

Duración de las Sesiones de Consejería y Cantidad De Información Relevante que Se Intercambia: Un Estudio en Clínicas del Perú

Por Federico R. León, Rosa Monge, Adriana Zumarán, Ingeborg García y Alex Ríos

Contexto: *Se ha argüido que las limitaciones de tiempo repercuten en la capacidad de los proveedores de los servicios de planificación familiar para ofrecer consejería completa a sus clientas. Es importante que los proveedores sepan si la duración de las sesiones de consejería aumenta la cantidad de información relevante que imparten a sus clientas.*

Métodos: *Se adiestró a 28 mujeres para que pretendieran solicitar un método anticonceptivo eficaz y que optaran por el inyectable en 19 clínicas urbanas que formaban parte de una muestra nacional de clínicas del Ministerio de Salud del Perú. Cada clínica fue visitada en un día diferente por seis de estas “clientas simuladas”, lo cual ascendió a un total de 114 casos. En cada visita las mujeres registraron los temas tratados con sus consejeros en una lista de 45 tópicos y estimaron la duración de tiempo de la sesión.*

Resultados: *Los proveedores dedicaron entre dos y 45 minutos a cada sesión. La cantidad de información transmitida a las clientas varió significativamente y aumentó en un 43% cuando las sesiones aumentaban de 2–8 minutos a 9–14 minutos de duración. Sin embargo, cuando las sesiones se prolongaban más allá de los 14 minutos, el aumento en la cantidad de información útil recibida era muy pequeño o no significativo. Fuere cual fuere la duración de la sesión, muchos datos que deberían haber sido transmitidos no lo fueron. La mayor parte de la consulta se utilizó para ofrecer una amplia gama de métodos anticonceptivos, y ello incidió en la duración de la sesión. No variaban por la duración de sesión las discusiones sobre los efectos secundarios del método ni el tamizaje por la presencia de las contraindicaciones a su uso.*

Conclusiones: *Las sesiones de consejería de más de 14 minutos ofrecen pocas ventajas en cuanto a su eficacia. Es importante evitar la transmisión de excesiva información sobre métodos irrelevantes. Los proveedores deben utilizar estrategias de consejería que se centren en el método anticonceptivo elegido por la clienta y que enfatizen los asuntos relacionados con ese método específico en forma minuciosa.*

Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial de 2001, 2–8

El concepto de una “opción informada” en materia de consejería en planificación familiar significa que los proveedores ayuden a las clientas a seleccionar el método que mejor satisfaga sus necesidades y que éstas abandonen la sesión con conocimientos acerca de los efectos secundarios del método seleccionado y sobre cómo usarlo en forma segura y eficaz.¹ No obstante, en muchos lugares del mundo se ha observado que las sesiones de consejería están muy lejos de cumplir con estos requisitos.

Por ejemplo, sesiones de consejería grabadas en Kenia revelaron que solamente al 57% de las clientas se les brindaba información sobre el inyectable y sólo el 32% de usuarias de la píldora recibían infor-

mación sobre los efectos secundarios de este método.² Un análisis situacional realizado en clínicas de Nairobi indicó que menos del 50% de las usuarias nuevas recibían información sobre las contraindicaciones o efectos secundarios del método que habían seleccionado.³ Otros análisis situacionales realizados en 12 países del África indicaron que el porcentaje de clientas informadas sobre cómo usar su método y sus posibles efectos secundarios variaba desde niveles mínimos del 5% en Tanzania y el 22% en Burkina Faso, a máximos del 64% en Kenya y el 68% en Botswana.⁴ En un estudio similar realizado en Ecuador, Uganda y Zimbabwe, menos del 75% de las clientas en cada país recibieron algún tipo de información sobre

el método anticonceptivo dispensado.⁵

Los resultados no difieren cuando se examina el contenido específico de la consejería. Por ejemplo, para explorar si se le había aconsejado bien a unas clientas sobre la mejor forma para cambiar de método, en un estudio realizado en la provincia costera de Santa, en Perú, se utilizaron clientas simuladas que acababan de comenzar a usar la píldora y que se quejaban de dolores de cabeza. De los 54 proveedores del Ministerio de Salud que fueron observados, más del 25% no les dijeron a sus clientas que el uso de la píldora podría producirles dolor de cabeza como efecto secundario, y más del 30% no les dijeron que esa dolencia podría desaparecer en corto tiempo.⁶ En un estudio similar realizado con base en una muestra de 25 hospitales y 74 clínicas del Ecuador, el 47% de los proveedores no les indicaron a sus clientas que su dolor de cabeza podría ser un efecto secundario de la píldora, y el 61% no les informaron que esa dolencia podría desaparecer en corto tiempo.⁷

Cuando se les presentó este tipo de pruebas que indicaban que se habían prestado servicios de consejería incompletos,

Federico R. León es asociado de programa con el programa Fronteras en Salud Reproductiva del Population Council, en Lima, Perú. Cuando se realizaron los trabajos de investigación, Rosa Monge actuó como consultora, Adriana Zumarán como interna, Ingeborg García también como interna y Alex Ríos como asistente de investigación, todos trabajando con el Population Council, en Lima. Los autores agradecen la colaboración de Lucy López por sus comentarios sobre los instrumentos del estudio, a Jorge Parra por su ayuda al facilitar el acceso a los centros de salud, y a John Townsend y Cynthia Green por sus comentarios útiles sobre borradores de este artículo. La investigación en que se basó este artículo fue posibilitada con el financiamiento de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), bajo el acuerdo de cooperación con el Population Council, HRN-A-00-98-0012-00. Las opiniones que aquí se expresan pertenecen a los autores y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la USAID. Esta versión en español refleja cambios al contenido original que salió en inglés.

los proveedores generalmente atribuyen sus deficiencias a causas que no estaban bajo su control. Por ejemplo, en las zonas rurales del Perú, cierto personal no profesional del Ministerio de Salud indicó que no habían sido capacitados, en tanto que otros señalaron que estaban reacios a dar la información completa sobre el método porque dudaban que sus clientas pudieran comprender claramente el funcionamiento del método, o porque no querían atemorizarlas hablando sobre los efectos secundarios.⁸ En los centros urbanos del Perú, los proveedores que respondieron espontáneamente a un amplio número de preguntas abiertas acerca de los problemas de entrega de servicios mencionaron que la razón principal por la que no se ofrecía consejería adecuada se debía a que los supervisores les programaban demasiadas consultas, lo que resultaba en la falta de tiempo para tratar a las clientas.⁹

Si bien explicar la falla del intercambio adecuado de información por razón de la falta de tiempo es intuitivamente atractivo, esto puede ser únicamente una racionalización por parte de los proveedores. La relación entre la duración de la sesión de consejería y la cantidad de información intercambiada debe ser confirmada en forma objetiva. Esta evidencia empírica, confirme o rechace la explicación de falta de tiempo, tendría repercusiones muy importantes. En este artículo se presentan los resultados de un estudio que recoge estas pruebas empíricas, y luego destaca las repercusiones prácticas de los resultados obtenidos.

Metodología

Selección de clínicas

Este estudio forma parte de un proyecto de evaluación más amplio que utilizó un muestreo estratificado aleatorio de las instalaciones que dirige el Ministerio de Salud del Perú,¹⁰ que es el principal proveedor de servicios de planificación familiar en el país. En 1998, un total de 172 conglomerados, conocidos como unidades de información, suministraron datos completos sobre servicios al programa de planificación familiar del Ministerio.

Estas unidades de información fueron estratificadas en tres categorías de acuerdo con el número de esterilizaciones—ligaduras de trompas y vasectomías—realizadas ese año. Clasificamos las unidades de acuerdo con el número de casos de esterilización porque el proyecto de evaluación principal prestó particular atención al cumplimiento del proveedor de las recientes normas sobre servicios de

esterilización aprobadas por el Ministerio de Salud. (Se debe señalar que sólo recién, en 1995, fue legalizada la esterilización como un método anticonceptivo en el Perú.) En este estudio, las unidades de notificación que realizaban un número medio de intervenciones (40–149) fueron seleccionadas para la muestra.

Dentro de esta categoría intermedia, las unidades de notificación fueron ponderadas de acuerdo con el número de consultas de planificación familiar que se habían ofrecido durante ese año. Diecinueve de esas unidades fueron seleccionadas en forma aleatoria, y se eligió el principal centro de salud de cada una para participar en el estudio. Cinco de los centros se encontraban en el Departamento de Lima, y los otros 14 estaban ubicados en centros urbanos de los departamentos de Ancash, Arequipa, Ayacucho (dos centros), Huánuco (tres centros), Ica (dos centros), La Libertad (dos centros), Pasco, Piura y Puno.

Test de servicios

Nuestro estudio utilizó una metodología nueva de clienta simulada denominada “test de servicios”, mediante la cual el investigador controla el perfil del cliente y centra sus observaciones en aspectos muy específicos de comportamiento del proveedor.¹¹ Este tipo de instrumento evita problemas de juicios subjetivos y la baja confiabilidad relacionada con la evaluación de una amplia gama de comportamientos.* El instrumento del test de servicios incorpora un perfil completo del supuesto cliente; un sistema para reclutar y capacitar a personas para que actúen como clientes que procuran el servicio, y para usar este perfil específico en interacciones con los proveedores; y una lista de verificación sobre el comportamiento del proveedor con preguntas que requieren respuestas simples de sí y no. Como son conocidas la situación individual y las necesidades del supuesto cliente, la lista de verificación puede centrarse en aspectos específicos del comportamiento del proveedor (e.g., ¿“Le preguntó el proveedor cómo utiliza usted el método del ritmo?”).

A través de contactos con instituciones y personas, se logró la participación de mujeres de 20–30 años en buen estado de salud y de varios antecedentes étnicos para que actuaran como clientas simuladas de servicios de planificación familiar. Fueron seleccionadas con base a pruebas estandarizadas de conocimiento general, memoria inmediata y conocimientos de planificación familiar. Durante el período de capacitación, evaluamos la capacidad

de las candidatas para proyectar el perfil específico de clienta y para usar la lista de chequeo correspondiente. Algunas fueron descartadas durante o después del período de capacitación porque no aceptaban someterse a exámenes pélvicos o porque tenían problemas de salud que no permitían el uso del inyectable (el método que las clientas simuladas eran instruidas a elegir).

Durante el período de capacitación ajustamos el perfil de clienta y la lista de chequeo correspondiente. Como parte del adiestramiento, las candidatas seleccionadas actuaron como clientas en varias visitas simuladas en los salones de clase, y luego lo hicieron en varios centros de salud de Lima. A estas mujeres se les pagó por sus servicios y se les reembolsó algunos gastos incurridos durante este ejercicio. (Si bien el Ministerio de Salud distribuye anticonceptivos en forma gratuita, en algunas de las instalaciones se les cobra la consulta a las clientas).

Recopilación de datos e instrumento

Se contrató a un total de 28 mujeres que acordaron en actuar como clientas, las cuales realizaron un promedio de 4,1 visitas a las instalaciones del Ministerio (rango de 3–8 visitas) en junio y julio de 1999. Cada uno de los 19 centros de salud que eran parte de la muestra fue visitado en diferentes días por seis de estas clientas simuladas, lo cual arrojó un total de 114 observaciones. Se les indicó a las clientas simuladas que cuando se les preguntara acerca de sus intenciones reproductivas, deberían contestar que deseaban posponer el embarazo. Y cuando se les preguntara sobre el tipo de anticonceptivo que estaban utilizando, deberían indicar que usaban el método del ritmo, pero ahora no se sentían seguras porque habían quedado embarazadas usando dicho método, y querían usar un método más eficaz de aquí en adelante.

El perfil de las clientas simuladas indicaba que éstas no tenían experiencia con otros métodos y que rechazarían la píldora y el DIU por diversas razones. Asimismo, rechazarían el condón, debido a que sus compañeros no estaban dispuestos a usar este método en forma regular. Su selección de un método, por razones prácticas, sería

*Por ejemplo, las preguntas amplias—tales como ¿“Le ofreció el proveedor una selección de métodos?”—con puntajes de respuesta de pleno (5), amplio (4), moderada (3), estrecha (2) o ninguna (1), revelan muy poco sobre la verdadera opción de métodos que se les ofreció a las clientas. (Véase: León FR, Quiroz G y Brazzoduro A, The reliability of simulated clients' quality-of-care ratings, *Studies in Family Planning*, 1994, 25(2):184–190).

Cuadro 1. Porcentaje de sesiones de proveedores con clientas simuladas en las que se observaron las conductas previstas, y correlación entre la ocurrencia del tratamiento de un tema y la duración de la sesión de consejería

Comportamiento	% (N=114)	Correlación
Preguntas generales formuladas o acciones tomadas por el proveedor		
Edad de la clienta	96	-,11
Número de hijos	96	-,04
Deseo de tener más hijos	7	,19*
Métodos que ha utilizado/está actualmente usando	82	-,01
Forma en que usaba el método del ritmo	12	,11
Fecha de la última menstruación/sospecha de embarazo	97	,02
Opciones de métodos ofrecidas o acción solicitada por el proveedor		
Ritmo	24	,16
Condomes	82	,27*
Tabletas vaginales	79	,28*
Píldora	95	,23*
AMPD	88	,19*
DIU	84	,20*
Ligadura de trompas	26	,14
Clienta solicitada a elegir un método	96	,17
Contraindicaciones del AMPD o preguntas conexas formuladas por el proveedor		
Sangrado vaginal	3	-,03
Fecha del último frotis Pap	25	,13
Historia clínica familiar de cáncer	5	,01
Si la clienta sabe hacerse un examen de mama	7	,14
Si la clienta tiene formaciones duras en la mama	4	-,07
Si la clienta tiene problemas hepáticos o piel amarillenta	32	-,06
Mecanismo de acción del AMPD mencionado por el proveedor		
Inyección detiene la ovulación	36	,05
Espesamiento de la mucosa cervical	10	,14
Instrucciones para el uso del AMPD dadas por el proveedor		
Primera inyección administrada durante los primeros cinco días de la menstruación	70	,16
Inyección administrada en los glúteos	46	,28*
Siguientes dosis administradas cada 3 meses	93	,15
El período silente de eficacia alrededor de la próxima inyección trimestral es de 2 semanas	4	-,12
Efectos secundarios/señales de alerta del AMPD mencionados a la clienta		
Puede suspender la menstruación	84	,05
Menstruación irregular o presencia de sangrado	77	,06
La amenorrea y el sangrado no son señales de enfermedad	44	,06
Posible aumento de peso	37	,07
Infecundidad temporal de 6–12 meses puede ocurrir después de suspender el AMPD	15	,18
Sangrado vaginal abundante requiere otra visita a la clínica	12	,01
Instrucciones sobre métodos de barrera suministradas por el proveedor		
Se debe usar condones/tabletas vaginales mientras se espera la inyección	18	,04
Debe iniciarse el coito con el condón puesto	47	,10
Debe retirar el condón cuando el pene está todavía erecto	20	,14
Cada coito requiere un nuevo condón	38	,21*
Tableta vaginal debe ser insertada 15 minutos antes del coito	54	,13
Clienta debe estar postrada para insertarse la tableta	29	,15
Tableta es eficaz durante 1 hora	18	,20*
Cada coito requiere una nueva tableta	25	,05
Clienta debe evitar darse una ducha vaginal durante las horas después del coito	24	,19*
Preguntas de seguimiento formuladas o acciones tomadas por el proveedor		
Preguntar a la clienta si comprendió bien	23	,14
Verificar las respuestas de la clienta formulando preguntas específicas	3	-,02
Indicarle a la clienta que si tiene dudas debe regresar a la clínica	12	,02
Entrega de panfleto a la clienta	27	,31*

*p<,05, prueba de dos colas.

el inyectable que se aplica trimestralmente, acetato de medroxiprogesterona de depósito (conocido como AMPD)—el método más comúnmente solicitado en los centros del Ministerio de Salud en 1998.¹²

Cuando se le pidiera información sobre su ciclo menstrual, la clienta simulada de-

bería decir que se encontraba en el cuarto día de su menstruación. Esta respuesta tenía por finalidad indicarle al proveedor que la clienta no estaba embarazada, porque un embarazo sería una contraindicación para el uso de la mayoría de los métodos. Las mujeres debían someterse a un examen pélvico, en el caso que el

proveedor se lo requiriera. (De manera que un examen físico no “rechazara” a una clienta simulada, en caso que su proveedor insistiera en la realización del examen físico, ésta podría indicarle que acababa de higienizarse antes de la visita y que, por lo general, en el cuarto día de su menstruación solía tener únicamente manchados esporádicos.)

Las clientas simuladas fueron cuidadosamente adiestradas para proyectar una imagen de una mujer saludable sin contraindicaciones con respecto al uso del AMPD. Según dicho perfil, la clienta se había sometido a un examen de Papanicolaou durante los últimos seis meses. Si la consulta progresaba hasta el punto en que el proveedor estaba listo para aplicarle la inyección, la clienta simulada debería decirle que primero deseaba consultar con su pareja, agradecerle su atención y abandonar el lugar.

Las clientas simuladas debían registrar sus observaciones en una lista de chequeo de respuestas sí o no, la cual contenía 45 preguntas sobre los comportamientos del proveedor esperados durante el intercambio de información en las ocho áreas siguientes: preguntas generales del proveedor (seis preguntas); opciones de anticonceptivos ofrecidas (ocho preguntas); instrucciones sobre el uso del AMPD (cuatro preguntas); información sobre el mecanismo de acción del inyectable (dos preguntas); preguntas de tamizaje sobre contraindicaciones para el uso del AMPD (seis preguntas); efectos secundarios del inyectable y señales de alerta (seis preguntas); información y consejería sobre el uso de métodos de barrera (nueve preguntas); y preguntas de seguimiento sobre el proceso de comunicación (cuatro preguntas).

Agregamos las nueve preguntas sobre los métodos de barrera porque al final de la consulta, la clienta debería evitar que le aplicaran la inyección argumentando que en primer lugar, tenía que consultar con su pareja. En aquel momento, se esperaba que el proveedor despache a la clienta y haga una de las tres siguientes cosas: le entregue una ampolla de AMPD para cuando ella está lista, le pueda pedir a una enfermera de otro lugar que le aplique la inyección; le extienda una receta para que cuando la clienta esté lista, ella pueda comprar el inyectable en la farmacia y pedir que le aplique allí la inyección; o le otorgue una nueva cita para que regrese al centro de salud a recibir la inyección. Así, pues, se esperaba que el proveedor aconsejara a la mujer que use métodos de barrera mientras tanto, y la capacitara en la forma de uso.

Al concluir la sesión de consejería, la clienta simulada abandonaba el centro de salud, completaba la lista de chequeo y llenaba un formulario con sus observaciones. Los supervisores entrevistaron a cada una de las clientas simuladas después de su primera visita a la clínica para asegurarse que habían proyectado un perfil correcto y que habían llenado la lista de chequeo en forma adecuada. Las clientas simuladas realizaban su tarea con el conocimiento de que un supervisor visitaría la clínica para revisar los datos clínicos que correspondían a su caso y para verificar todos los aspectos específicos de la consulta. Finalmente, como no se controlaba el tiempo de las sesiones, los supervisores del proyecto les solicitaron a las clientas simuladas que calcularan el tiempo de duración de cada sesión de consejería. Estas estimaciones variaron desde dos a 45 minutos, con una duración mediana de 15 minutos.

Para cumplir con los requisitos éticos de la investigación, los supervisores del proyecto realizaron visitas *pos hoc* a los proveedores para explicarles el carácter del estudio, para asegurarles que los datos obtenidos eran totalmente confidenciales y para informarles sobre sus resultados. Las reacciones de los proveedores al proyecto fueron positivas en general. Demostraron interés en conocer la información recibida e indicaron que les gustaría participar nuevamente en proyectos similares. Salvo algunas excepciones, los proveedores habían creído que las clientas simuladas eran reales. Solamente los proveedores de dos pequeñas clínicas de provincia sospecharon de la identidad de las clientas simuladas, porque el número de mujeres que habían rechazado la inyección debido a que tenían que consultar con su pareja era más elevado que el usual.

Resultados

Comportamiento específico de proveedores

En por lo menos el 93% de las 114 visitas de las clientas simuladas, los proveedores le formularon preguntas a la mujer sobre su edad, el número de hijos y la fecha de su último período menstrual; le ofrecieron la píldora como una opción anticonceptiva; le pidieron a la clienta que decidiera sobre su propio método anticonceptivo; y le indicó que la inyección del AMPD debía repetirse cada tres meses (Cuadro 1). El AMPD fue ofrecido en forma espontánea en el 88% de las visitas, en tanto que en el 12% restante las clientas simuladas solicitaron el método ellas mismas, una vez que era evidente que el proveedor no se lo ofrecería (no reportado).

De otro lado, solamente en el 3–7% de las visitas se les preguntó a las mujeres si deseaban tener más hijos o si habían tenido un sangrado vaginal; se les dijo que el período silente de eficacia alrededor de la próxima inyección trimestral era de dos semanas; se les informó sobre las señales y síntomas de cáncer de mama; o el proveedor les formuló preguntas específicas para verificar si habían comprendido claramente el contenido de la sesión de consejería.

En el Cuadro 1 también se presenta la correlación punto biserial de cada comportamiento—es decir, la correlación entre la variable dicotómica (la presencia o ausencia de un comportamiento determinado) y la variable continua (la duración de la sesión de consejería, que varió entre dos y 45 minutos). Una correlación significativa ($p < .05$), denotada por un solo asterisco, indica que cuanto más prolongada sea la sesión, mayor es la probabilidad de que el tema sea incluido en la consulta.

De las 11 correlaciones significativas, ocho correspondieron a temas no relacionados con el método escogido, en tanto que solamente tres estaban relacionados con el AMPD o eran relevantes con respecto a su selección. Este resultado sugiere que el aumento en la duración de la sesión fue utilizado más para hablar sobre otros métodos y temas que para expandirse y hablar sobre los aspectos del método escogido.

La sección de la lista de chequeo correspondiente a los métodos de barrera presentó una aparente contradicción en el contenido de la sesión de consejería. Si bien en una alta proporción de las sesiones se impartieron instrucciones sobre la forma en que se debería iniciar el coito con un condón puesto (47%) y que después de insertarse la tableta vaginal se debe esperar 15 minutos antes del coito (54%), en sólo el 18% de las sesiones las clientas recibieron el consejo de usar el condón o las tabletas vaginales hasta que estuvieran listas para recibir el inyectable. Este hallazgo sugiere que la mayoría de los proveedores hablaron en forma detallada sobre los métodos de barrera al principio del proceso de consejería, antes que la clienta escogiera un método. Los proveedores aparentemente no ofrecieron información específica a la clienta sobre los métodos de barrera después de haber sido informados sobre su decisión de esperar antes de aceptar el inyectable. Esto también sugiere que la mayor parte de la información sobre el AMPD fue ofrecida durante la primera parte del proceso de consejería.

Los datos recopilados por las clientas simuladas indican que los proveedores no usaron su tiempo en forma eficiente. Por

ejemplo, en el 82% de las visitas se habló sobre el posible uso del condón, pero solamente en el 18% de las visitas se recomendó este método de barrera como una posible opción mientras la clienta esperaba para empezar a usar el inyectable; en consecuencia, en el 64% de las visitas (a decir, 82–18) los proveedores se refirieron al condón sólo en el contexto de las opciones generales. Pero era bien claro que las clientas simuladas no estaban interesadas en esta información generalizada sobre el condón, y los proveedores podrían haberse enterado fácilmente sobre las preferencias de método de las clientas, simplemente preguntándoles sobre las actitudes de sus parejas (que no estaban dispuestos a usar el condón).

Además, en el 26% de los casos, los proveedores presentaron la opción de la esterilización femenina a clientas que no estarían receptivas a este método; si se les hubieran preguntado sobre sus intenciones reproductivas (en sólo el 7% de los casos se les preguntó si deseaban tener más hijos), los proveedores hubieran excluido esta opción de la discusión y podrían haber utilizado el tiempo de la consulta en forma más eficaz. En sus conversaciones sobre posibles opciones, el 6% de los proveedores no hablaron sobre ningún método o apenas uno de ellos, el 10% mencionó 2–3 métodos, el 46% 4–5 métodos y el 37% 6–7 métodos (no reportado).

Por otro lado, mientras el 74% de los proveedores excluyeron la esterilización femenina de su discusión de opciones anticonceptivas, ellos lo hicieron utilizando un criterio que no tenía nada que ver con los deseos de sus clientas, dado que no les habían preguntado sobre sus intenciones reproductivas, incluyendo el número de hijos que ellas consideraban ideal. Presumimos que los proveedores concluyeron que la esterilización era una opción equivocada simplemente porque las clientas eran jóvenes, no tenían un riesgo reproductivo y no habían aún alcanzado el número ideal de hijos.

Áreas de información transmitida

En la primera columna del Cuadro 2 (página 6) se presenta el promedio de veces que los proveedores abordaron los temas de cada una de las ocho áreas. Por ejemplo, las clientas simuladas registraron en su lista de chequeo que, en promedio, los proveedores cubrieron el 65% de las preguntas generales (por ejemplo, el resultado de hacer el promedio de los seis porcentajes que correspondían a cada una de las preguntas de esa área). Se calcularon

Cuadro 2. Porcentaje promedio de temas sobre los cuales se intercambió información correspondiente a cada área, correlación entre puntajes por área y duración de la sesión en minutos, y congruencia interna de cada área

Área	%	Correlación	Congruencia
Preguntas generales (6 temas)	65	,08	,12
Ofrecimiento de métodos (8 temas)	72	,33*	,76
Instrucciones para el uso del AMPD (4 temas)	53	,27*	,26
Mecanismos de acción del AMPD (2 temas)	23	,10	,44
Contraindicaciones del AMPD (6 temas)	13	,04	,41
Efectos secundarios/señales de alerta del AMPD (6 temas)	45	,13	,55
Instrucciones sobre el uso de métodos de barrera (9 temas)	30	,19*	,87
Evaluación de seguimiento (4 temas)	16	,26*	,23

* $p < .05$ (prueba de dos colas). *Notas:* La correlación se mide mediante el uso del coeficiente Pearson. La congruencia se mide utilizando el alfa de Cronbach.

promedios similares por encima del 50% para las áreas de opciones de métodos (72%) e instrucciones sobre el uso del AMPD (53%). En forma inversa, los proveedores cubrieron menos del 25%, en promedio, de los temas individuales de las tres áreas siguientes—mecanismos de acción del AMPD (23%), tamizaje por la presencia de contraindicaciones del AMPD (13%) y el seguimiento al proceso de comunicación (16%).

En el Cuadro 2 también se presentan las correlaciones Pearson entre la duración de las sesiones (2–45 minutos) y la suma de los puntajes (observado=1, no observado=0) dentro de cada una de las áreas de contenido, usando cada una de las 114 sesiones como unidades de análisis. Hubo cuatro correlaciones significativas ($p < .05$) entre la duración de la sesión y su contenido: conversaciones sobre opciones de an-

existía una relación con la duración de la sesión hubo material específico al método seleccionado por las clientas simuladas.

De acuerdo con los coeficientes de consistencia interna correspondientes a los puntajes resumidos (los cuales están basados en las intercorrelaciones entre las preguntas dentro de cada área¹³), solamente dos áreas—el ofrecimiento a la clienta de una amplia gama de métodos y la descripción de los métodos de barrera—están caracterizadas por elevados valores alfa. Esto sugiere que el comportamiento de los proveedores en estas dos áreas de contenido específico era muy congruente. Es decir, los proveedores que hablaban sobre un método específico como el DIU, eran también proclives a hablar sobre otros métodos, tales como el AMPD y las tabletas vaginales; en forma inversa, los proveedores que no mencionaron

algún método en particular eran menos proclives a hablar de la mayoría de los otros métodos. En forma similar, los proveedores que les impartieron instrucciones a las clientas sobre la forma de uso del condón, también eran proclives a dar instrucciones sobre el uso de las tabletas vaginales. El contenido de la categoría de preguntas generales, por otro lado, presenta un alfa muy bajo, lo cual indica que una sola pregunta general (por ejemplo, sobre la edad de la clienta) no predecía si también se le harían otras preguntas adicionales (por ejem-

plo, sobre las intenciones reproductivas de la clienta).

Puntaje total de información transmitida

De un máximo puntaje de 45 áreas marcadas, y un mínimo de 0, el puntaje total promedio fue de 18,8. La elevada coherencia interna de este puntaje—de un valor alfa de ,84—indica que los proveedores más eficaces ofrecieron consistentemente la mayoría de los intercambios de información previstos; los proveedores de logros promedio obtuvieron un puntaje mediano; y los de más bajo rendimiento obtuvieron un puntaje bajo. El puntaje total fue normalmente distribuido (Kolmogorov-Smirnov $Z = ,921$, $p < ,50$, prueba de dos colas).

La correlación Pearson entre la duración de una sesión en minutos y el puntaje total de la información transmitida fue de ,36 ($p < ,001$, prueba de dos colas). Pero la distribución de los datos brutos sobre la duración de las sesiones fue positivamente sesgada (Kolmogorov-Smirnov $Z = 1,938$, $p < ,001$, prueba de dos colas), lo cual exige una observación más detenida. La Figura 1 presenta el puntaje promedio de información transmitida en cada una de las cuatro duraciones de una sesión de consejería. Definimos las categorías de tiempo de duración para reflejar la forma en que se agrupaban las sesiones en intervalos de tiempo específicos: 2–8 minutos ($N = 22$), 9–14 minutos ($N = 31$), 15–20 minutos ($N = 38$) y 21–45 minutos ($N = 23$).

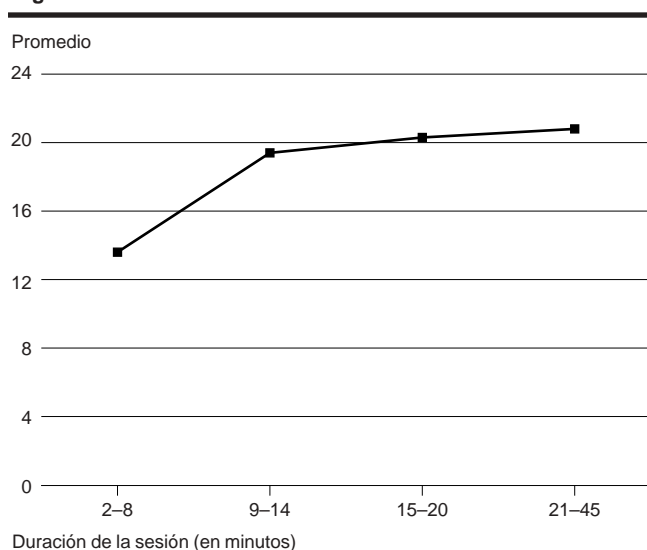
En aquellas sesiones de consejería que tenían una duración de solamente 2–8 minutos, los proveedores lograron solamente el 30% del total del puntaje de rendimiento posible (13,5 puntos de 45,0). Durante las sesiones que duraban 9–14 minutos, este porcentaje del puntaje máximo aumentó significativamente en un 43% (prueba no paramétrica de Mann-Whitney, $U = 146,5$, $p < ,000$, prueba de dos colas), para alcanzar un puntaje de 19,4.

Aumentos mayores de la duración de las sesiones estuvieron relacionados con mejoras más pequeñas del puntaje total de información intercambiada. Por ejemplo, cuando la duración de la sesión aumentó a 15–20 minutos, el puntaje total aumentó en menos del 5% (aumento no significativo), y si una sesión duraba el máximo de 21–45 minutos, el puntaje total sólo llegó al 46% del total posible (20,7 de un máximo de 45,0).

Discusión

En las conversaciones mantenidas entre los supervisores del proyecto y los proveedores luego de concluido el estudio,

Figura 1. Número promedio de temas sobre los cuales los proveedores intercambiaron información con las clientas simuladas, según la duración de la sesión



muchos proveedores justificaron sus omisiones en las sesiones de consejería alegando que ello se debía a la falta de tiempo; ninguno mencionó la carencia de suministros de AMPD o de otros métodos como una razón por la cual se había intercambiado una cantidad limitada de información específica. Si bien estos resultados confirman las aseveraciones de los proveedores de que la falta de tiempo afecta su rendimiento, surgió un factor calificativo muy importante: hubo un mejoramiento significativo de la cantidad de información relevante que se intercambió solamente cuando las sesiones se prolongaron hasta 14 minutos. Cuando las sesiones se prolongaron más, fue trivial el mejoramiento en la cantidad de información útil intercambiada.

Este resultado no se puede atribuir a que determinadas clientas tendían a reportar duraciones específicas de sus sesiones. Analizamos la distribución de las duraciones de las sesiones de consejería para hacer una prueba de esta posibilidad. De las clientas simuladas, solamente dos registraron duraciones de sesiones que cayeron dentro de los mismos parámetros para todas sus visitas (9–14 minutos en un caso y 21–45 minutos en el otro). Entre las otras 26 clientas, las duraciones estimadas de las sesiones fueron distribuidas por todos los cuatro niveles de duración.

En consecuencia, nuestro estudio demuestra que es necesario que ocurra cierta cantidad de interacción entre el proveedor y la clienta para asegurar un nivel mínimo del intercambio de información: los proveedores progresaron muy poco cuando realizaban sesiones que duraban únicamente 2–8 minutos, en tanto que si disponían de 9–14 minutos, aumentaba significativamente la cantidad de información que se intercambiaba. No obstante, al aumentar la duración del tiempo de las sesiones más allá de los 14 minutos, no mejoraba significativamente la cantidad de información relevante que se intercambiaba. Si disponían de más tiempo, los proveedores se centraban en detalles que eran irrelevantes con respecto a las necesidades de sus clientas.

Los resultados que hemos obtenido sugieren con firmeza que una vez que la clienta elegía un método, los proveedores hacían muy pocos esfuerzos por volver a hablar sobre ese método. En general, los proveedores pasaban por alto las contraindicaciones y no utilizaban el tiempo extra para dar más información detallada sobre los efectos secundarios o los señales de alerta del método seleccionado. Por ejemplo, los proveedores incluían con

mayor frecuencia en sus conversaciones instrucciones sobre el uso de un método que no le interesaba a la clienta (el condón) que sobre los hechos esenciales del método escogido por la clienta (por ejemplo, que la próxima inyección trimestral debía ser administrada dentro del periodo de dos semanas de la fecha programada y que el abandono del uso del AMPD podría producir un periodo de infertilidad temporal).

Varias clientas simuladas describieron la interacción entre la clienta y el proveedor como un proceso que ocurría en cuatro etapas: primero, el proveedor formulaba algunas preguntas para evaluar las necesidades de la clienta; segundo, hablaba sobre diferentes opciones (con frecuencia utilizando un rotafolio); tercero, le indicaba a la clienta que eligiera un método; y cuarto, preparaba el método escogido y empezaba a despachar a la clienta.

Nos gustaría destacar los problemas que se presentan en este esquema de sesiones de consejería, centrando la atención en el sesgo inherente de la tarea de los proveedores al ejecutar la etapa 1, y en su ineficiencia al ejecutar la etapa 2.

• *Evaluación inadecuada de las necesidades de las clientas.* Las preguntas que formularon los proveedores durante la etapa 1 del proceso de consejería eran todas de carácter médico. Por ejemplo, preguntaban la edad de la mujer (relevante para el uso de la píldora), su paridad (un indicador de riesgo reproductivo), uso previo de anticonceptivos (para conocer la tolerancia de la clienta con respecto a métodos específicos) y la fecha de su último periodo menstrual (para eliminar la posibilidad de un embarazo).

No obstante, la mayoría de los proveedores no preguntaron a sus clientas cuestiones básicas acerca de sus intenciones reproductivas—tales como si deseaban tener más hijos. A estas mujeres, a quienes se les instruyó que dijeran que usaban el método del ritmo, rara vez se les preguntó sobre la forma en que estaban usando este método. En consecuencia, cuando los proveedores diagnosticaban las necesidades anticonceptivas de sus clientas, parece que lo hacían influenciados por los hábitos del pasado, cuando los proveedores tomaban en cuenta solamente los criterios médicos del caso y tomaban las decisiones para sus clientas.

• *Presentación innecesaria de todas las opciones disponibles de anticonceptivos.* Los proveedores actuaron como si tuvieran que describir todos los atributos y modos de uso de casi todos los métodos anticonceptivos ofrecidos por el programa. Dentro de esta amplia gama de métodos se en-

cuentran el condón, las tabletas vaginales y otros espermicidas, la píldora, el AMPD, el DIU, la ligadura de trompas, la vasectomía, el implante, el método del ritmo y el de la amenorrea de la lactancia. De hecho, las sesiones se organizaron con el uso de un rotafolio que describía todos los tipos de anticonceptivos disponibles. Sin embargo, en la mayoría de los casos se excluyeron la esterilización y el ritmo debido a preconceptos firmemente arraigados. Para la mayoría de los proveedores, el método del ritmo es ineficaz¹⁴ y la esterilización no es recomendada para mujeres jóvenes con pocos hijos.

Si bien la rígida ejecución de la etapa 2 puede responder en parte a una tendencia internacional, también puede ser una reacción específica ante los escándalos que plagaron el programa nacional de planificación familiar del Perú, durante los últimos años de la década de los 1990. En 1997, grupos en pro de derechos humanos, activistas religiosos y feministas criticaron severamente a los proveedores del Ministerio de Salud, alegando que éstos coaccionaban a sus clientas para que aceptaran métodos de larga acción, tales como la esterilización. Un paradigma de consejería basado en el examen de prácticamente todos los métodos y luego permitirle a la clienta que elija uno por sí misma, difícilmente puede ser visto como una actitud coerciva; pero centrar el proceso en el acto de elegir un método va en detrimento de centrarse en el método mismo que haya elegido la clienta.

Las discusiones sobre políticas que centran en la necesidad de mejorar la calidad de la atención del programa de planificación familiar, destacan la importancia que tiene un periodo de tiempo suficiente para ofrecer una consejería adecuada. Pero la inversión de más tiempo en aconsejar a las clientas no parece ser una solución viable para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos en las clínicas del Ministerio de Salud del Perú. En realidad, aproximadamente el 50% de los proveedores profesionales de los centros de salud del Ministerio tienen actualmente contratos a corto plazo con el proyecto Salud Básica para Todos, un emprendimiento realizado por el gobierno, en 1993, que fija metas cuantitativas para mejorar la cobertura básica de los servicios de salud.¹⁵

Finalmente, además de ofrecer servicios de planificación familiar, los proveedores deben atender otras necesidades de salud de las clientas, tales como servicios reproductivos y de salud materno-infantil, y al mismo tiempo deben realizar varias funciones administrativas. Frente a estas

demandas, es poco probable que los proveedores aumenten la duración de las sesiones hablando de planificación familiar con cada clienta.

No obstante, el programa de planificación familiar del Ministerio puede mejorar sus servicios de manera que los proveedores utilicen su tiempo disponible en una forma más eficaz. Actualmente, los adiestradores del programa utilizan un modelo denominado "Cinco pasos de la consejería"¹⁶ que consiste en lo siguiente: establecer una relación amistosa con la clienta; identificar las necesidades de la clienta; responder a esas necesidades; cerciorarse que la clienta comprendió la información; y mantener una relación cordial con la clienta.

Las normas para los pasos dos y tres son especialmente vagas. Un modelo de consejería mejorado debería especificar que en lugar de centrarse en evaluar las necesidades bajo un prisma estrictamente médico, los proveedores deberían adoptar un enfoque más práctico que tome en cuenta las creencias y actitudes de la clienta (y de su pareja) que influyen en la elección de un método. Asimismo, en lugar de hablar en forma detallada sobre la mayoría de los métodos, los proveedores deberían centrar la discusión en los pocos métodos que son realmente relevantes con respecto a la situación de la clienta. El tiempo que se ahorre durante la sesión antes que la clienta seleccione un método podría ser invertido más eficientemente en aconsejarla sobre temas específicos relacionados con el método escogido (por ejemplo, detectar si la clienta presenta contraindicaciones con respecto a ese método y explicarle la forma de usarlo y hablar sobre los efectos secundarios y señales de alerta del método).

No obstante, se deben mencionar varias advertencias. En primer lugar, las clientas simuladas no registraron con exactitud la duración de las sesiones de consejería, sino que simplemente las estimaron. Creemos que si bien es probable que se haya cometido errores de cálculo sobre la duración de las sesiones y esto podría afectar la exactitud de los datos registrados (por ejemplo, la duración límite de 14 minutos que se mencionó anteriormente), este tipo de error no alteraría las relaciones esenciales que se identificaron en este estudio.

En segundo lugar, el perfil de la clienta representado por las clientas simuladas indicó la selección del AMPD, un método que es más fácil de suministrar que la píldora o el DIU (por ejemplo, conlleva un menor número de instrucciones de uso, así como menos efectos secundarios y contraindicaciones). Si las clientas eligieran la píldora o el DIU, las sesiones de consejería probablemente se prolongarían, pero de cualquier forma los resultados no serían sustancialmente diferentes.

Una tercera señal de cautela surge del hecho de que de un máximo de 45 asuntos, los proveedores, en promedio, lograron cubrir solamente 18,8. Este dato no refleja necesariamente una baja calidad general de los servicios de planificación familiar ofrecidos en las instalaciones del Ministerio de Salud del Perú. El test de servicios es una rigurosa metodología de evaluación que se centra en aspectos específicos de la conducta observada de los proveedores. Por ejemplo, su instrumento verifica la presencia (un punto), opuesto a la ausencia (ningún punto), de una mención de cada efecto secundario relevante; sin embargo, otros instrumentos, tales como el instrumento de observación de Tulane,¹⁷ centran la atención en la mención de cualquier efecto secundario (por ejemplo, un punto por la mención de cualquier efecto secundario y cero puntos solamente si no se menciona ningún efecto secundario). Por lo tanto, el test de servicios y el instrumento de Tulane no son estrictamente equivalentes, y el test de servicios necesariamente producirá resultados peores.

Actualmente, el Ministerio de Salud del Perú está experimentando con una estrategia reformulada para las actividades de consejería en selectos centros de salud, la cual pone énfasis en un manejo más equilibrado de la situación por parte del proveedor—es decir, se usa menos tiempo en ayudar a las clientas a escoger un método, básicamente evitando los temas irrelevantes, lo cual permite disponer de más tiempo para dedicarlo a hablar sobre el método anticonceptivo escogido.¹⁸ Sospechamos que estas tendencias de consejería que se encontraron en este estudio peruano, probablemente sean comunes en otros países, y que otros programas de planificación familiar también podrían beneficiarse al introducir soluciones similares.

Referencias

1. Bruce J, Fundamental elements of the quality of care: a simple framework, *Studies in Family Planning*, 1990, 21(2):61-91.
2. Kim YM, Kols A y Mucheke S, Informed choice and decision-making in family planning counseling in Kenya, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(1):4-11.
3. Mensch BS et al., Family planning in Nairobi: a situation analysis of the City Commission clinics, *International Family Planning Perspectives*, 1994, 20(2):48-54.
4. Miller K et al., *Clinic-Based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings from Situation Analysis Studies*, Nueva York: Population Council, 1998.
5. Bertrand JT, Prueba de campo conducida en varios países sobre indicadores de calidad de atención en programas de planificación familiar en clínicas, ponencia presentada en la reunión del Population Council con agencias cooperantes, Lima, 17 de junio, 1999.
6. Cáceres C y Villanueva E, Comportamiento del proveedor en la consulta de planificación familiar, en León FR, ed., *Quality of care and user outcomes in the province of Santa, Peru: 1. a diagnostic study with focus on providers*, Final Report of INOPAL III Sub-Project, Lima: Population Council, 1997.
7. León FR et al., Developing algorithmic instruments to help providers and users to implement the new reproductive health care guidelines issued by the Ministry of Public Health of Ecuador, Final Report of INOPAL III Sub-Project, Lima: Population Council, 1998.
8. León FR et al., *Mejorando la Calidad y Acceso a Servicios de Planificación Familiar en Ambitos Rurales y Semi-Rurales del Perú*, Lima: Instituto Andino de Demografía y Población, 1994.
9. Ramos I y Wong L, Soluciones discutidas con los proveedores, en León FR, 1997, op. cit. (véase referencia 6).
10. León FR, Peru: provider's compliance with quality of care norms, Final Report of FRONTIERS Project, Lima: Population Council, 1999.
11. León FR et al., 1994, op. cit. (véase referencia 8).
12. Ministerio de Salud del Perú, Programa de Planificación Familiar, Estadísticas de Servicios de Planificación Familiar de 1998.
13. Cronbach L, Coefficient alpha and the internal structure of tests, *Psychometrika*, 1951, 16:297-334.
14. Snowden R et al., Physicians' views of periodic abstinence methods: a study in four countries, *Studies in Family Planning*, 1988, 19(4):215-226.
15. Parra J, Programa Nacional de Planificación Familiar del Perú, Lima, comunicación personal, 12 de diciembre, 2000.
16. *Manual de Normas y Procedimientos para Consejería en Planificación Familiar*, Lima: Ministerio de Salud, 1998.
17. Miller K et al., 1998, op. cit. (véase referencia 4); y Bertrand JT, 1999, op. cit. (véase referencia 5).
18. León FR, Provider and client impacts of an intervention designed to improve the provider-client interaction in Ministry of Health clinics in Peru, FRONTIERS Operations Research Project Proposal, Lima: Population Council, 31 de mayo, 2000.