de comunicación —especialmente a los formatos de entretenimiento— para difundir mensajes; establecer líneas telefónicas gratuitas para ofrecer consejería anónima; capacitar a pares para que conversen con los jóvenes en la comunidad o en su lugar de trabajo; y ofrecer atención en salud reproductiva en centros juveniles (FOCUS on Young Adults 2001, Senderowitz 1999).

Al diseñar programas de planificación familiar y salud reproductiva para jóvenes, los administradores deben recordar que sus circunstancias y necesidades varían. Por ejemplo, algunos están solteros, mientras que otros están recién casados; algunos van a la escuela, mientras que otros trabajan o viven en la calle. Las estrategias para llegar a ellos deben ajustarse a las diferentes condiciones. Los mensajes que promuevan la abstinencia y el aplazamiento del inicio de la actividad sexual son apropiados para jóvenes que no hayan tenido relaciones sexuales, mientras que los mensajes sobre un menor número de parejas y sobre anticoncepción son más importantes para quienes ya son sexualmente activos. Las adolescentes solteras pueden ser quienes más necesitan planificación familiar, y los mensajes que se centran en la prevención del embarazo pueden ser más eficaces para ciertos grupos—en especial las niñas más jóvenes—que los mensajes sobre la prevención del VIH/ITS.

Sea cual sea el enfoque que se use, los administradores deben involucrar a los jóvenes en el diseño y la implementación de los servicios para asegurarse de que resulten apropiados y atractivos para los adolescentes. También deben abordar aspectos de especial importancia para los jóvenes, como la pubertad y las citas, las habilidades necesarias para decir que no o para negociar el uso de condón en una relación sexual, y las normas de género que limitan el control de las niñas sobre las relaciones sexuales y configuran las nociones de los muchachos sobre la masculinidad. Los programas para adolescentes también son más eficaces cuando utilizan múltiples enfoques, como por ejemplo, combinar los medios de comunicación, la movilización de la comunidad y la consejería personal (FOCUS on Young Adults 2001, FHI 2000). El proyecto Youth.now de Jamaica ilustra este tipo de enfoque para aumentar el acceso de los adolescentes a servicios de salud reproductiva (ver recuadro, página 47).

Provisión de servicios de salud reproductiva a los refugiados

Si bien los refugiados tienen el mismo derecho que las demás personas a acceder a servicios de planificación familiar, su especial situación puede influir en su necesidad y deseo de buscar estos servicios. La demanda por planificación familiar entre refugiados depende en parte de los niveles de uso de anticonceptivos en su país de origen, ya que es posible que quienes actualmente están usando un método deseen seguir usándolo. Las circunstancias actuales también son importantes: es posible que los refugiados deseen postergar los embarazos hasta que su situación sea más segura. Las altas tasas de violencia sexual pueden aumentar la necesidad de las mujeres de acceder a AE y a servicios de planificación familiar post-aborto, y también a medidas de prevención del VIH después de la exposición a éste —en comunidades con altas tasas de prevalencia de VIH (WHO and UNHCR 2005). A lo largo de la última década, las organizaciones de asistencia a los refugiados han mejorado considerablemente los servicios de salud reproductiva y planificación familiar que se ofrece a este grupo, pero aún quedan muchos vacíos (Ramchandran

and Gardner 2005). Por ejemplo, es mucho más probable que reciban servicios apropiados los refugiados que viven en campamentos, que las familias de desplazados que se encuentran dispersas a través de la comunidad.

Los administradores de programas de salud reproductiva en lugares con refugiados se enfrentan a importantes desafíos, comenzando por la falta de información sobre las necesidades de la población. Dado que la situación y las poblaciones de refugiados son enormemente variables, resulta fundamental llevar a cabo una exhaustiva evaluación de sus necesidades. Ésta debe investigar el conocimiento y las actitudes de los refugiados en lo que respecta a anticoncepción, prevalencia anticonceptiva en el país de origen y la disponibilidad de insumos anticonceptivos en el país donde viven actualmente (WHO, UNFPA, and UNHCR 1999).

Es común que exista escasez de personal capacitado e insumos. Los administradores deben primero reclutar entre la población de refugiados a proveedores con experiencia y luego capacitar a otros refugiados, según sea necesario, sobre métodos anticonceptivos y consejería (WHO, UNFPA, and UNHCR 1999). Se puede poner a disposición de los refugiados una selección limitada de métodos anticonceptivos desde el inicio de una emergencia compleja (Krause et al. 2000; WHO, UNFPA, and UNHCR 1999). Durante la fase inicial de una emergencia compleja, los administradores pueden solicitar insumos para salud reproductiva a UNFPA. A medida que se estabilice la situación, se debe expandir la variedad de métodos e integrarlos a otros tipos de atención en salud reproductiva. Para asegurar un suministro consistente de insumos anticonceptivos, los administradores también tienen que implementar un sistema funcional de logística, con proyecciones basadas inicialmente en datos del país de origen (Dixon 1999; WHO, UNFPA, and UNICEF 1999). Otros desafíos de la atención a refugiados son el financiamiento a corto plazo y esporádico, la dificultad de mantener la confidencialidad y privacidad en un campamento densamente poblado, y los conflictos entre los protocolos de planificación familiar en el país de origen y el país receptor (Krause et al. 2000).

EJEMPLO DE PROGRAMA:

Cómo llegar a grupos de jóvenes en Jamaica

El proyecto Youth.now se vale de diversas estrategias para aumentar el acceso de los adolescentes a información y servicios de salud reproductiva en Jamaica, donde la mayoría de los jóvenes entre 15 y 19 años declaran tener actividad sexual, pero evitan los centros tradicionales de salud reproductiva. Las personas dedicadas a las actividades de *advocacy* están trabajando para modificar una política que prohíbe a los proveedores entregar servicios de anticoncepción a jóvenes menores de 16 años. Una campaña en los medios de comunicación promueve la abstinencia para los adolescentes más jóvenes, el uso de condones para los adolescentes mayores, y una línea telefónica gratuita que ofrece información amigable para los jóvenes. Un programa de capacitación en servicios amigables para jóvenes incluye tanto a los conserjes y a los porteros, como a los médicos y enfermeras, ya que todos ellos actúan de guardabarreras en los centros de salud reproductiva. Diversas actividades comunitarias están orientadas a los muchachos de la calle, los escolares y a la comunidad en general, mientras que otros programas combinan los servicios de planificación familiar con actividades deportivas o de adquisición de habilidades y consejería personalizada.

Fuente: Brown 2003

Involucrar a los hombres

Los programas de salud reproductiva y planificación familiar históricamente se han centrado en las mujeres y han diseñado servicios acorde a sus necesidades. El resultado es que

EJEMPLO DE PROGRAMA:

Experiencia en Guinea sobre cómo involucrar a los hombres en salud reproductiva

Un proyecto enfocado a involucrar a los hombres en Guinea no sólo creó servicios nuevos de salud reproductiva para varones en dos centros del Ministerio de Salud, sino que también funcionó como un estímulo para que en la comunidad hubiera una mayor demanda por dichos servicios. El primer paso fue capacitar a los médicos, consejeros, educadores en salud, personal de apoyo y personal auxiliar de los centros acerca de las necesidades de salud reproductiva de los hombres. Posteriormente, el personal pidió la opinión de los clientes para crear una atmósfera confortable y acogedora en la nueva Sección para Hombres creada en cada uno de los centros de salud. Para generar demanda por los nuevos servicios, el proyecto capacitó a 120 educadores de pares en temas generales de salud reproductiva y participación de los hombres, y realizó campañas formales de comunicación para fomentar cambios de comportamiento. Las campañas incluyeron visitas a los hogares por parte de educadores varones, charlas en las mezquitas a cargo de imanes, anuncios en radio y televisión, y un día de charlas y actividades especiales. En su conjunto, estos esfuerzos han aumentado el número de hombres y parejas que acuden a consultar a las clínicas, han disminuido las ITS recurrentes entre las mujeres y han contribuido a generar un cambio de actitud en la comunidad.

Fuente: Bernal Verbel et al. 2003

los hombres, que por lo general son renuentes a buscar atención médica de cualquier tipo, se sienten particularmente incómodos y poco acogidos en los centros de planificación familiar y salud reproductiva. Entre las barreras se incluyen los horarios y las ubicaciones poco convenientes, la falta de personal de sexo masculino, la limitada disponibilidad de métodos anticonceptivos para hombres, los sesgos contra los métodos masculinos, y las actitudes poco favorables de los proveedores hacia los hombres (Wells 1997).

No obstante, involucrar a los hombres —quienes controlan el poder social y económico en la mayoría de las comunidades y familias— resulta esencial para la salud sexual y reproductiva de la mujer y para el objetivo más amplio, cual es lograr la equidad de género (UNFPA 2005b). Por ejemplo, involucrar a los hombres puede expandir la gama de opciones anticonceptivas disponibles para una pareja, aumentar la adopción y la continuación del uso de métodos anticonceptivos, y ayudar a prevenir el VIH/ITS (Wells 1997). Una estrategia considera a los hombres como clientes y busca lograr que la atención en salud reproductiva resulte más accesible y atractiva para ellos. Así, los programas de planificación familiar pueden tratar de atraer clientes de sexo

masculino estableciendo clínicas sólo para hombres o llevando información e insumos a los lugares donde los hombres se reúnen, incluidos lugares de trabajo, bares y eventos deportivos (Cohen and Burger 2003). Esta estrategia se ha empleado en Guinea (ver recuadro, en esta página). Una segunda estrategia considera a los hombres como integrantes de una pareja, y alienta a hombres y mujeres a discutir y decidir en conjunto sobre anticoncepción y otros aspectos de la salud reproductiva (UNFPA 2005b). Un importante beneficio de este enfoque es lograr que los hombres

RECOMENDACIONES PARA PROGRAMAS:

Cómo fomentar la participación de los hombres

Proveedores

1. Capacite a los proveedores en temas de fisiología y sexualidad masculinas, métodos anticonceptivos para hombres, y habilidades de consejería para trabajar con clientes varones y sus parejas.
2. Desarrolle una cultura organizacional que incorpore una perspectiva de género y se comprometa a trabajar con hombres.

Instalaciones

1. Asigne un espacio separado o establezca horarios especiales para ofrecer servicios a los hombres.
2. Reorganice los horarios de la clínica para dar cabida tanto a hombres como a mujeres.
3. Decore las salas de espera y las de servicios de una manera que sea atractiva tanto para los hombres como para las mujeres.
4. Implemente un baño para hombres.
5. Coloque en las salas de espera material de lectura interesante para los hombres.

Diseño del programa

1. Involucre a los hombres en el diseño e implementación de los servicios.
2. Ofrezca a los hombres una variedad de servicios integrados de salud, que incluya planificación familiar, servicios de VIH/ITS, detección precoz del cáncer, y consejería en salud sexual.
3. Aliente a las mujeres para que inviten a sus parejas a sesiones de consejería.
4. Estimule la comunicación en la pareja y la toma de decisiones en conjunto.
5. Diseñe una comunicación para fomentar cambios de comportamiento en los varones, enfocada a modificar normas de género y a enseñar a los hombres a adoptar un papel positivo en el bienestar de sus familias.

Fuentes: AVSC International and IPPF/WHO 1999, Cohen and Burger 2003, Mehta 2002, Wells 1997

apoyen el uso de los métodos femeninos. Una tercera estrategia considera a los hombres como agentes de un cambio positivo y busca transformar las relaciones entre géneros cuestionando las actividades y los valores de los hombres con respecto al género (UNFPA 2005b). (Ver recuadro, en esta página, con recomendaciones para programas que incorporan los tres enfoques).

Además de estos enfoques, los programas de planificación familiar pueden ofrecer a los hombres información y servicios que les permitan apoyar mejor a sus esposas durante el embarazo. Por ejemplo, los programas pueden enseñar a los hombres sobre las necesidades nutricionales durante el embarazo, a identificar una situación de riesgo durante el trabajo de parto y, de ser necesario, a conseguir transporte. Además, los programas de planificación familiar pueden ayudar a los hombres a comprender mejor las intervenciones más amplias al interior de la familia, como la necesidad de vacunar a los niños.

Sin importar qué enfoque se use, los administradores de programas deben reconocer y adoptar las medidas necesarias para asegurar que la incorporación de los hombres a los servicios de planificación familiar no tenga un impacto negativo sobre las mujeres. Los programas que agregan servicios para hombres deben cuidar que sus nuevas actividades no perjudiquen los servicios para mujeres, menoscaben su autonomía ni refuercen involuntariamente los poco equitativos valores y normas relacionados con el género. De hecho, la programación de actividades de salud reproductiva para hombres debe reconocer explícitamente las diferencias de género que se relacionan con el poder y esforzarse por cambiarlas. (UNFPA 2004, UNFPA 2005b).

Generación de demanda

Comunicación para fomentar cambios de comportamiento


Muchas personas no están conscientes de los beneficios económicos y para la salud de la planificación familiar y, por lo tanto, no buscan información o servicios. Muchas otras que desean posponer o evitar otro nacimiento no buscan servicios de planificación familiar porque no saben qué métodos se encuentran disponibles ni dónde obtenerlos. Otras personas se sienten desalentadas porque piensan —correcta o equivocadamente— que su pareja, familia, comunidad o religión está en contra de la planificación familiar. Además, algunos pueden estar preocupados sobre los posibles efectos para la salud de los métodos anticonceptivos o sobre los mitos asociados con su uso (ver Tabla 2, que presenta un resumen de algunos mitos sobre los condones masculinos y femeninos).

Una de las formas más eficaces de superar estas barreras, crear o aumentar la demanda por planificación familiar, y reforzar los valores positivos, las normas y las acciones, es la comunicación para fomentar cambios de comportamiento (CCC). La CCC es una estrategia multifacética que busca alentar a las personas y comunidades a adoptar nuevos comportamientos respecto de la salud. La CCC eficaz reconoce que el cambio de comportamiento es un proceso gradual y que las personas pasan por una serie de etapas antes de adoptar una nueva creencia o práctica. Las personas deben primero interiorizarse acerca de una práctica, decidir que están de acuerdo e intentar adoptarla antes de actuar y cambiar su comportamiento (Murphy 2005, Piotrow et al. 1997). Para estimular el proceso de cambio de comportamiento, las campañas de CCC bien diseñadas pueden fomentar una reflexión crítica sobre áreas sensibles, estimular el diálogo abierto sobre temas tabú, estimular el intercambio de experiencias como una forma de difundir el aprendizaje y las soluciones, fomentar la cercanía con los temas, aumentar la conciencia y el conocimiento, y generar la discusión. En un contexto de salud reproductiva, la CCC tiene el potencial de traducirse en:

- Mayor conciencia sobre los derechos reproductivos, incluido el derecho a decidir libremente el número y espaciamiento de los hijos y el derecho a acceder a información y servicios anticonceptivos.
- Mayor conocimiento sobre métodos anticonceptivos, incluidos qué métodos se encuentran disponibles, y su seguridad y eficacia.
- Mejor conocimiento sobre dónde se puede obtener métodos anticonceptivos.

TABLA 2:

Cómo responder a los mitos, percepciones, aversiones y temores sobre los condones masculinos y femeninos

Inquietudes de la/el cliente		Qué decir
Los condones son sólo para trabajadoras sexuales y personas promiscuas.		Actualmente, todo tipo de personas usan condones, incluidas las parejas casadas, porque constituyen una forma sencilla de protegerse del embarazo y de las enfermedades. El VIH y las ITS están volviéndose tan comunes que todos están en riesgo.
Usar condón significa que no quiero a mi pareja o que no confío en ella.		Si usted realmente se preocupa por su pareja, ayudará a proteger su salud usando condón.
Sé que mi pareja está libre de VIH y de otras enfermedades.		La mayoría de las personas no presentan signos de que tienen VIH. Es posible que ni ellos mismos lo sepan. Cualquiera puede tenerlo y transmitirlo a otras personas.
Si uso condón, las personas creerán que tengo VIH/SIDA.		La mayoría de las personas que usan condón no tienen VIH o SIDA —precisamente porque usan condones para protegerse.
Los condones son muy caros.		Los condones no cuestan más que algunos artículos de uso cotidiano, como productos de tocador o la cerveza. Incluso puede obtenerlos sin costo en la clínica.
Me da vergüenza comprar condones.		Los vendedores están acostumbrados a vender condones y no les va a llamar la atención. La primera vez, vaya con un amigo si ello lo/la hace sentir más cómodo/a. También puede comprar condones en máquinas expendedoras.

Fuente: Adaptado de UNFPA , WHO y PATH 2005

- Actitudes y normas sociales más favorables con respecto a la planificación familiar.
- Discusión sobre la planificación familiar con parejas, familia y amigos.
- Mayor comunicación en la pareja sobre anticoncepción y la toma de decisiones.
- Más decisiones conjuntas tomadas por las parejas en lo que respecta a planificación familiar.
- Mejor disposición para consultar un proveedor de planificación familiar o para comprar condones.
- Disminución del número de hijos que las parejas declaran desear.
- Mejores comportamientos en pro de una buena salud, que se traducen en un aumento del uso de anticonceptivos y en la intención de usar anticonceptivos en el futuro.

Una serie de factores influyen en el resultado de una intervención de CCC. Las personas deben estimar que el cambio de comportamiento es deseable; se debe estimular el apoyo de parte

de la comunidad hacia nuevas normas o comportamientos; las personas deben contar con las habilidades y la confianza necesarias para cambiar sus comportamientos; y las políticas e infraestructura de los programas deben facilitar el cambio de comportamiento deseado. La eficacia de la CCC depende del sentido de apropiación local y de la estrecha participación de los beneficiarios para asegurar que se identifiquen y aborden los aspectos clave, enfoque utilizado por el programa HEART en Zambia (ver recuadro, en esta página). A veces, la respuesta apropiada para un problema es difundir información correcta; por ejemplo, cuando ideas equivocadas sobre la seguridad y los efectos secundarios de métodos específicos atemorizan a las mujeres y las disuaden

de usar planificación familiar. En otros casos, una respuesta más eficaz consiste en demostrar el apoyo social hacia la planificación familiar, por ejemplo, destacando a líderes respetados que apoyan la anticoncepción. Destacar los comportamientos deseados que emergen dentro de la comunidad es una buena manera de propagar y enseñar nuevas habilidades; por ejemplo, la CCC centrada en la adquisición de habilidades podría involucrar actividades que muestren cómo las mujeres pueden abordar el tema del uso del condón con sus parejas.

También resulta fundamental escoger canales de comunicación a través de los cuales los mensajes lleguen al público al que van dirigidos. Las campañas de CCC han empleado con éxito una amplia variedad de medios de comunicación, materiales y enfoques, algunos de los cuales se encuentran listados en el recuadro de la página 53. Cada canal tiene distintas fortalezas y debilidades. Por ejemplo, los medios de comunicación masiva pueden llegar a gran cantidad de personas y repetir los mensajes frecuentemente. No obstante, es más probable que las personas encuentren más motivación a través de un líder respetado que promociona algo personalmente o a través de un encuentro cara a cara con un educador entre pares u otra persona informada (O'Sullivan

EJEMPLO DE PROGRAMA:

Estrategias de comunicación para fomentar cambios de comportamiento enfocadas a combatir el VIH/SIDA en Zambia

El programa HEART (Helping Each other Act Responsibly Together - Ayudándose mutuamente a generar una actitud responsable) utiliza campañas de comunicación para fomentar cambios de comportamiento y definir normas al interior de la comunidad y de la sociedad acerca de la prevención del VIH/SIDA en Zambia. Para asegurarse de que los jóvenes sientan que los mensajes del proyecto son atractivos, HEART recibe retroalimentación de muchísimos jóvenes que conforman un grupo asesor. La tercera etapa de HEART consistió en adaptar diferentes mensajes para muchachos y muchachas de la audiencia objetivo y para quienes eran sexualmente activos y quienes no lo eran. A través de grupos de foco y de entrevistas en profundidad se evaluó cuán atractivos y comprensibles eran los contenidos de cada mensaje antes de producir los anuncios en televisión.

Los anuncios televisivos instaban a los jóvenes varones a postergar el inicio de las relaciones sexuales, disuadían a las jóvenes de tener relaciones con “amantes adinerados” y aceptar regalos a cambio de sexo, disipaban el mito de que es posible saber quién tiene VIH/SIDA con tan sólo mirarlo, fomentaban el uso correcto y consistente del condón, y promovían una marca local de condones. Los anuncios llegaron a la mayoría de los jóvenes de las zonas urbanas y aumentaron la probabilidad de que éstos optaran por la abstinencia o el uso del condón. Con el fin de llegar a los jóvenes de las áreas rurales, HEART elaboró mensajes de radio que repetían los contenidos televisivos en cinco lenguas regionales.

Fuente: JHU CCP 2004

et al. 2003, Murphy 2005). El enfoque más eficaz es emplear múltiples canales y estrategias de comunicación para aumentar el alcance de una campaña y reforzar los mensajes clave. La acumulación de mensajes repetidos por distintas fuentes —preferentemente al interior de la comunidad— puede estimular la discusión entre un número de personas cada vez mayor, crear la confianza en que el uso de anticoncepción se está transformando en una norma social, y eventualmente cambiar los valores sociales y los comportamientos individuales. (Ver recuadro, página 54, sobre recomendaciones para programas para ayudar a los administradores a maximizar el impacto de la CCC).

La CCC debe constituir un esfuerzo constante; de otra forma, el interés generado se debilita prontamente. Con el fin de mantener y extender el impacto de los esfuerzos de la CCC, los programas deben producir materiales y actividades de seguimiento que no sólo refuercen los mensajes anteriores, sino que también introduzcan nuevos temas que guíen a las personas a través del proceso de cambio de comportamiento (Piotrow et al. 1997). Por ejemplo, una primera ola de actividades de CCC diseñadas para crear conciencia sobre un determinado método anticonceptivo puede ir seguida de actividades que promuevan el apoyo de la comunidad a dicho método y alienten a las personas a preguntar a los proveedores sobre éste. Las actividades de comunicación eficaces y a gran escala pueden ser costosas, y los programas deben estar preparados para invertir el tiempo y los recursos necesarios que aseguren el éxito.

Medios, materiales y estrategias de comunicación para generar un cambio de comportamiento

- Materiales educativos para las/los clientes, como folletos y rotafolios.
- Interacción interpersonal, como consejería individual, educación entre pares, y líneas telefónicas informativas gratuitas.
- Actividades de movilización comunitaria, como grupos de conversación y teatro.
- Medios de comunicación masiva, como la radio, televisión, diarios, música popular y cartelera publicitaria.
- Medios tradicionales o del folclor, como marionetas, proverbios y poesía.
- Eventos especiales, como juegos deportivos, conciertos, desfiles y ferias.

Disminución de las barreras económicas

Compensación e incentivos

El costo es una de las razones por la que las personas de escasos recursos pueden aplazar o evitar la búsqueda de servicios. Los costos incluyen no sólo los cobros oficiales por servicios e insumos anticonceptivos, sino que también costos de acceso (tales como transporte, alojamiento y comida) y costos de oportunidad (el costo de estar lejos del hogar o del trabajo), y a veces incluso cobros irregulares exigidos por los proveedores (Bitran and Giedion 2003). Asegurar el acceso a métodos anticonceptivos de bajo costo, duraderos y eficaces tiene un gran impacto en la disminución de los costos para los clientes. Disminuir la cantidad de exámenes y pruebas médicas requeridas para ofrecer anticoncepción también ayuda a minimizar los costos y maximizar la conveniencia para los clientes.

Para equilibrar aún más los costos, los programas de planificación familiar pueden ofrecer una compensación a las personas por los gastos que hagan de su propio bolsillo, como por ejemplo, ofreciéndoles transporte gratuito a un centro donde les pueden insertar un DIU o reembolsarles los ingresos que dejen de percibir (Upadhyay 2001). La compensación puede reducir las barreras económicas para el acceso, ampliar las opciones individuales, y aumentar la demanda por planificación familiar. No obstante, la práctica hace surgir preguntas éticas, especialmente dado que los incentivos —que podrían abarcar desde alimentación a vivienda— alguna vez fueron comúnmente usados con el fin de cumplir las metas y cuotas del gobierno para los métodos anti-conceptivos de largo plazo y permanentes. Los incentivos de este tipo claramente interfieren con la decisión informada, y junto con las metas demográficas fueron rechazados explícitamente por el Programa de Acción de la CIPD.

Los administradores y proveedores deben mantenerse sensibles a la tenue línea divisoria que existe entre compensar los gastos y alentar sutilmente a un cliente a someterse a un procedimiento que de otra forma no escogería. Esta sensibilidad debe extenderse a los incentivos aplicados a trabajadores de salud y a los centros de salud. Las reformas del sector salud suelen introducir incentivos —tales como educación, oportunidades laborales y flexibilidad en los horarios de trabajo— para motivar a los trabajadores de salud a mejorar su desempeño. También pueden recompensar a los centros o distritos cuando logran resultados positivos, en un esfuerzo por mejorar la calidad de atención. Los administradores deben procurar que ninguno de estos incentivos interfiera con la libre decisión de los clientes, por ejemplo, promoviendo un método anticonceptivo específico.

Algunos países latinoamericanos han experimentado con una estrategia más amplia en lo que respecta a compensación e incentivos, que no involucra este tipo de aspectos éticos. Los programas de transferencia condicional de fondos entregan pagos directos a las familias si éstas utilizan los servicios de salud preventiva y otros (Palmer et al.

RECOMENDACIONES PARA PROGRAMAS:

Cómo maximizar el impacto de la comunicación para fomentar cambios de comportamiento

1. Analice las posibles audiencias. Si éstas se encuentran en diferentes etapas del proceso de cambio de comportamientos, divídalas en segmentos y desarrolle estrategias diferentes para cada una de ellas.
2. Identifique y aborde las barreras que interfieren con el cambio de comportamientos.
3. Use estrategias de comunicación atractivas y participativas.
4. Elabore mensajes precisos y claros que fomenten una mejor comprensión y reflexión acerca del comportamiento que debe modificarse.
5. Elija una variedad de canales de comunicación, medios y estrategias que logren llegar a la audiencia deseada de un modo costo-efectivo.
6. Considere utilizar formatos de entretenimiento, como telenovelas y música popular, para atraer audiencias más amplias y presentar modelos sobre las actitudes y comportamientos que se desean.
7. Previamente, someta a prueba todos los mensajes y materiales con integrantes de la audiencia a la que desea llegar y adáptelos conforme a su retroalimentación.
8. Asegúrese de la calidad y pertinencia de los mensajes y materiales.

Fuentes: O'Sullivan et al. 2003, Piotrow et al. 1997

2004). Por ejemplo, el programa mexicano de Salud, Nutrición y Educación, que se conoce con la sigla PROGRESA, entrega pagos mensuales a hogares de escasos recursos si los miembros de la familia se realizan controles médicos regulares, incluidos la atención prenatal en mujeres embarazadas y control del desarrollo de niños pequeños, y si los niños asisten a la escuela. PROGRESA, que atiende a la quinta parte de la población de México, ha logrado disminuir los niveles de pobreza, mejorar los indicadores de salud y aumentar la inscripción escolar (Coady et al. 2005).

Cobros a las/los usuarios

Las reformas del sector salud han llevado a algunos programas de planificación familiar a introducir cobros por sus servicios (Dmytraczenko et al. 2003). Al reinvertirse en el sistema de salud, los ingresos adicionales generados por los cobros tienen el potencial de mejorar la calidad de atención y ampliar el acceso a los servicios, depender en menor grado de los donantes, y mejorar la sostenibilidad económica de un programa. Los cobros que se hacen a clientes de ingresos medios también pueden subsidiar servicios para las personas de escasos recursos (Janowitz et al. 1999, Langer et al. 2000). No obstante, en la práctica, los cobros a los usuarios tienen un historial poco consistente: pueden generar menos ingresos que lo esperado, sobrecargar la capacidad administrativa del sistema de salud y debilitar los esfuerzos por racionalizar el uso de servicios y fomentar una buena atención por parte de los proveedores (Nolan and Turbat 1995).

La introducción o el alza frecuente de los cobros disminuye la demanda por servicios (Palmer et al. 2004). La capacidad y la disposición de los clientes para pagar por servicios de planificación familiar dependen de muchos factores, incluidas las condiciones económicas, el valor de los cobros, acaso los clientes ven un mejoramiento en la calidad de los servicios asociado a estos cobros, e incluso el tipo de anticonceptivo por el cual se hace este cobro (Janowitz et al. 1999, Lande and Geller 1991). Al decidir cuánto cobrar, los administradores deben considerar tanto el costo real de proveer el servicio como la capacidad de pago por parte de los clientes. Muchos programas comparan los cobros propuestos con el costo de otros gastos comunes del hogar, tales como pasajes en bus o refrescos. Los administradores deben preocuparse principalmente de que los cobros no constituyan una barrera económica para la provisión de servicios a las personas de escasos recursos —especialmente para las mujeres, que tienen menos control que los hombres sobre los recursos del hogar (Langer et al. 2000, Maceira 2005b, Janowitz et al. 1999). Al enfrentarse a cobros por servicios de planificación familiar, las personas de escasos recursos tienen pocas opciones: es posible que para cubrir los costos recorten otros elementos esenciales, como alimentos; cambien los métodos modernos por métodos tradicionales menos eficaces; o dejen de usar anticonceptivos. La inquietud sobre el impacto negativo que podrían tener incluso pequeños cobros sobre el acceso a servicios por parte de grupos de escasos recursos y vulnerables, ha llevado al Proyecto Milenio de la ONU a recomendar la eliminación de los cobros a los usuarios para la atención en salud y educación básicas (UN Millennium Project 2005a.)

Seguro de salud

Los programas de seguro de salud pueden reducir los costos que los clientes de atención de salud deben pagar de su propio bolsillo y, simultáneamente, pueden generar ingresos para el sistema de salud (Ekman 2004, Palmer et al. 2004). El seguro social es de cobertura nacional,

recolecta primas obligatorias de empleadores y empleados a través de la deducción de la planilla de pagos y, por lo general, cubre sólo a las personas que trabajan en el sector formal. Por el contrario, el seguro de salud de base comunitaria (también conocido como planes de microseguros o prepagos) que es operado localmente, es completamente voluntario y abierto a cualquier hogar de una comunidad. Ambos tipos de seguro permiten a las personas distribuir en el tiempo y de manera predecible los pagos para atención en salud, proteger a las familias de los costos de salud catastróficos y dividir el riesgo entre los integrantes, de tal manera que las personas sanas subsidien los gastos de los enfermos (Bennett and Gilson 2001, Maceira 2005b).

La mayoría de los planes de seguro social excluye en gran parte a las personas de escasos recursos, dado que no trabajan en el sector formal. No obstante, varios países, incluidos Tailandia, Colombia y Costa Rica, han extendido la cobertura del seguro de salud nacional para incluir a quienes trabajan en el sector informal y a los grupos de escasos recursos, en un esfuerzo por reducir la carga económica de la atención en salud (Ekman 2004, Palmer et al. 2004).

Ha habido mucha más actividad en el desarrollo de planes de seguros de salud basados en la comunidad, que podrían ser organizados y administrados por organizaciones comunitarias, tales como comités femeninos, instituciones de provisión de servicios como hospitales, o por el gobierno. Estos planes pueden resultar más equitativos porque incluyen a las personas que trabajan en el sector informal, cobran primas bajas (hasta US\$1 ó \$2 al año por persona), e incluso pueden aceptar contribuciones en especie o en mano de obra (Hope 2003). No obstante, el pequeño tamaño de la mayoría de los planes (el número de beneficiarios suele ser menor que 500 y rara vez supera los 10.000) limita su impacto, aumenta los costos administrativos, reduce la capacidad de gestión, y deja a los planes vulnerables frente a la falta de solvencia económica (Carrin et al. 2005). Las primas de bajo costo también limitan la cantidad de dinero que los planes pueden reunir, por lo que la mayoría son subsidiados por el gobierno o por donantes, tienen un paquete de beneficios limitado o dejan a los miembros con importantes costos que deben pagar de su propio bolsillo (Carrin et al. 2005, Hope 2003, Maceira 2005b).

En Ruanda, los planes de seguros de salud basados en la comunidad han proliferado desde 1998, cuando el Ministerio de Salud lanzó unos pocos proyectos piloto: en el 2004, más de 200 planes cubrían a la quinta parte de la población (Diop and Butera 2005). Por una prima anual de US\$7,60, una familia entera puede acceder a una amplia variedad de servicios preventivos y curativos, incluidos algunos servicios en el hospital del distrito. Si bien cada plan opera de manera colaborativa entre la comunidad y los centros de salud locales, también forma parte de una federación a nivel de distrito que ofrece asistencia técnica y distribuye los riesgos a través de una población más amplia. Los planes han aumentado el uso de servicios de salud reproductiva y han alentado a los miembros a buscar atención cuando están enfermos. Recientemente, se han realizado esfuerzos por aumentar el acceso de las personas de escasos recursos a estos planes, entre los que se cuentan el micro-financiamiento para ayudar a pagar la prima anual y subsidios para los grupos más pobres y vulnerables, como los huérfanos, las viudas y las personas que viven con VIH/SIDA.

Exenciones

Con el fin de proteger a las personas de escasos recursos, y simultáneamente generar ingresos adicionales, los programas pueden establecer algún tipo de sistema de exenciones que reduzca o elimine los cobros y las primas de seguro para los más pobres. Los programas que aplican

cobros a los usuarios han probado muchas estrategias diferentes para identificar qué personas podrían acogerse a una exención, incluida la comprobación de medios, la información aportada por líderes locales de la comunidad y el uso de datos de encuestas nacionales (Maceira 2005b). En Ecuador, una ONG llamada CEMOPLAF puso a prueba una estrategia más simple: cobrar menos por los servicios de salud reproductiva en clínicas ubicadas en áreas pobres, sin someter a evaluación la capacidad de las personas para pagar (Sine and Sharma 2002). Los planes de seguro de salud de base comunitaria suelen cobrar una tarifa fija a todas las personas, de modo que, en comparación con otros grupos, es menos probable que los pobres se integren a los planes (Carrin et al. 2005, Ekman 2004). El Plan Gonosasthya Kendra de Bangladesh constituye una excepción, y tiene cuatro niveles distintos de primas; los miembros del grupo socioeconómico más bajo pagan la décima parte que los miembros del grupo más alto —pero el plan aún no resulta económicamente asequible para todos (Carrin et al. 2005).

Se ha demostrado que es difícil diseñar e implementar un sistema de exenciones justo y eficaz que cubra adecuadamente a los pobres y que no otorgue subsidios a quienes sí pueden pagar (Nolan and Turbat 1995). El recuadro en esta página presenta las características que debiera tener un sistema de exenciones justo y eficaz. No obstante, los proveedores con frecuencia eximen a los usuarios de los pagos aplicando un criterio informal y subjetivo, y es posible que los clientes de escasos recursos ni siquiera soliciten exenciones —ya sea por el estigma asociado o porque no saben que éstas existen (Bitran and Giedion 2003, Janowitz et al. 1999, Lande and Geller 1991). Por ejemplo, en Bangladesh el personal no otorgaba exenciones de pagos de manera abierta y sistemática, por temor a que esto generara inquietud sobre qué se consideraba justo y dificultara el cobro de los precios publicados para la mayoría de los clientes. Como resultado, los clientes por lo general interpretaban las exenciones como favores personales. Si el dinero generado a través de las tarifas cobradas a usuarios va directo al centro de salud —por ejemplo, para pagar equipos adicionales o bonos para el personal en un esfuerzo por mejorar la calidad de atención— los proveedores se verán enfrentados a un conflicto de intereses al otorgar exenciones (Maceira 2005b). Por todas estas razones, quizá sea mejor diseñar un sistema que establezca quién cumple con los requisitos para obtener una exención antes de que las personas lleguen a un centro a solicitar servicios.

Exención de los pagos por parte de los usuarios: características de un sistema justo y eficaz

- Diseño e implementación cuidadosos.
- Financiamiento adecuado, incluida una compensación por todo ingreso que los proveedores dejen de percibir al renunciar a ciertos pagos.
- Definiciones claras que permitan distinguir quién es pobre y quién no lo es.
- Pautas escritas, criterios formales acerca de la elegibilidad, y capacitación para que el personal comprenda cómo opera el sistema y pueda definir quién es elegible.
- Reajuste periódico de los niveles de honorarios y de los niveles de ingreso-elegibilidad para que reflejen la inflación y otros cambios de la economía.
- Publicidad a través de la cual las personas pobres conozcan el sistema de exenciones de pagos y los aliente a solicitarlas.

Fuente: Bitran and Giedion 2003

Sostenibilidad

Autosuficiencia

Reducir los costos

Lograr que los servicios de planificación familiar resulten económicamente sostenibles en el largo plazo constituye un desafío cada vez mayor, dado el creciente número de usuarios y la competencia por los escasos recursos por parte de otros programas de salud y de desarrollo. Una forma de lograr la sostenibilidad es aumentar la costo-eficiencia de los servicios. Los administradores deben aprender a usar herramientas de análisis de costos e ingresos para comprender cómo la estructuración del personal, la variedad de servicios, las prácticas de servicios y el abastecimiento influyen en el costo de la provisión de servicios. Basándose en los resultados del análisis de costos e ingresos, los administradores pueden diseñar estrategias para reducir los costos y/o aumentar

los ingresos. (Ver recuadro, en esta página, que presenta recomendaciones para programas, que describen una serie de cambios que pueden aumentar la costo-eficiencia de los servicios). No obstante, al hacer cambios, los administradores deben procurar no debilitar la calidad de atención ni reducir el acceso a los servicios.

RECOMENDACIONES PARA PROGRAMAS: Cómo aumentar la costo-eficiencia de los servicios

1. Atraiga más clientes a las clínicas, de modo que el personal, equipos, e instalaciones funcionen a toda capacidad y los costos operativos sean menores.
2. Aumente el tiempo que los proveedores dedican a los clientes; por ejemplo, eliminando tareas que no sean esenciales.
3. Adopte estrategias menos caras para la provisión de servicios, como por ejemplo, cambiarse de un sistema de servicios comunitarios que consumen mucho tiempo a servicios basados en clínicas.
4. Prescinda de pruebas y procedimientos innecesarios, y evite que los clientes deban regresar a la clínica.
5. Disminuya las pérdidas, por ejemplo, realizando proyecciones más precisas sobre la demanda de insumos o simplificando los sistemas de registro, de modo que no recojan datos innecesarios.
6. Organice el trabajo de manera más eficiente, por ejemplo, delegando tareas a proveedores de menor calificación o entregando al personal que presta los servicios la autoridad para tomar decisiones cotidianas.

Fuentes: FPLM and JSI 2000, Janowitz et al. 1999, Mitchell et al. 1999, Setty 2004

Mejorar la calidad

Mejorar la calidad de atención puede contribuir a la sostenibilidad de los servicios tanto atrayendo más clientes como aumentando los ingresos. Las/los clientes migran naturalmente a programas que tienen reputación por ofrecer buenos servicios. Con una mayor clientela, los programas pueden dividir los costos fijos entre más clientes, reduciendo así el costo por cada cliente atendido. En los establecimientos muy concurridos también hay menos pérdidas, ya que el personal y los equipos nunca están inactivos. Una reputación de buena atención también puede ayudar a los programas a generar ingresos adicionales a través de los cobros a los usuarios, dado que los clientes por lo general están dispuestos a pagar más por servicios que perciben

como de buena calidad. Asimismo, es más probable que si se combinan servicios de buena calidad y una clientela amplia y entusiasta se atraiga también el apoyo de los donantes (Kols and Sherman 1998).

Alianzas con el sector privado

La participación del sector privado puede aumentar la disponibilidad de los servicios e insumos de planificación familiar que tanto se necesitan. Por ejemplo, la colaboración con empleadores del sector privado puede permitir que los programas de planificación familiar entreguen servicios a los hombres en sus lugares de trabajo. Involucrar al sector privado también tiene el potencial de transferir, del sector público al sector privado, clientes que sí pueden pagar, liberando así recursos públicos para atender a las personas de menores ingresos. Muchos clientes buscan proveedores e insumos del sector privado porque creen que éste ofrece una mejor calidad de atención. No obstante, una cuidadosa implementación y un seguimiento regular son fundamentales para asegurar que las iniciativas del sector privado provean atención de buena calidad y cumplan con las pautas nacionales, no absorban recursos o personal del sector público, y no actúen sesgadamente ofreciendo un conjunto de métodos anticonceptivos orientado a servicios más lucrativos (Doherty 2005).

Mercadeo social

El mercadeo social, estrategia de uso común, utiliza técnicas de mercadeo comercial para vender productos como condones y AO a precios relativamente bajos a través de puntos de venta locales. Los programas subsidiados de mercadeo social administrados por ONG pueden llegar de mejor manera a los grupos de menores ingresos; sin embargo, los programas operados por fabricantes pueden llegar a los clientes de ingresos medios y son más sostenibles (Armand 2003, Sharma and Dayaratna 2004).

Los programas exitosos de mercadeo social deben (PSI 2003):

- Identificar los productos con una marca, usar envases atractivos y promocionarlos activamente.
- Desarrollar campañas de CCC que alientan a las personas a adoptar prácticas de salud positivas, incluido el uso de métodos anticonceptivos.
- Establecer precios que resulten económicamente asequibles para los consumidores de bajos ingresos.
- Utilizar equipos de venta para negociar la comercialización de sus productos a través de distintos puntos de venta.
- Aumentar el acceso y las ventas distribuyendo productos a través de puntos no tradicionales, tales como kioscos, bares, tiendas de licores, clubes nocturnos, hoteles y gasolineras.

Franquicias sociales

Las redes de franquicias sociales amplían la disponibilidad de la atención en salud de buena calidad al reclutar, capacitar y equipar a médicos y enfermeras de práctica privada para que ofrezcan servicios estandarizados bajo una marca (Smith 2002). Algunas redes también subsidian

el costo de servicios para las personas de escasos recursos. La red Green Star de Pakistán constituye un buen ejemplo de cómo las franquicias sociales pueden aumentar el acceso a servicios en comunidades subatendidas (ver recuadro, en esta página).

Los programas exitosos de franquicias sociales deben (LaVake 2003, McBride and Ahmed 2001):

- Establecer en un contrato comercial formal los roles y las responsabilidades del franquiciador y el franquiciado.
- Seleccionar cuidadosamente a los postulantes y aceptar sólo a quienes muestren un compromiso con el concepto de franquicia y tengan mayores probabilidades de tener éxito.
 - Asegurar la calidad de los servicios estableciendo estrictos estándares de atención, capacitando a los franquiciados y realizando frecuentes visitas a terreno para apoyar y monitorear a los proveedores.
 - Promover, posicionar y comercializar el servicio mediante el uso de logos, carteles, anuncios en medios de comunicación masiva y actividades comunitarias en que participen los franquiciados.
 - Utilizar un sistema centralizado de adquisiciones y otras técnicas para minimizar los costos.
 - Utilizar incentivos no económicos —tales como ceremonias para la entrega de reconocimientos— de modo de motivar a los proveedores, además de las recompensas económicas asociadas a pertenecer a la red.

EJEMPLO DE PROGRAMA:

Franquicia social en Pakistán

La red de franquicia Green Star en Pakistán recluta médicos de áreas pobres para que incorporen servicios de planificación familiar a sus prácticas médicas actuales. Los médicos se comprometen a seguir protocolos estrictos a cambio de capacitación, apoyo, materiales, y el derecho a ejercer bajo el nombre de Green Star. La red también incluye a los farmacéuticos y a las “damas visitadoras de salud”, quienes entregan atención de salud a las comunidades urbanas más pobres y desprotegidas. Para asegurarse de que los proveedores cumplan con los estándares de calidad publicitados, todos deben asistir a un curso de capacitación y aprobarlo; el curso tiene una duración que varía entre medio día para los farmacéuticos y 40 horas para las mujeres médicos que están aprendiendo a insertar DIU.

Campañas multimediales de difusión, promociones y actividades de relaciones públicas han hecho de la marca Green Star un símbolo reconocido de planificación familiar de buena calidad a precios asequibles. Desde su lanzamiento en 1995, la red Green Star ha sumado servicios de planificación familiar a más de 11.000 puntos del sector privado en 40 áreas urbanas de Pakistán. En total, se atiende a aproximadamente 7,5 millones de clientes de planificación familiar al año, 74 por ciento de los cuales pertenecen a grupos de bajos ingresos. Los esfuerzos de Green Star permitieron aumentar la prevalencia anticonceptiva en Pakistán de un 17 por ciento en 1997 a un 23 por ciento en el año 2000.

Fuente: McBride and Ahmed 2001

Farmacias

Las farmacias se encuentran en una buena posición para ofrecer información, servicios, insumos y derivaciones de planificación familiar. Muchas personas prefieren las farmacias a las clínicas porque tienen ubicaciones y horarios más convenientes, no hay que

esperar y no cobran por la consulta, y el personal es más accesible (Beitz 2004, WHO and FIP 1997). No obstante, sólo algunas de las personas que trabajan en las farmacias son farmacéuticos capacitados, e incluso éstos pueden carecer de muchos conocimientos sobre salud reproductiva.

Para alentar a las farmacias a ofrecer a los clientes información precisa y actualizada sobre planificación familiar, los programas deben (Kobilke 2002, Beitz 2004):

- Conseguir el apoyo de asociaciones profesionales de farmacias.
- Capacitar a los vendedores de las farmacias y a los farmacéuticos sobre habilidades técnicas y de consejería.
- Proveer materiales educativos para trabajadores y clientes de las farmacias.
- Generar una red de derivación para los clientes que necesiten servicios clínicos.
- De ser necesario, realizar una campaña a favor de cambios en las políticas nacionales sobre los servicios que los farmacéuticos están autorizados a proveer.
- Usar un logo para identificar las farmacias que ofrecen servicios de planificación familiar más especializados.



Conclusión

Los administradores de programas de salud reproductiva y planificación familiar deben estar conscientes de los grandes cambios en cuanto a prioridades y políticas de desarrollo en su país, y de las presiones internacionales que los generan. También deben comprender los desafíos y oportunidades que presentan la descentralización, la integración y otras reformas del sector salud. Con este conocimiento, pueden emprender acciones para mejorar la calidad, disponibilidad y costo-eficacia de los servicios de planificación familiar, que, a su vez, lograrán que más parejas que necesiten planificación familiar usen un método anticonceptivo moderno.

Es importante que los administradores tengan un rol activo en la comunidad que realiza actividades de *advocacy*, de modo que puedan participar en el proceso de desarrollo de políticas. Las actividades eficaces de *advocacy* sobre planificación familiar deben hacer referencia explícita a las prioridades de las políticas, como son la reducción de la pobreza, el VIH/SIDA y la reforma del sector salud. En los sistemas descentralizados, se deben realizar actividades de *advocacy* a nivel de distrito y nacional.

Si bien la integración de los servicios de salud podría diluir los esfuerzos de planificación familiar, también abre importantes oportunidades. Los administradores deben evaluar cuidadosamente si la integración de planificación familiar a otros servicios de salud puede ampliar a otros grupos la consejería en anticoncepción, y cómo lograrlo. Por ejemplo, integrar las actividades de planificación familiar con las de VIH/SIDA es una buena forma de llegar a los hombres y adolescentes que rara vez visitan las clínicas de planificación familiar. No obstante, antes de proceder, resulta esencial evaluar la carga adicional que los servicios integrados impondrán sobre el personal y los sistemas de provisión de servicios, y evaluar cuidadosamente la factibilidad del plan de integración.

Hacer que la decisión informada sea una realidad es una manera ética y práctica de asegurarse de que los clientes obtengan un método seguro y apropiado que querrán continuar usando. Para contribuir a este logro, los administradores debieran aumentar la eficiencia del sistema de suministros, de modo que los clientes tengan un amplio abanico de opciones anticonceptivas. También debieran fortalecer las habilidades de consejería de los proveedores y estimular a los clientes a participar más activamente para mejorar la toma de decisiones en lo que respecta al uso de anticonceptivos.

Mejorar la calidad de atención puede atraer más clientes a los servicios de planificación familiar. Los administradores deben examinar críticamente y fortalecer todos los elementos que apoyen una buena calidad de atención, incluida la supervisión, la capacitación en el lugar de trabajo, los materiales de apoyo y un sistema de retroalimentación que refuercen las habilidades de los proveedores, los sistemas de información sobre gestión en salud, la supervisión y el aseguramiento de la calidad. El acceso a los servicios también es importante. Los administradores deben examinar si la estructura actual de prestación de servicios excluye a ciertos grupos vulnerables, como las personas de escasos recursos, los refugiados y los adolescentes. De ser así, deben diseñar nuevos enfoques creativos para llevar los servicios a estos grupos a los que es difícil llegar.

Los administradores a cargo de servicios de planificación familiar también pueden emprender acciones para aumentar la demanda por sus servicios. Con este fin, pueden usar la comunicación para fomentar cambios de comportamiento y así crear conciencia, aumentar el conocimiento, cambiar las actitudes y motivar a las personas a buscar servicios. También es importante eliminar las barreras económicas que desalientan la búsqueda de servicios por parte de potenciales clientes.

Finalmente, los administradores deben trabajar por la sostenibilidad financiera, de modo que sus programas puedan satisfacer la creciente necesidad por servicios de planificación familiar, y ser menos dependientes del financiamiento incierto por parte de los donantes y del gobierno. La realización de un análisis de costos-ingresos puede ayudarlos a introducir cambios —por ejemplo, en la estructuración del personal o en las prácticas de atención— que aumenten la costo-eficiencia en la provisión de servicios, y las alianzas con el sector privado pueden disminuir la demanda por servicios del sector público.

Acrónimos

AE	anticoncepción de emergencia
AO	anticonceptivo oral
APA	atención postaborto
ARV	antirretrovirales
AVAD	años de vida ajustados según discapacidad
CCC	comunicación para fomentar cambios de comportamiento
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CPV	consejería y pruebas voluntarias
DELP	Documentos de Estrategia de Lucha contra la Pobreza
DHS	Encuestas Demográficas y de Salud
DIU	dispositivo intrauterino
DMO	densidad mineral ósea
DMPA	acetato de medroxiprogesterona de depósito
ITS	infección de transmisión sexual
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
PTMH	prevención de la transmisión de madre a hijo
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIGL	sistema de información sobre la gestión logística
SPA	Evaluación de Provisión de Servicios
SSR	salud sexual y reproductiva
SWAp	enfoque sectorial
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	virus de inmunodeficiencia humana

Referencias

- Alvarez-Castillo F. Priority setting in the context of health sector reforms: implications for sexual and reproductive health services [informe de política]. Johannesburg: The Initiative for Sexual & Reproductive Rights in Health Reforms, Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand; 2005. Disponible en: www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/policy.htm.
- Armand F. *Social Marketing Models for Product-Based Reproductive Health Programs: A Comparative Analysis*. Washington, DC: USAID/Commercial Market Strategies Project; 2003. Disponible en: www.psp-one.com/content/resource/detail/971/.
- Ashford L. Unmet need for family planning [informe de política]. Washington, DC: MEASURE Communication, Population Reference Bureau; 2003. Disponible en: www.prb.org/Template.cfm?Section=PRB&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=8212.
- Askew I, Berer M. The contribution of sexual and reproductive health services to the fight against HIV/AIDS: a review. *Reproductive Health Matters*. 2003;11(22):51-73.
- AVSC International and International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region (IPPF/WHR). *Symposium on Male Participation in Sexual and Reproductive Health: New Paradigms—Report*. New York: AVSC International and IPPF/WHR; 1999. Disponible en: www.ippfwhr.org/publications/publication_detail_e.asp?PubID=19.
- Basu AM. The Millennium Development Goals minus reproductive health: an unfortunate, but not disastrous omission. *Studies in Family Planning*. 2005;36(2):132-134.
- Bates J, Chandani Y, Crowley K, Durgavich J, Rao S. *Implications of Health Sector Reform for Contraceptive Logistics: A Preliminary Assessment for Sub-Saharan Africa*. Arlington, VA: Family Planning Logistics Management/John Snow, Inc.; 2000. Disponible en: http://portalprd1.jsi.com/pls/portal/docs/page/DEL_CONTENT_PGG/DEL_PUBLICATION_PG1/DEL_POLICY_PAPER_PG1/HSR_synthesispaper2000.pdf.
- Beitz J. Increasing access to reproductive health services through pharmacists. *Outlook*. 2004;21(2):1-8. Disponible en: www.path.org/publications/pub.php?id=931.
- Bennett S, Gilson L. *Health Financing: Designing and Implementing Pro-Poor Policies*. London: DFID Health Systems Resource Center; 2001. Disponible en: www.dfidhealthrc.org/shared/publications/Issues_papers/Health_financing_pro-poor.pdf.
- Berer M. Health sector reforms: implications for sexual and reproductive health services. *Reproductive Health Matters*. 2002;10(20):6-15.
- Berer M. HIV/AIDS, sexual and reproductive health: intersections and implications for national programmes. *Health Policy and Planning*. 2004;19(suppl 1):i62-i70.
- Berer M. Integration of sexual and reproductive health services: a health sector priority. *Reproductive Health Matters*. 2003;11(21):6-15.
- Bernal Verbel LC, Mehta M, Ndong I, Diallo M. Transforming men into clients: men's reproductive health services in Guinea. *Compass*. 2003;2:1-4. Disponible en: <http://engenderhealth.org/pubs/compass/pdf/03-02.pdf>.

- Bernstein S. The changing discourse on population and development: toward a new political demography. *Studies in Family Planning*. 2005;36(2):127-132.
- Bertrand JT, Hardee K, Magnani RJ, Angle MA. Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. *International Family Planning Perspectives*. 1995;21(2):64-69,74.
- Bertrand JT, Sullivan T. Quick Investigation of Quality (QIQ): monitoring quality of care in clinic-based family planning programs. *MEASURE Evaluation Bulletin*. 2000; 1:1-3. Disponible en: www.rhrc.org/resources/general_fieldtools/toolkit/otherResources/PNACN334.pdf.
- Bitran R, Giedion U. *Waivers and Exemptions for Health Services in Developing Countries*. Washington, DC: World Bank; 2003. Social Safety Net Primer Notes, No. 9. Disponible en: www1.worldbank.org/sp/safetynets/Primers/Notes_HlthServices.pdf.
- Blanc AK, Tsui AO. The dilemma of past success: insiders' views on the future of the international family planning movement. *Studies in Family Planning*. 2005;36(4):263-276.
- Bloom DE, Canning D, Sevilla J. *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*. Santa Monica, CA: RAND; 2003.
- Boonstra H. *The Role of Reproductive Health Providers in Preventing HIV*. Geneva and New York: UNAIDS and the Alan Guttmacher Institute; 2004. Issues in Brief series, No. 5. Disponible en: www.guttmacher.org/pubs/ib2004no5.pdf.
- Bott S, Calzadilla L, Claramunt MC, Flores M, Medina S. *¡Basta!* 2000; Summer issue:1-12. Disponible en: www.ippfwhr.org/publications/download/serial_issues/basta2000summer_e.pdf.
- Brown SF. *Small Successes, Big Ideas—Jamaica's Adolescent Reproductive Health Focus*. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2003. Disponible en: www.prb.org/Template.cfm?Section=PRB&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=8726. Revisado en línea el 22 de febrero, 2006.
- Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Studies in Family Planning*. 1990;21(2):61-91.
- Canadian International Development Agency (CIDA). *CIDA Primer on Program-Based Approaches*. Gatineau, Quebec: CIDA; 2003.
- Carr D. *Improving the Health of the World's Poorest People*. Washington, DC: Population Reference Bureau, 2004. Health Bulletin, No. 1. Disponible en: www.phishare.org/files/1530_ImprovingtheHealthWorld.pdf.
- Carrin G, Waelkens M-P, Criel B. Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine and International Health*. 2005;10(8):799-811.
- Children's Vaccine Program at PATH. *Guidelines for Implementing Supportive Supervision: A Step-by-Step Guide with Tools to Support Immunization*. Seattle: PATH; 2003. Disponible en: www.childredivaccine.org/files/Guidelines_for_Supportive_Supervision.pdf.
- Coady DP, Filmer DP, Gwatkin DR. PROGRESA for progress: Mexico's health, nutrition, and education program. *Development Outreach*. 2005;7(2):10-12. Disponible en: www1.worldbank.org/devoutreach/may05/article.asp?id=296.
- Cohen SI, Burger M. *It Takes 2: Partnering With Men in Reproductive and Sexual Health*. New York: UNFPA; 2003. UNFPA Programme Advisory Note. Disponible en: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/153_filename_ItTakes2.pdf.
- Conde-Agudelo A, Belizána JM, Breman R, Brockman SC, Rosas-Bermudez A. Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal health in Latin America. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2005;89:S34-S40. Disponible en: www.womenshealth-elsevier.com/doc/journals/ijgo_si_89-1/04.pdf.
- Corbett MR, Turner KL. Essential elements of post-abortion care: origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*. 2003;29(3):106-111. Disponible en: www.guttmacher.org/journals/ifpp.html.
- Corrêa S, Piola S, Arilha M. *Reproductive Health in Policy & Practice: Brazil*. Washington, DC: Population Reference Bureau; 1998. Disponible en: www.prb.org/pdf/RHPPBrazil.pdf.
- Crossette B. Reproductive health and the Millennium Development Goals: the missing link. *Studies in Family Planning*. 2005;36(1):71-79.
- Curtis SL, Neitzel K. *Contraceptive Knowledge, Use, and Sources*. Calverton, MD: Macro International Inc.; 1996.

DHS Comparative Studies, No. 19. Disponible en: www.measuredhs.com/pubs/details.cfm?ID=27.

Dehne K, Snow R. *Integrating STI Management into Family Planning Services: What are the Benefits?* Geneva: World Health Organization; 1999. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/integrating_stis_into_fp_services/.

Deschner A, Cohen SA. Contraceptive use is key to reducing abortion worldwide. *The Guttmacher Report on Public Policy*. 2003;6(4):7-10. Disponible en: www.guttmacher.org/pubs/tgr/06/4/gr060407.html.

Diaz M, Simmons R, Diaz J, et al. Action research to enhance reproductive choice in a Brazilian municipality: the Santa Barbara Project. In: Haberland N, Measham D, eds. *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: Population Council; 2002:355-375.

Diop FP, Butera JD. Community-based health insurance in Rwanda. *Development Outreach*. 2005;7(2):19-22. Disponible en: www1.worldbank.org/devoutreach/may05/article.asp?id=299.

DiPrete Brown L, Franco LM, Rafeh N, Hatzell T. *Quality Assurance of Health Care in Developing Countries*. Bethesda, MD: Quality Assurance Project; 2000. Quality Assurance Methodology Refinement Series. Disponible en: www.qaproject.org/pubs/PDFs/DEVCONT.pdf.

Dixon G. *Contraceptive Logistics Guidelines for Refugee Settings*. Arlington, VA: Family Planning Logistics Management Project; 1999. Disponible en: www.jsi.com/JSIInternet/Publications/familyplanning.cfm.

Dmytraczenko T, Rao V, Ashford, L. *Health Sector Reform: How It Affects Reproductive Health*. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2003. MEASURE Communication Policy Brief. Disponible en: www.prb.org/pdf/HealthSectorReformbw.pdf.

Doherty J. Public-private interactions: implications for sexual and reproductive health services [informe de política]. Johannesburg: The Initiative for Sexual & Reproductive Rights in Health Reforms, Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand; 2005. Disponible en: www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/policy.htm.

Ekman B. Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. *Health Policy and Planning*. 2004;19(5):249-270.

EngenderHealth. *Choices in Family Planning: Informed and Voluntary Decision Making*. New York: EngenderHealth; 2003[b]. Disponible en: www.engenderhealth.org/res/offc/ic/choices/.

EngenderHealth. *Comprehensive Counseling for Reproductive Health: An Integrated Curriculum. Participant's Handbook*. New York: EngenderHealth; 2003[c]. Disponible en: www.engenderhealth.org/res/offc/counsel/ccrh/index.html.

EngenderHealth. *COPE® Handbook: A Process for Improving Quality in Health Services, Revised Edition*. New York: EngenderHealth; 2003[a]. Disponible en: www.engenderhealth.org/res/offc/qi/cope/handbook/index.html.

Family Health International (FHI). *Meeting the Needs of Young Clients: A Guide to Providing Reproductive Health Services to Adolescents*. Arlington, VA: FHI; 2000. Disponible en: www.fhi.org/en/RH/Pubs/servdelivery/adolguide/index.htm.

FHI. *Provider Checklists for Reproductive Health Services: Reference Guide*. Research Triangle Park, NC: FHI; 2002. Disponible en: www.fhi.org/en/RH/Pubs/servdelivery/checklists/index.htm.

FHI. *Quick Reference Chart for the Medical Eligibility Criteria of the WHO: For Initiating and Continuing the Use of Combined Oral Contraceptives, Noristerat, Depo-Provera, and Copper IUDs*. Research Triangle Park, NC: FHI; 2004. Disponible en: www.fhi.org/en/RH/Pubs/servdelivery/quickreferencechart.htm.

Family Planning Logistics Management (FPLM) and John Snow, Inc (JSI). *Programs that Deliver: Logistics' Contributions to Better Health in Developing Countries*. Arlington, VA: FPLM/JSI; 2000.

Finkle C. Ensuring contraceptive supply security. *Outlook*. 2003;20(3):1-8. Disponible en: www.path.org/publications/pub.php?id=741.

Fleischman Foreit KG, Hardee K, Agarwal K. When does it make sense to consider integrating STI and HIV services with family planning services? *International Family Planning Perspectives*. 2002;28(2):105-107. Disponible en: www.guttmacher.org/journals/ifpp.html.

FOCUS on Young Adults. *Advancing Young Adult Reproductive Health: Actions for the Next Decade. End of Program Report*. Washington, DC: FOCUS on Young

- Adults; 2001. Disponible en: www.futuresgroup.com/abstract.cfm/2569.
- Fuchs N. *Priorities for Family Planning and HIV/AIDS Integration*. Washington DC: USAID; 2005. Global Health Technical Briefs. Disponible en: www.maqweb.org/techbriefs/tb11integration.pdf.
- García-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes, and Women's Responses*. Geneva: WHO; 2005. Disponible en: www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/index.html.
- Gillespie DG. Whatever happened to family planning and, for that matter, reproductive health? *International Family Planning Perspectives*. 2004;30(1):34-38. Disponible en: www.guttmacher.org/pubs/journals/3003404.html.
- Hardee K, Smith J. *Implementing Reproductive Health Services in an Era of Health Sector Reform*. Washington DC: The POLICY Projects/Futures Group International; 2000. The POLICY Project Occasional Papers, No. 4. Disponible en: http://pdf.dec.org/pdf_docs/Pnacj059.pdf.
- Hare L, Hart C, Scribner S, Shepherd C, Pandit T (ed.), Bornbusch A (ed.). *SPARHCS: Strategic Pathway to Reproductive Health Commodity Security. A Tool for Assessment, Planning, and Implementation*. Baltimore, MD: INFO Project/Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2004. Disponible en: www.rhsupplies.org/resources/doc/SPARHCS_publication.pdf.
- Haslegrave M, Olatunbosun O. Incorporating sexual and reproductive health care in the medical curriculum in developing countries. *Reproductive Health Matters*. 2003;11(21):49-58.
- Herrick J, Turner K, McInerney T, Castleman L. *Woman-centered Postabortion Care: Reference Manual*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2004.
- Hope RL. Paying in potatoes: community-based health insurance for the rural and informal sector. *Lancet*. 2003;362:827-828.
- Huezo CM, Carignan CS. *Medical and Service Delivery Guidelines for Family Planning*. 2nd ed. London: International Planned Parenthood Federation; 1997.
- INFORM Unit, Center for Leadership and Management, Management Sciences for Health (MSH). *Information for Health Management: The MSH Approach*. Boston: MSH; 2005. Disponible en: http://erc.msh.org/toolkit/pdf/HIS_MSH_Approach.pdf.
- International Consortium for Emergency Contraception (ICEC). *Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines*. 2nd ed. Washington, DC: ICEC; 2003. Disponible en: [www.cecinfo.org/files/Guidelines%202ndnewt%20\(2\).pdf](http://www.cecinfo.org/files/Guidelines%202ndnewt%20(2).pdf).
- International Planned Parenthood Federation (IPPF). *Advocacy Guide for Sexual and Reproductive Health and Rights*. London: IPPF; 2001.
- Jacobson JL. Transforming family planning programmes: toward a framework for advancing the reproductive rights agenda. *Reproductive Health Matters*. 2000;8(15):21-32.
- Jamison DT, Mosley WH, Measham AR, Bobadilla J-L (eds). *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University Press for the World Bank; 1993.
- Janowitz B, Measham D, West C. *Issues in the Financing of Family Planning Services in sub-Saharan Africa*. Research Triangle Park, NC: Family Health International; 1999. Disponible en: www.fhi.org/en/RH/Pubs/booksReports/fpfinancing/index.htm.
- Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs (JHU CCP) and Health Communication Partnership. HEART program offers Zambian youth hope for an HIV/AIDS-free future. *Communication Impact!* 2004;17:1-2. Disponible en: www.jhuccp.org/pubs/ci/17/17.pdf.
- Kane MM, Colton TC. *Integrating SRH and HIV/AIDS Services: Pathfinder International's Experience Synergizing Health Initiatives*. Watertown, MA: Pathfinder International; 2005. Disponible en: www.pathfinder.org/site/DocServer/FP_HIV_Integration_web_copy.pdf?docID=3461.
- Karim AM. *The Influence of Family Planning Logistics Systems on Contraceptive Use* [documento de trabajo]. Arlington, VA: John Snow, Inc. (JSI)/DELIVER; 2005. Disponible en: http://portalprd1.jsi.com/portal/page?_pageid=93,3144386,93_3144425&_dad=portal&_schema=PORTAL.
- Kobilke A. *Pharmacist Training Improves Family Planning Services*. Washington DC: PSI; 2002. Disponible en: www.psi.org/news/081602b.html.

- Kols A, Sherman J. Family planning programs: improving quality. *Population Reports*. 1998;J(47):1-40. Disponible en: www.infoforhealth.org/pr/online.shtml.
- Krause SK, Jones RK, Purdin SJ. Programmatic responses to refugees' reproductive health needs. *International Family Planning Perspectives*. 2000;26(4):181-187. Disponible en: www.guttmacher.org/pubs/journals/2618100.html.
- Lande RE. Performance improvement. *Population Reports*. 2002;J(52):1-28. Disponible en: www.infoforhealth.org/pr/online.shtml.
- Lande RE, Geller JS. Paying for family planning. *Population Reports*. 1991;J(39):1-31.
- Langer A, Nigenda G, Catino H. Health sector reform and reproductive health in Latin America and the Caribbean: strengthening the links. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000;78(5):667-676. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2000/Number per cent205/78\(5\)667-676.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2000/Number%205/78(5)667-676.pdf).
- LaVake, SD. *Applying Social Franchising Techniques to Youth Reproductive Health/HIV Services*. Arlington, VA: Family Health International, YouthNet Program; 2003. Youth Issues Papers, No. 2. Disponible en: www.fhi.org/NR/rdonlyres/eijal2kvvmtazwuqnkoqk4hbxdmazanzwojv55tghflkma7sj2k2gusgfv6276emct5uxnwl6iamc/YI4.pdf.
- León FR, Rios A, Zumaran A, de la Cruz M, Brambila C, Bratt JH. *Enhancing Quality for Clients: The Balanced Counseling Strategy*. Washington, DC: Population Council; 2003. FRONTIERS Program Brief, No. 3. Disponible en: www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/pbriefs/balance_counseling_brf.pdf.
- Lynam PF, Dwyer JC, Bradley J. *Inreach: Reaching Potential Family Planning Clients Within Health Institutions*. New York: Association for Voluntary Surgical Contraception (AVSC); 1994. AVSC Working Paper No. 5. Disponible en: www.EngenderHealth.org/pubs/workpap/wp5/wp_5.html.
- Maceira D. Decentralisation and implications for sexual and reproductive health services [informe de política]. Johannesburg: The Initiative for Sexual & Reproductive Rights in Health Reforms, Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand; 2005[a]. Disponible en: www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/policy.htm.
- Maceira D. Financial health sector reforms and sexual and reproductive health [informe de política]. Johannesburg: The Initiative for Sexual & Reproductive Rights in Health Reforms, Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand; 2005[b]. Disponible en: www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/policy.htm.
- Magwaza S, Cooper D, Hoffman M. *The Delivery of Integrated Reproductive Health Services at District Levels*. Durban, South Africa: Health Systems Trust; 2002. Disponible en: www.hst.org.za/publications/476.
- Management Sciences for Health (MSH). Managing integrated services. *The Manager*. 1994;3(3). Disponible en: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.2.5.htm&module=health&language=English>. Revisado en línea el 27 de febrero, 2006.
- MSH, ed. *The Family Planning Manager's Handbook*. Bloomfield, CT: Kumarian Press; 1991.
- Marquez L, Kean L. *Making Supervision Supportive and Sustainable: New Approaches to Old Problems*. Washington, DC: Maximizing Access and Quality Initiative (MAQ); 2002. MAQ Papers, Vol. 1, No. 4. Disponible en: www.maqweb.org/maqdoc/MAQno4final.pdf.
- Marston C, Cleland J. *The Effects of Contraception on Obstetric Outcomes*. Geneva: World Health Organization; 2004. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/2004/effects_contraception/.
- Mason A, Lee S-H. *The Demographic Dividend and Poverty Reduction*. Proceedings of the Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals, New York, November 17-19, 2004. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2004. Disponible en: www.un.org/esa/population/publications/PopAspectsMDG/19_MASONA.pdf.
- Mayhew SH, Lush L, Cleland J, Walt G. Implementing the integration of component services for reproductive health. *Studies in Family Planning*. 2000;31(2):151-162.
- McBride J, Ahmed R. *Social Franchising as a Strategy for Expanding Access to Reproductive Health Services: A Case Study of the Green Star Service Delivery Network in Pakistan*. Washington, DC: Commercial Market Strategies; 2001. CMS Technical Paper Series. Disponible en: http://pdf.dec.org/pdf_docs/PNACM869.pdf.
- McIntyre D. Integration, health sector reforms, and sexual and reproductive health [informe de política]. Johannesburg: The Initiative for Sexual & Reproductive Rights in Health Reforms, Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand; 2005[c]. Disponible en: www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/policy.htm.

- Rights in Health Reforms, Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand; 2005. Disponible en: www.wits.ac.za/whp/rightsandreforms/policy.htm.
- MEASURE DHS. *Service Provision Assessments (SPA) from MEASURE DHS*. Calverton, MD: MEASURE DHS; 2005. Disponible en: www.maqweb.org/maqtools/spabrochureupdated.pdf.
- Mehta M. Communicating with men to promote family planning: lessons learned and suggestions for programming. In: *Programming for Male Involvement in Reproductive Health. Report of the Meeting of WHO Regional Advisors in Reproductive Health*. Geneva: WHO; 2002. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_02_3_male_involvement_in_rh/index.htm.
- Merrick T. Delivering reproductive health services in health reform settings: challenges and opportunities. Prepared for: *Adapting to Change: Core Course on Population, Reproductive Health and Health Sector Reform*, October 2-20, 2000; Washington, DC.
- Merrick TW. Population and poverty: new views on an old controversy. *International Family Planning Perspectives*. 2002;28(1):41-46.
- Mitchell MD, Littlefield J, Mitchell SG. Costing of reproductive health services. *International Family Planning Perspectives*. 1999;25(Suppl.):S17-S21,S29. Disponible en: www.guttmacher.org/pubs/journals/25s1799.html.
- Moya C. Creating youth-friendly sexual health services in sub-Saharan Africa. *Issues at a Glance*. Washington, DC: Advocates for Youth; 2002. Disponible en: www.advocatesforyouth.org/publications/iag/youthfriendly.htm.
- Murphy EM. *Promoting Healthy Behavior*. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2005. Health Bulletin, No. 2. Disponible en: www.prb.org/pdf05/PromotingHealthyBehavior_Eng.pdf.
- Murphy E, Steele C. *Client-Provider Interactions in Family Planning Services: Guidance From Research and Program Experience*. Washington, DC: Maximizing Access and Quality Initiative (MAQ); 2000. MAQ Papers, Vol. 1, No. 2. Disponible en: www.maqweb.org/maqdoc/vol2.pdf.
- Newman K, ed. *Guidelines for the Use of the IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. London: IPPF; 1997.
- Nolan B, Turbat V. *Cost Recovery in Public Health Services in Sub-Saharan Africa. EDI Technical Materials*. Washington, DC: World Bank; 1995. Disponible en: www-wds.worldbank.org/servlet/WDS_IBank_Servlet?pcont=details&eid=000009265_3961219111943.
- Norton M. New evidence on birth spacing: promising findings for improving newborn, infant, child, and maternal health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2005;89:S1-S6. Disponible en: www.womenshealth-elsevier.com/doc/journals/ijgo_si_89-1/01.pdf.
- O'Sullivan GA, Yonkler JA, Morgan W, Merritt AP. *A Field Guide to Designing a Health Communication Strategy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs; 2003. Disponible en: www.jhuccp.org/pubs/fg/02/index.shtml.
- Palmer N, Mueller DH, Gilson L, Mills L, Haines A. Health financing to promote access in low income settings—how much do we know? *Lancet*. 2004;364(9442):1365-1370.
- Piotrow PT, Kincaid DL, Rimon JG II, Rinehart W. *Health Communication: Lessons from Family Planning and Reproductive Health*. Westport, CT: Praeger; 1997.
- Poirier MC, Divi RL, Olivero OA, et al. Long-term mitochondrial toxicity in HIV-uninfected infants born to HIV-infected mothers. *Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 2003;33(2):175-183.
- POLICY Project. *Strengthening Family Planning Policies and Programs in Developing Countries: An Advocacy Toolkit*. Washington, DC: POLICY Project; 2005.
- Population Council. *Senegal: Expand Access to Safe Postabortion Care Services in Rural Areas*. New York: Population Council; 2004. FRONTIERS OR Summary, No. 43. Disponible en: www.popcouncil.org/frontiers/orsummaries/ors43.html.
- Population Council. *The Situation Analysis Approach to Assessing Family Planning and Reproductive Health: A Handbook*. New York: Population Council; 1998.
- Population Services International (PSI). What is social marketing? *PSI Profile*. 2003; Winter/Spring issue:1-4. Disponible en: www.psi.org/resources/pubs/what_is_smEN.pdf
- Quijada C, Dmytraczenko T, Mensah B. *Ensuring Contraceptive Security Within New Development Assistance Mechanisms*. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.; 2004. Disponible en: www.phrplus.org/Pubs/Tech042_fin.pdf.

- Ramchandran D, Gardner R. Coping with crises: how providers can meet reproductive health needs in crisis situations. *Population Reports*. 2005;J(53):1-20. Disponible en: www.infoforhealth.org/pr/online.shtml#j.
- Rao S. *Jordan: Contraceptive Logistics Systems, Review of Accomplishments and Lessons Learned (1997-2000)*. Arlington, VA: Family Planning Logistics Management/John Snow, Inc.; 2000.
- Reynolds HW, Liku J, Maggwa NB, et al. *Assessment of Voluntary Counseling and Testing Centers in Kenya: Potential Demand, Acceptability, Readiness, and Feasibility of Integrating Family Planning Services into VCT*. Research Triangle Park, NC: Family Health International; 2003.
- Ross J, Hardee K, Mumford E, Eid S. Contraceptive method choice in developing countries. *International Family Planning Perspectives*. 2002;28(1):32-40. Disponible en: www.guttmacher.org/journals/ifpp.html.
- Ross J, Stover J. The Family Planning Program Effort Index: 1999 cycle. *International Family Planning Perspectives*. 2001;27(3):119-129.
- Ross J, Stover J. *Trends and Issues Affecting Service Delivery Over the Next Decade*. Washington, DC: The POLICY Project, Futures Group; 2004. Disponible en www.futuresgroup.com/abstract.cfm/3327.
- Ross J, Stover J, Adelaja D. *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs in 116 Countries*. 2nd ed. Glastonbury: Futures Group; 2005.
- Rudy S, Tabbutt-Henry J, Schaefer L, McQuide PA. Improving client-provider interaction. *Population Reports*. 2003;Q(1):1-24. Disponible en: www.infoforhealth.org/pr/online.shtml.
- Rutstein SO. Effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the demographic and health surveys. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2005;89:S7-S24. Disponible en: www.womenshealth-elsevier.com/doc/journals/ijgo_si_89-1/02.pdf.
- Sarley D, Thompson D, Dickens T, Rao R, Hudgins T. *Promoting Security through Innovative Health Security Interventions*. Arlington, VA: John Snow, Inc./DELIVER; 2005. Disponible en: http://portalprd1.jsi.com/portal/page?_pageid=93,3144386,93_3144425&_dad=portal&_schema=PORTAL&p_tab_url=DEL_PUBLICATIONS_TAB&p_le_render_type=LE_PUB
- &p_le_pg_name=DEL_POLICY_PAPER_PG1&p_style=148E824DB280F1E86FC0DA9D86276107.
- Senderowitz J. *Making Reproductive Health Services Youth Friendly*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults; 1999. Research, Program and Policy Series. Disponible en: <http://pf.convio.com/pf/pubs/focus/RPPS-Papers/makingyouthfriendly.PDF>.
- Setty, V. Organizing work better. *Population Reports*. 2004;Q(2):1-20. Disponible en: www.infoforhealth.org/pr/online.shtml.
- Setty-Venugopal V, Jacoby R, Hart C. Strengthening the supply chain. *Population Reports*. 2002;J(51):1-24. Disponible en: www.infoforhealth.org/pr/online.shtml.
- Sharma RR. *An Introduction to Advocacy: Training Guide*. Washington, DC : Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project, Academy for Educational Development; (sin fecha). Disponible en: www.dec.org/pdf_docs/PNABZ919.pdf.
- Sharma S, Dayaratna V. *Creating Conditions for Greater Private Sector Participation in FP/RH: Benefits for Contraceptive Security*. Washington, DC: POLICY Project/Futures Group International; 2004. Policy Issues in Planning & Finance, No. 4. Disponible en: www.policyproject.com/pubs/policyissues/PF4_Eng.pdf.
- Shelton J. *Contraception for Women on First-Line Antiretrovirals (ARVs)*. Washington, DC: USAID; 2005. Global Health Technical Briefs. Disponible en: www.maqweb.org/techbriefs/tb5arv.pdf.
- Shelton JD, Angle MA, Jacobstein RA. Medical barriers to access to family planning. *Lancet*. 1992;340:1334-1335.
- Shelton JD, Peterson EA. The imperative for family planning in ART in Africa. *Lancet*. 2004;364:1916-1918.
- Shiffman J. Political management in the Indonesia family planning program. *International Family Planning Perspectives*. 2004;30(1):27-33. Disponible en: www.guttmacher.org/journals/ifpp.html.
- Shittu O, Ifenne DI, Hord C. A hospital in Nigeria reinvents its reproductive health care system. En: Haberland N, Measham D, eds. *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: Population Council; 2002:223-235.
- Sinding SW. Keeping sexual and reproductive health at the forefront of global efforts to reduce poverty. *Studies in Family Planning*. 2005;36(2):140-143.

- Sine J, Sharma S. *Policy Aspects of Achieving Contraceptive Security*. Washington, DC: POLICY Project/Futures Group International; 2002. Policy Issues in Planning & Finance, No. 1. Disponible en: www.policyproject.com/pubs/policyissues/PF4English.pdf.
- Singh S, Darroch JE, Vlassof M, Nadeau J. *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. New York: The Alan Guttmacher Institute/UNFPA; 2003. Disponible en: www.guttmacher.org/pubs/covers/addingitup.html.
- Smith E. *Social Franchising Reproductive Health Services. Can It Work? A Review of the Experience*. London: Marie Stopes; 2002. Marie Stopes International Working Paper, No. 5. Disponible en: www.mariestopes.org.uk/pdf/working-paper-no5-social.pdf.
- Solo J, Jacobstein R, Malema D. *Repositioning Family Planning—Malawi Case Study: Choice, Not Chance*. New York: The ACQUIRE Project/EngenderHealth; 2005. Disponible en: www.acquireproject.org/fileadmin/user_upload/ACQUIRE/Malawi_case_study.pdf.
- State Family Planning Commission of China (SFPC), UNFPA, and PATH. *Face-to-Face: Training Family Planning Counselors in China*. Beijing: SFPC; 1995.
- Stinson W, Bakamjian L, Huber SC, Silimperi D. *Managing Programs to Maximize Access and Quality: Lessons Learned from the Field*. Washington, DC: Maximizing Access and Quality Initiative (MAQ); 2000. MAQ Paper Vol. 1, No. 3. Disponible en: www.maqweb.org/maqdoc/vol3.pdf.
- Stover J, Fuchs N, Halperin D, Gibbons A, Gillespie D. Adding family planning to PMTCT sites increases the benefits of PMTCT [documento de trabajo]. Washington DC: USAID; 2004. Disponible en: www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/publications/docs/familypmtct.html.
- Sweat MD, O'Reilly KR, Schmid GP, Denison J, de Zoysa I. Cost-effectiveness of nevirapine to prevent mother-to-child HIV transmission in eight African countries. *AIDS*. 2004;18(12):1661-1671.
- United Nations (UN). *Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the ICPD—ICPD+5*. New York: UN; 1999. Disponible en: www.unfpa.org/icpd/icpd5.htm.
- UN. Programme of Action of the International Conference on Population and Development, Cairo, Egypt, September 5-13, 1994. En: *Report of the International Conference on Population and Development*. New York: UN; 1995. Disponible en: www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm.
- UN Department of Economic and Social Affairs (UN DESA). *World Contraceptive Use 2003* [afiche]. New York: UN; 2004. Disponible en: www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2003/WallChart_CP2003.pdf.
- UN Millenium Project. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millenium Development Goals. Overview*. New York: United Nations Development Programme; 2005[a]. Disponible en: www.unmilleniumproject.org/reports/.
- UN Millennium Project. *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*. New York: United Nations Development Programme; 2006.
- UN Millenium Project. *Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children*. Summary Report of the UN Millenium Project's Task Force on Child Health and Maternal Health. New York: United Nations Development Programme; 2005[b]. Disponible en: www.unmillenniumproject.org/reports/reports2.htm.
- United Nations Population Fund (UNFPA). *Reducing Poverty and Achieving the Millennium Development Goals: Arguments for Investing in Reproductive Health & Rights*. New York: UNFPA; 2005[a]. Disponible en: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=243.
- UNFPA. *Reproductive Health Commodity Security: Partnerships for Change. A Global Call to Action*. New York: UNFPA; 2001[a]. Disponible en: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=207&filterListType=.
- UNFPA. *Reproductive Health Commodity Security: Partnerships for Change. The UNFPA Strategy*. New York: UNFPA, 2001[b]. Disponible en: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=86&filterListType=.
- UNFPA. *Reproductive Health Essentials: Securing the Supply*. New York: UNFPA; 2001[c]. Disponible en: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=27&filterListType=.
- UNFPA. *State of World Population 2003. Making 1 Billion Count: Investing in Adolescents' Health and Rights*. New York: UNFPA; 2003. Disponible en: www.unfpa.org/publications/index.cfm?filterPub_Type=5.
- UNFPA. *State of World Population 2004. The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and*

the Global Effort to End Poverty. New York: UNFPA; 2004. Disponible en: www.unfpa.org/publications/index.cfm?filterPub_Type=5.

UNFPA. *State of World Population 2005. The Promise of Equality: Gender Equity, Reproductive Health & the Millennium Development Goals*. New York: UNFPA; 2005[b]. Disponible en: www.unfpa.org/swp/swpmain.htm.

UNFPA, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), and Family Care International (FCI). *The New York Call to Commitment: Linking HIV/AIDS and Sexual and Reproductive Health*. New York: UN; 2004. Disponible en: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=195&filterListType=4.

UNFPA, World Health Organization (WHO), and PATH. *Condom Programming for HIV Prevention: A Manual for Service Providers*. New York: UNFPA/WHO/PATH; 2005.

United States Agency for International Development (USAID). *Family Planning/HIV Integration: Technical Guidance for USAID-Supported Field Programs*. Washington, DC: USAID; 2003. Disponible en: www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/publications/docs/fphiv.pdf.

USAID Interagency Gender Working Group (IGWG) and World Health Organization (WHO) Department of Gender, Women and Health. *A Summary of the "So What?" Report: A Look at Whether Integrating a Gender Focus into Programmes Makes a Difference to Outcomes*. Geneva: IGWG/WHO; 2005. Disponible en: www.prb.org/pdf05/So_What_Report_A_Look_at_Whether_Integrating_a_Gender_Focus.pdf.

Upadhyay UD. Informed choice in family planning: helping people decide. *Population Reports*. 2001;J(50):1-40. Disponible en: www.infoforhealth.org/pr/online.shtml.

van Kampen, J. *Dealing with Advocacy: A Practical Guide*. Hanover, Germany: RHI ComNet, EC/UNFPA Initiative for Reproductive Health in Asia (sin fecha). Disponible en: www.asia-initiative.org/pdfs/advocacy_guide.pdf.

Vernon R, Foreit J. How to help clients obtain more reproductive health care. *International Family Planning Perspectives*. 1999;25(4):200-202. Disponible en: www.guttmacher.org/journals/ifpp.html.

Vietnam Center for Population Studies and Information and The Futures Group International (VCPSI). *Vietnam's*

Population and Family Planning Investments and Savings (1979-2010). Hanoi: The National Committee for Population and Family Planning and The Futures Group International; 1997.

Vogel CG, Vail J, Woodle D. *Issue Profiles: Lessons Learned from Five Countries*. Washington, DC: Interim Working Group on Reproductive Health Commodity Security (IWG); 2001. Meeting the Challenge: Securing Contraceptive Supplies series. Disponible en: www.populationaction.org/resources/publications/commodities/PDFs/PAI_07_Eng.pdf.

Walley J. The implementation of integrated mother and child health and family planning services. *Tropical Doctor*. 1997;27(2):69-72.

Waters H. *Reaching the Poor With Effective Health, Nutrition, and Population Services. What Works, What Doesn't, and Why?* Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2004. Disponible en: www1.worldbank.org/prem/poverty/health/rpp/files/remarks_waters.pdf.

Wells E. Involving men in reproductive health. *Outlook*. 1997;14(3):1-7. Disponible en: www.path.org/publications/pub.php?id=363.

Winikoff B, Mensch B, Measham D. Postpartum care and family planning services. En: *Reproductive Health Approach to Family Planning*. New York: Population Council; 1994:52-68. Disponible en: www.popcouncil.org/pdfs/ebert/rephapproachfamplanning.pdf.

World Bank. *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*. Washington, DC: World Bank; 2003. Disponible en: <http://web.worldbank.org/external/default/main?menuPK=477704&pagePK=64167702&piPK=64167676&theSitePK=477688>.

World Health Organization (WHO). Burden of disease in disability-adjusted life years (DALYs) by cause, sex and mortality stratum in WHO Regions, 2001. GBD 2001 Estimates by Sub-Region page. WHO website. Disponible en: www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_estimates,burden_estimates_2001,burden_estimates_2001_subregion&language=english. Revisado en línea el 15 de mayo, 2006.

WHO. *Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections*. Geneva: WHO; 2003. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_10_mngt_stis/.

- WHO. *Make Every Mother and Child Count. World Health Report 2005*. Geneva: WHO; 2005[a]. Disponible en: www.who.int/whr/2005/en/.
- WHO. *Making Decisions about Contraceptive Introduction: A Guide for Conducting Assessments to Broaden Contraceptive Choice and Improve Quality of Care*. Geneva: WHO; 2002. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_02_11_contraceptive_introduction/.
- WHO. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. 3rd ed. Geneva: WHO; 2004. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/mec/.
- WHO. *Model List of Essential Medicines*. 14th ed. Geneva: WHO; 2005[c]. Disponible en: www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html.
- WHO. *Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections—A Guide to Essential Practice*. Geneva: WHO; 2005[b]. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/rtis_gep/.
- WHO Department of Reproductive Health and Research (RHR). *Exploring Common Ground: STI and FP Activities*. Geneva: WHO; 2001. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_20/index.html.
- WHO RHR. *Reproductive Health Strategy to Accelerate Progress Towards the Attainment of International Development Goals and Targets*. Geneva: WHO; 2004. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/strategy.pdf.
- WHO Division of Family Health. *Health Benefits of Family Planning*. Geneva: WHO; 1994.
- WHO and Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP). WHO statement on carcinogenicity of combined hormonal contraceptives and combined menopausal treatment. Geneva: WHO and HRP; 2005[b]. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/family_planning/docs/cocs_hrt_statement.pdf.
- WHO and HRP. WHO statement on hormonal contraception and bone health. Geneva: WHO/HRP; 2005[a]. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/family_planning/bone_health.html.
- WHO and HRP. WHO statement on hormonal contraception and risk of HIV acquisition. Geneva: WHO/HRP; 2005[c]. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/family_planning/docs/hormonal_contraception_sti_acquisition.pdf.
- WHO and International Pharmaceutical Federation (FIP). The role of the pharmacist in the fight against the HIV-AIDS pandemic. The Hague: FIP; 1997. Disponible en: www.fip.org/pdf/aidseng.pdf.
- WHO RHR and INFO Project at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs (JHU CCP). *Decision-Making Tool for Family Planning Clients and Providers* [presentación en PowerPoint]. Geneva: WHO and Baltimore: JHU CCP; 2005. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/family_planning/tool.html.
- WHO, UNFPA, UNAIDS, and IPPF. *Sexual and Reproductive Health & HIV/AIDS: A Framework for Priority Linkages*. Geneva, New York, and London: WHO, UNFPA, UNAIDS, and IPPF; 2005. Disponible en: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=250&filterListType.
- WHO, UNFPA, and United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). *Reproductive Health in Refugee Situations: An Interagency Field Manual*. Geneva: UNHCR; 1999. Disponible en: www.unfpa.org/emergencies/manual/.
- WHO, UNFPA, and UNICEF Study Group of Programming for Adolescent Health. *Programming for Adolescent Health and Development*. Geneva: WHO; 1999. WHO Technical Report Series, No. 886. Disponible en: www.who.int/child-adolescent-health/publications/publist.htm.
- WHO and UNHCR. *Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for Use with Refugees and Internally Displaced Persons, Revised Edition*. Geneva: WHO; 2005. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_survivors_of_rape/.
- Zhu B-P. Effect of interpregnancy interval on birth outcomes: findings from three recent US studies. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2005;89:S25-S33. Disponible en: http://www.womenshealth-elsevier.com/doc/journals/ijgo_si_89-1/03.pdf.

Otros recursos

A continuación se presenta una compilación de manuales, herramientas prácticas y otros recursos que pueden ayudar a los administradores de programas a asegurarse de contar con servicios accesibles, disponibles, asequibles y de buena calidad.

1 Reforma del sector salud y los ODM

Management Sciences for Health. Reforming Health Systems and Programs section. The Manager's Electronic Resource Center website. Disponible en: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=1.0.htm&module=health&language=English>. Revisado en línea el 23 de febrero, 2006.

United Nations Development Group. *Millennium Development Goals Toolkit*. Disponible sólo en línea en: <http://mdgtoolkit.undg.org/>. Revisado en línea el 23 de febrero, 2006.

2 Actividades de Advocacy

Manuales

Aradeon SB. *Advocacy for Population and Reproductive Health: A Introductory Manual for Advocates and Trainers, Part 1: Preparing the Ground Work*. New York: UNFPA; 2000. Disponible en: www.un.org/popin/regional/asiapac/fiji/advocacy.htm.

Center for Development and Population Activities (CEDPA). *Advocacy: Building Skills for NGO Leaders*. Washington, DC: CEDPA; 1999. CEDPA Training Manual Series, Vol. IX. Disponible en: www.cedpa.org/publications/pdf/advocacy.htm.

International Planned Parenthood Federation (IPPF). *Advocacy Guide for Sexual and Reproductive Health and Rights*. London: IPPF; 2001.

POLICY Project. *Networking for Change: An Advocacy Training Manual*. Washington, DC: The Futures Group, 1999. Disponible en: www.policyproject.com/pubs/AdvocacyManual.pdf.

Sharma RR. *An Introduction to Advocacy: Training Guide*. Washington, DC: Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project, Academy for Educational Development; (sin fecha). Disponible en: www.dec.org/pdf_docs/PNABZ919.pdf. Revisado en línea el 23 de febrero, 2006.

Sprechmann S, Pelton E. *Advocacy Tools and Guidelines*. Atlanta: CARE; 2001. Disponible en: www.careusa.org/getinvolved/advocacy/tools.asp.

van Kampen, J. *Dealing with Advocacy: A Practical Guide*. Hanover, Germany: RHI ComNet, EC/UNFPA Initiative for Reproductive Health in Asia; (sin fecha). Disponible en: www.asia-initiative.org/pdfs/advocacy_guide.pdf. Revisado en línea el 23 de febrero, 2006.

Materiales

Daulaire N, Leidl P, Mackin L, Murphy C, Stark L. *Promises to Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World*. Washington, DC: Global Health Council; 2002. Disponible en: www.globalhealth.org/assets/publications/PromisesToKeep.pdf.

POLICY Project. *Strengthening Family Planning Policies and Programs in Developing Countries: An Advocacy Toolkit*. Washington, DC: POLICY Project; 2005.

Population Action International. How access to sexual & reproductive health services is key to the MDGs [factsheet 31]. Washington, DC: Population Action International; 2005. Disponible en: www.populationaction.org/resources/factsheets/factsheet_31.htm.

Ross J, Stover J, Adelaja D. *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs in 116 Countries*. 2nd ed. Glastonbury: Futures Group; 2005.

Singh S, Darroch JE, Vlassof M, Nadeau J. *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. New York: The Alan Guttmacher Institute/UNFPA; 2003. Disponible en: www.guttmacher.org/pubs/covers/addingitup.html.

United Nations Development Group. *MDG Toolkit, Module 4: Advocacy and Campaigning* [conjunto de herramientas y materiales profesionales para el desarrollo]. Disponible en: <http://mdgtoolkit.undg.org/course/view.php?id=30>. Revisado en línea el 24 de febrero, 2006.

United Nations Development Programme (UNDP). *The Blue Book: A Hands-on Approach to Advocating for the Millennium Development Goals*. New York: UNDP; 2004. Disponible en: www.un-ngls.org/MDG/blue-book.pdf.

United Nations Population Fund (UNFPA). *Reducing Poverty and Achieving the Millennium Development Goals: Arguments for Investing in Reproductive Health & Rights*. New York: UNFPA; 2005[a]. Disponible en: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=243.

Upadhyay UD, Robey B. Why family planning matters. *Population Reports*. 1999;J(49):1–32. Disponible en: www.infoforhealth.org/pr/online.shtml.

World Health Organization (WHO). *Communicating Family Planning in Reproductive Health: Key Messages for Communicators*. Geneva: WHO; 1997. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/fpp_97_33/fpp_97_33_abstract.en.html.

Sitios Web informativos

Centro de Derechos Reproductivos: www.crlp.org

PLANetWIRE: www.planetwire.org

Population Action International: www.populationaction.org

Population Reference Bureau: www.phishare.org

UNFPA: www.unfpa.org/issues/index.htm

OMS: www.who.int/reproductive-health/family_planning/index.html

3 Servicios integrados

Management Sciences for Health. Managing integrated services. *The Manager*. 1994;3(3). Disponible en: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.2.5.htm&module=health&language=English>. Revisado en línea el 27 de febrero, 2006.

United States Agency for International Development (USAID). *Family Planning/HIV Integration: Technical Guidance for USAID-Supported Field Programs*. Washington, DC: USAID; 2003. Disponible en: www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/publications/docs/fphiv.pdf.

Género

International Planned Parenthood Federation (IPPF). *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries*. London: IPPF; 2004. Disponible en: www.ippfwhr.org/publications/publication_detail_e.asp?PubID=63.

IPPF/Western Hemisphere Region. *Gender-based Violence: Guidelines and Tools for Managers and Providers*. Disponible en: www.ippfwhr.org/publications/publications_by_topic_e.asp?CategoryID=5&CategoryName=violence.

South African AIDS Trust (SAT). *Counselling Guidelines on Domestic Violence*. Harare: SAT and Canadian International Development Agency (CIDA); 2004. HIV Counselling Series, No. 4. Disponible en: www.satregional.org/attachments/Publications/Skills_percent20Training_percent20E/Domestic_percent20Violence.pdf.

United Nations Population Fund (UNFPA). *A Practical Approach to Gender-Based Violence: A Programme Guide for Health Care Providers and Managers*. New York: UNFPA; 2001. Disponible en: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=69&filterListType=

USAID Interagency Gender Working Group (IGWG) and World Health Organization (WHO) Department of Gender, Women and Health. *A Summary of the "So What?" Report: A Look at Whether Integrating a Gender Focus into Programmes Makes a Difference to Outcomes*. Geneva: IGWG/WHO; 2005. Disponible en: www.prb.org/pdf05/So_What_Report_A_Look_at_Whether_Integrating_a_Gender_Focus.pdf.

Atención postaborto

Herrick J, Turner K, McNerney T, Castleman L. *Woman-centered Postabortion Care: Reference Manual*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2004.

VIH/ITS

Eldis. *HIV and AIDS Resource Guide to Sexual and Reproductive Health: The Relationship with HIV and AIDS*. Disponible sólo en línea en: www.eldis.org/hivaids/sexual-reprohealth.htm.

EngenderHealth. *Sexually Transmitted Infections and HIV and AIDS* [mini-cursos en línea]. Disponible sólo en línea en: www.engenderhealth.org/res/onc/index.html.

International Planned Parenthood Federation (IPPF) South Asia Regional Office and United Nations Population Fund. *Integrating HIV Voluntary Counseling and Testing Services into Reproductive Health Settings: Stepwise Guidelines for Programme Planners, Managers and Service Providers*. New York: UNFPA; 2004. Disponible en: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/245_filename_hiv_publication.pdf.

IPPF/Western Hemisphere Region (WHR). *Have You Integrated STI/HIV Prevention into your Sexual and Reproductive Health Services?* [lista de comprobación]. New York: IPPF/WHR; 2002. Disponible en: www.ippfwhr.org/publications/publication_detail_e.asp?PubID=39.

Morrison C, Best K. *Hormonal Contraception and HIV: An Update*. Research Triangle Park, NC: Family Health International; 2004. Disponible en: www.fhi.org/en/RH/Pubs/booksReports/hcandhiv.htm.

Vail J, Nguyen T, Sherris J, Wittet S. *A Tool to Assess Program Capacity: Adding Services to Manage Reproductive Tract Infections*. Seattle: PATH; 1999. Reproductive Health Reports, No. 3.

World Health Organization. *Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections*. Geneva: WHO; 2003. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_10_mngt_stis/.

WHO. *Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections—A Guide to Essential Practice*. Geneva: WHO; 2005. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/rtis_gep/.

4 Seguridad de los métodos anticonceptivos

Management Sciences for Health. Managing Drugs and Supplies section. The Manager's Electronic Resource Center website. Disponible en: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=1.0.htm&module=drugs&language=English>. Revisado en línea el 23 de febrero, 2006.

World Health Organization (WHO) and United Nations Population Fund (UNFPA). *Essential Drugs and Other Commodities for Reproductive Health Services* [borrador de documento de trabajo]. Geneva: WHO; 2003. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/essential_drugs/text.pdf.

Herramientas de orientación y gestión

DELIVER: <http://deliver.jsi.com>

The Supply Initiative: www.rhsupplies.org/

Hare L, Hart C, Scribner S, Shepherd C, Pandit T (ed.), Bornbusch A (ed.). *SPARHCS: Strategic Pathway to Reproductive Health Commodity Security. A Tool for Assessment, Planning, and Implementation*. Baltimore, MD: INFO Project/Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2004. Disponible en: www.rhsupplies.org/resources/doc/SPARHCS_publication.pdf.

United Nations Population Fund (UNFPA). Tools to help countries manage their own supplies page. UNFPA website. Disponible en: www.unfpa.org/supplies/tools.htm.

5 Calidad de atención

EngenderHealth. *COPE® Handbook: A Process for Improving Quality in Health Services, Revised Edition*. New York: EngenderHealth; 2003. Disponible en: www.engenderhealth.org/res/offc/qi/cope/handbook/index.html.

Management Sciences for Health. Managing for Quality section. The Manager's Electronic Resource Center website. Disponible en: <http://erc.msh.org/quality/>. Revisado en línea el 24 de febrero, 2006.

Management Sciences for Health. Managing Quality & Clinical Services section. The Manager's Electronic Resource Center website. Disponible en: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=1.0.htm&module=quality&language=English>. Revisado en línea el 24 de febrero, 2006.

Pathfinder International. Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Training Curriculum [serie de módulos de capacitación]. Disponible en: www.pathfind.org/site/PageServer?pagename=Publications_Training_and_Capacity_Building_CRHFP. Revisado en línea el 24 de febrero, 2006.

Population Council. *Quality/Calidad/Qualité* [serie de publicación trimestral]. Disponible en: www.population-council.org/publications/qcq/default.htm. Revisado en línea el 24 de febrero, 2006.

PRIME II and JHPIEGO Corporation. *Transfer of Learning: A Guide for Strengthening the Performance of Health Care Workers*. Chapel Hill, NC: PRIME II; 2002.

Reerink L, Campbell B. *Improving Reproductive Health Care Within the Context of District Health Services: A Hands-on Manual for Planners and Managers*. Amsterdam: Royal Tropical Institute; 2004. Disponible en: www.kit.nl/publishers/assets/images/bw_SRH_Final.pdf.

6 Consejería sobre decisión informada y métodos anticonceptivos

International Consortium for Emergency Contraception: www.cecinfo.org/

EngenderHealth. *Choices in Family Planning: Informed and Voluntary Decision Making*. New York: EngenderHealth; 2003. Disponible en: www.engenderhealth.org/res/offic/ic/choices/.

EngenderHealth. *Comprehensive Counseling for Reproductive Health: An Integrated Curriculum*. New York: EngenderHealth; 2003. Disponible en: www.engenderhealth.org/res/offic/counsel/ccrh/index.html.

Family Health International (FHI). *FHI's Quick Reference Chart for the WHO Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. Research Triangle Park, NC: FHI; 2004. Disponible en: www.fhi.org/NR/rdonlyres/eozy2edy6g34hjicrq3qesqgo6yhrkxfv4wdmndt7v4lhnfgro7f5tjpbdt6m4qaypo7fa4hj7kfp/EnglishMECFINAL1.pdf.

FHI. *Provider Checklists for Reproductive Health Services: Reference Guide*. Research Triangle Park, NC: FHI; 2002. Disponible en: www.fhi.org/en/RH/Pubs/servdelivery/checklists/index.htm.

PATH. *Resources for Emergency Contraceptive Pill Programming: A Toolkit*. Seattle: PATH; 2004. Disponible en: www.path.org/publications/pub.php?id=828.

World Health Organization (WHO). *Making Decisions about Contraceptive Introduction: A Guide for Conducting Assessments to Broaden Contraceptive Choice and Improve Quality of Care*. Geneva: WHO; 2002. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_02_11_contraceptive_introduction/.

WHO. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. 3rd ed. Geneva: WHO; 2004. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/mec/.

WHO. *Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use*. 2nd ed. Geneva: WHO; 2004. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/spr/index.htm.

WHO Department of Reproductive Health Research (RHR) and INFO Project at the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (JHU CCP). *Decision-Making Tool for Family Planning Clients and Providers* [presentación en PowerPoint]. Geneva: WHO and Baltimore: JHU CCP; 2005. Available at: www.who.int/reproductive-health/family_planning/tool.html.

7 Superación de las barreras para llegar a los grupos subatendidos

Adolescentes

EngenderHealth. *Youth-Friendly Services: A Manual for Service Providers*. New York: EngenderHealth; 2002. Disponible en: www.engenderhealth.org/res/offic/qi/yfs/index.html.

Family Health International (FHI). *Meeting the Needs of Young Clients: A Guide to Providing Reproductive Health Services to Adolescents*. Arlington, VA: FHI; 2000. Disponible en: www.fhi.org/en/RH/Pubs/servdelivery/adolguide/index.htm.

Senderowitz J, Solter C, Hainsworth G. *Clinic Assessment of Youth-Friendly Services: A Tool for Improving Reproductive Health Services for Youth*. Watertown, MA: Pathfinder International; 2003. Disponible en: www.pathfind.org/site/DocServer/mergedYFStool.pdf?docID=521.

WHO, UNFPA, and UNICEF Study Group of Programming for Adolescent Health. *Programming for Adolescent Health and Development*. Geneva: WHO; 1999. WHO Technical Report Series, No. 886. Disponible en: www.who.int/child-adolescent-health/publications/publist.htm.

Refugiados

CARE. *Moving from Emergency Response to Comprehensive Reproductive Health Programs. A Modular Training Series*. Washington, DC: CARE; 2002. Disponible en: www.rhrc.org/pdf/FinManual.pdf.

Dixon G. *Contraceptive Logistics Guidelines for Refugee Settings*. Arlington, VA: Family Planning Logistics Management Project; 1999. Disponible en: www.jsi.com/JSIInternet/Publications/familyplanning.cfm.

Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium. *Field Tools/Guidelines* [colección de documentos]. Disponible en: www.rhrc.org/resources/index.cfm?type=guideline.

World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA), and United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). *Reproductive Health in Refugee Situations: An Interagency Field Manual*. Geneva: UNHCR; 1999. Disponible en: www.unfpa.org/emergencies/manual/.

Hombres

EngenderHealth. *Men's Reproductive Health Curriculum*. New York: EngenderHealth; 2003. Disponible en: www.engenderhealth.org/res/offc/map/mrhc/index.html.

EngenderHealth. Men's reproductive health services model page. EngenderHealth website. Disponible en: www.engenderhealth.org/ia/www/emrhm0.html. Revisado en línea el 24 de febrero, 2006.

EngenderHealth. *Programming for Male Involvement in Reproductive Health: A Practical Guide for Managers*. New York: EngenderHealth; 1997. Disponible en: www.engenderhealth.org/ia/www/wwwmpfmirh.html.

8 Comunicación para fomentar cambios de comportamiento

AIDSCAP. *How to Create an Effective Communication Project*. Research Triangle Park, NC: Family Health International; (sin fecha). Disponible en: www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/guide/BCC+Handbooks/effective-communication.htm.

O'Sullivan GA, Yonkler JA, Morgan W, Merritt AP. *A Field Guide to Designing a Health Communication Strategy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs; 2003. Disponible en: www.jhuccp.org/pubs/fg/02/index.shtml.

World Health Organization (WHO). *Communicating Family Planning in Reproductive Health: Key Messages for Communicators*. Geneva: WHO; 1997. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/fpp_97_33/fpp_97_33_abstract.en.html.

9

Disminución de las barreras económicas

Day LM. *Designing a Family Planning User Fee System: A Handbook for Program Managers*. Boston: John Snow International/SEATS; 1993. Disponible en: http://seats.jsi.com/publications/pub21_24.html.

Management Sciences for Health. Charging fees for family planning services. *The Manager*. Disponible en: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.1.3.htm&module=finance&language=English>. Revisado en línea el 24 de febrero, 2006.

10

Sostenibilidad

Janowitz B, Bratt JH. *Methods for Costing Family Planning Services*. New York: UNFPA and Family Health International; 1994. Disponible en: www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/Capacity_Bldg/unpf0050.pdf.

Management Sciences for Health. Using cost and revenue analysis tools. *The Manager*. 1993;2(1). Disponible en: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.1.1.htm&module=finance&language=English>. Revisado en línea el 27 de febrero, 2006.

Management Sciences for Health. *Financial Sustainability* [colección de documentos y herramientas]. Disponible en: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.1.0.htm&module=Finance&language=English>. Revisado en línea el 24 de febrero, 2006.

Management Sciences for Health. Keeping Your Organization Sustainable section. The Manager's Electronic Resource Center website. Disponible en: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=1.0.htm&module=sustain&language=English>. Revisado en línea el 24 de febrero, 2006.

United Nations Millennium Project. *MDG Needs Assessments: Excel Tools and User Guides for Maternal & Reproductive Health* [colección de documentos]. Disponible en: www.unmillenniumproject.org/policy/needs03.htm.

Fotos

Cubierta: Richard Lord, Costa de Marfil

Página 4: Richard Lord, Nepal

Página 16: PATH, Jessica Fleming, Mozambique

Página 60: PATH, Dan Chang, América Latina

PATH

1455 NW Leary Way
Seattle, WA 98107 USA

Tel: 206.285.3500

Fax: 206.285.6619

Email: info@path.org

www.path.org

UNFPA

220 East 42nd Street
New York, NY 10017 USA

Tel: 212.297.5000

Fax: 212.557.6416

Email: info@unfpa.org

www.unfpa.org

