

# Boletín Médico de IPPF

## Contenido

Declaración del IMAP sobre consejería anticonceptiva	1
Impulso al cambio en entornos médicos: algunas consideraciones para los programas de planificación familiar	
Roy Jacobstein, M.D., M.P.H.	3

## Declaración del IMAP sobre consejería anticonceptiva

### Introducción

Las decisiones relacionadas con el comportamiento sexual y reproductivo, incluido el uso de anticonceptivos, son importantes. Estas decisiones tienen un impacto significativo en la vida personal y familiar, tanto en el corto como en el largo plazos. Implican consideraciones biomédicas, culturales, socioeconómicas y éticas. Las y los prestadores de servicios de planificación familiar deben ayudar a sus clientes a abordar estos temas, especialmente cuando se trata de decisiones con efectos permanentes o a largo plazo. Las investigaciones muestran que cuando el personal de prestación de servicios dedica tiempo a informar a sus clientes de manera precisa y a escuchar y responder a sus preocupaciones e inquietudes, mejora la adherencia al anticonceptivo elegido.

La consejería anticonceptiva es un proceso individualizado de comunicación, a través del cual una persona ayuda a otra a identificar sus necesidades de salud sexual y reproductiva y a tomar las decisiones más apropiadas relacionadas con el uso seguro y efectivo de la anticoncepción. La consejería se caracteriza por el análisis, la deliberación y por el intercambio de información y puntos de vista.

### Consideraciones relacionadas con la consejería anticonceptiva

Al llevar a cabo la consejería a clientes sobre el uso de la anticoncepción, debe tenerse en mente los siguientes puntos:

- La calidad de la consejería depende no solamente de los conocimientos de la persona que presta el servicio, sino también de su actitud, misma que determina la calidad de la interacción con la o el cliente. Puesto que las y los clientes tienen diferentes necesidades y diferentes niveles de conocimientos y comprensión, la consejería debe ser sensible a sus características y necesidades.
- La consejería debe proporcionar la información esencial y los elementos de análisis necesarios para posibilitar que las y los clientes hagan una elección adecuada del anticonceptivo y para ayudarles a usar el método de manera correcta y consistente. La consejería debe propiciar un análisis útil sin abrumar a la o el cliente con información.
- Es necesario ganarse la confianza de las y los clientes con el propósito de que se sientan lo suficientemente cómodos para conversar acerca de sus necesidades. Idealmente, el personal de consejería debe asignar suficiente tiempo para entablar un diálogo real con sus clientes. El manejo del tiempo es importante, con el objeto de dar prioridad a los temas que son críticos para la o el cliente. La confidencialidad del cliente debe respetarse en caso de que no desee abordar algún tema en particular.
- El medio ambiente en el cual se desarrolla la consejería debe garantizar la privacidad y confidencialidad para aumentar la confianza, la comunicación y la comprensión de la o el cliente.
- Es importante evitar malos entendidos o la omisión de información o instrucciones de crucial importancia. Por esa razón, el personal de consejería debe evaluar el nivel de comprensión del cliente y, según sea apropiado, proporcionarle recordatorios en forma de información impresa, incluidos algunos dibujos que pudieran facilitar que recuerde los detalles proporcionados durante la consejería. Los materiales audiovisuales, como el rotafolio y la exhibición de anticonceptivos, son de mucha utilidad durante la

consejería. Tales materiales, cuando están basados en evidencia y han sido adaptados a la cultura local, son herramientas esenciales para la consejería.

- No debe esperarse que las y los clientes aprendan todo lo que deben saber en una sola sesión de consejería. La consejería debe ser complementada con otros métodos educativos e informativos, como son las sesiones de grupo, los carteles, los folletos, los videos, así como las referencias a portales electrónicos informativos, etc.
- Puede permitirse que los miembros de la familia, como la pareja de la o el cliente, su madre o suegra, asistan a la sesión de consejería si esto es preferible y culturalmente aceptable. Los estudios muestran que la adherencia al método anticonceptivo elegido aumenta si la familia se involucra en la consejería y en la toma de decisiones.
- La consejería anticonceptiva debe incluir información sobre el conocimiento de los signos de fertilidad, especialmente para hombres y mujeres jóvenes, que pueden no estar enterados de la disminución de la fertilidad con la edad.

Las y los clientes que requieran o soliciten apoyo en la selección de un método anticonceptivo, respecto al cual ya tengan algún conocimiento previo proveniente de otras fuentes, deben ser informados sobre las opciones más convenientes disponibles. La consejería debe incluir el análisis de las características, efectividad, mecanismo de operación, criterios médicos relevantes de elegibilidad y posibles efectos secundarios del método anticonceptivo. El personal de consejería debe recordar que cada individuo percibe y evalúa las ventajas y desventajas de manera diferente. Así, la o el consejero no debe imponer su opinión al cliente, aunque debe presentar con claridad los aspectos relacionados con los criterios médicos de elegibilidad y valorarlos con su cliente para determinar las opciones más convenientes. La deliberación debe desarrollarse conforme al interés, a la preferencia manifestada y a las preguntas de la o el cliente. Muy frecuentemente, las y los clientes ya han elegido un método cuando acuden al sitio de prestación de servicios. En ese caso, la consejería debe concentrarse principalmente en ayudar a considerar la conveniencia de ese método en las circunstancias particulares del cliente y, entonces, presentar otras opciones apropiadas para su análisis. Las y los clientes tienen más probabilidades de tener éxito con el uso de un método que ellos mismos han seleccionado.

La o el consejero debe proporcionar información sobre la tasa de fallo de cada método y orientación sobre qué hacer en caso de fallo. El personal de consejería debe contar con suficiente información relacionada con el acceso al aborto seguro; aún en países en donde el aborto es legal, las clientas pueden tener dificultades para obtener dicha información.

La consejería anticonceptiva proporciona una oportunidad de analizar la necesidad de protección del cliente contra las infecciones de transmisión sexual (ITS). Las y los clientes deben estar siempre informados de que solamente los condones han demostrado su capacidad de proteger contra la infección por VIH.

Es necesario planificar una serie de contactos de seguimiento convenientes con la clientela y alentarles a que acudan al personal de prestación de servicios o consejería cada vez que necesiten conversar sobre cualquier temor o problema que tengan con su método anticonceptivo u otras necesidades de salud reproductiva. Las visitas de seguimiento son una buena oportunidad para la educación continua y para analizar otros aspectos de la salud sexual y reproductiva de cada cliente y que no hayan sido tratados en la primera visita. Estas visitas también ofrecen la oportunidad de analizar el éxito de un método elegido o de sugerir opciones alternativas si la o el cliente no está satisfecho.

### Capacitación del personal de consejería

El personal debe ser capacitado en técnicas de consejería y supervisión de apoyo, para garantizar la satisfacción del cliente, una adecuada continuación del método anticonceptivo y un uso exitoso. Además de

quienes se especializan en consejería, todo el personal que tenga un contacto sustancial con la clientela debe ser capacitado en habilidades de comunicación y técnicas de consejería. Estas técnicas incluyen capacidades verbales y no verbales, como el uso de un lenguaje que sea fácilmente comprensible para la clientela, la escucha activa, la introducción de preguntas relevantes, así como la forma de evaluar el grado de comprensión de cada cliente acerca de la información proporcionada. Para proporcionar consejería de manera efectiva, el personal de planificación familiar debe estar convencido del valor de la anticoncepción y tener información correcta y actualizada sobre los métodos disponibles. Este personal debe hacer a un lado cualquier preferencia o sesgo que pudiera tener y apoyar a sus clientes para que tomen sus propias decisiones sexuales y reproductivas.

### Consejería en situaciones especiales

El personal de consejería debe ser receptivo a las necesidades especiales de clientes como las personas adolescentes, mujeres en la peri menopausia, mujeres en período postparto y postaborto, individuos con condiciones médicas como el VIH y clientes con discapacidades.

La consejería y los servicios anticonceptivos deben estar fácilmente disponibles para las personas **adolescentes**. Las instalaciones deben estar planeadas y desarrolladas con el propósito de atraer a las y los adolescentes y garantizar que no se sentirán amenazados o avergonzados por solicitar consejería o servicios anticonceptivos. La consejería debe siempre estar claramente vinculada con la prestación de los servicios.

Cuando se proporciona consejería a **mujeres peri menopáusicas**, es importante tener en mente que aunque la fertilidad está disminuyendo y un método menos efectivo puede resultar apropiado, para las mujeres en este grupo de edad un embarazo no deseado puede representar una situación especialmente difícil. El DIU liberador de levonorgestrel proporciona protección contra el embarazo y, al mismo tiempo, reduce el sangrado menstrual excesivo; problema que es común en mujeres peri menopáusicas. El personal de consejería debe informar a sus clientas sobre este método, si está disponible y si está a un precio accesible.

El embarazo y el período **postparto** ofrecen una buena oportunidad para educar a mujeres y hombres sobre la importancia del espaciamiento de los hijos, la nutrición materna, el amamantamiento y los métodos de anticoncepción. Es importante aconsejar a las mujeres en período postparto que estén amamantando, sobre el uso del método de lactancia amenorea (LAM). Una mujer está protegida del embarazo durante los primeros seis meses del período postparto si está practicando el amamantamiento exclusivo o casi exclusivo y sus períodos menstruales no han retornado. Cuando se analiza la necesidad de una anticoncepción efectiva, debe hacerse énfasis en la importancia de un método que no afecte de manera adversa el éxito de la lactancia o la salud del infante. Debe advertirse a las mujeres en período postparto y que no tengan intención de amamantar, que la fertilidad puede regresar en un plazo de tres semanas después del parto.

Debe informarse a las mujeres que solicitan un **aborto** que la concepción puede ocurrir en el plazo de un mes después del procedimiento. Debe ofrecerse a cada cliente de aborto el anticonceptivo de su elección. La anticoncepción de acción prolongada (dispositivo intrauterino o implantes subdérmicos), debe proporcionarse inmediatamente después del aborto. Las adolescentes postaborto requieren especial cuidado y atención durante la consejería, especialmente para darles la seguridad de que la terminación segura del embarazo no compromete su fertilidad futura.

Las mujeres que se presentan con un **aborto incompleto** deben recibir atención de aborto seguro, con el fin de evitar complicaciones que pudieran conducir a una severa morbilidad o muerte. Después de haber completado el procedimiento de manera segura, debe abordarse el tema de la anticoncepción.

Una mujer con alguna condición de salud que pudiera hacer que un embarazo sea riesgoso, puede querer considerar métodos anticonceptivos de alta eficacia. Cuando se proporciona la consejería a **mujeres con condiciones médicas**, las y los prestadores de servicios de salud y planificación familiar tienen que considerar la motivación de la mujer, su capacidad de usar un método en particular y el efecto que un embarazo pudiera tener en el desarrollo de su enfermedad. Su decisión anticonceptiva se basará en varios factores, incluidas la naturaleza y severidad de la condición médica, los riesgos para la salud asociados tanto con el embarazo como con las opciones de anticoncepción disponibles, así como la salud futura de la clienta. El libro de Criterios de Elegibilidad Médica (CEM) y el disco CEM son herramientas útiles para ayudar a las y los prestadores de servicios a encontrar opciones para clientas que presentan condiciones de salud.

**Las y los clientes que viven con el VIH (PVVIH)** necesitan acceso a servicios de anticoncepción si desean evitar o retrasar el embarazo. Ellos necesitan consejería sobre la doble protección, así como información actualizada sobre la seguridad de los métodos anticonceptivos en

combinación con los medicamentos antirretrovirales (ARV) u otras medicinas. La valoración y el apoyo a personas y parejas que viven con el VIH y que desean tener hijos son un componente necesario de la consejería y los servicios de planificación familiar. El uso de los ARV ha conducido a una disminución significativa en la transmisión del VIH de madre a hijo. Los PVVIH, quienes con frecuencia tienen las mismas aspiraciones familiares que otros clientes que no son VIH-positivos, deben recibir la misma consejería anticonceptiva que éstos.

Las y los **clientes con discapacidades** pueden tener dificultades para lograr el acceso a cualquier servicio; pero puede ser aún más difícil obtener información o acceso a los de planificación familiar. Mucha gente, incluidos algunos trabajadores sanitarios pueden creer que las mujeres y hombres con discapacidades no pueden o no deben tener relaciones sexuales o embarazarse; y, por lo mismo, no darles la información o asesoría que necesitan. La consejería debe apoyar los derechos de las personas con discapacidades para decidir libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de sus hijos, así como para tener acceso a información y educación de calidad apropiada para la edad sobre salud sexual y reproductiva y planificación familiar.

Las decisiones sobre la anticoncepción apropiada deben tomar en cuenta la naturaleza tanto de la discapacidad como del método, así como los deseos expresados del individuo. Por ejemplo, puede ser difícil utilizar algunos métodos de barrera para quienes tienen una destreza manual limitada; los anticonceptivos orales combinados (AOC) pueden no ser apropiados para mujeres con una circulación deficiente o extremidades inmóviles, aún en ausencia de mutaciones trombogénicas conocidas, debido a un posible mayor riesgo de trombosis venosa profunda (TVP); y otros métodos serán preferibles para individuos con discapacidad intelectual o de salud mental, para quienes es un reto recordar que tienen que tomar medicamentos con regularidad. Para mujeres que tienen dificultades con la higiene menstrual, también debe considerarse el impacto del método anticonceptivo en los ciclos menstruales.

Las decisiones tienen que basarse en una elección informada, después de una adecuada educación en salud sexual. En los casos en los que la naturaleza de la deficiencia o discapacidad no permita una elección informada independiente, los anticonceptivos deben proporcionarse solamente después de un proceso de toma de decisiones asistida, que incluya a las y los clientes, así como a las partes relevantes que incluyen a un defensor de la paciente, personas de apoyo o tutores. Los derechos reproductivos de la persona deben ser preservados en cualquiera de esas decisiones. Es especialmente importante asegurar que las decisiones sobre la esterilización de personas con discapacidades se tomen de una manera ética.

Las **parejas** o miembros de la familia que asisten a la clínica deben recibir consejería juntos, pero es importante recordar el derecho de la mujer a tomar una decisión libre. El personal de consejería debe dar oportunidad a la mujer de recibir el servicio de consejería ella sola.

**Clientes jóvenes que solicitan esterilización:** Debe informarse a las y los clientes que muchos métodos modernos proporcionan anticoncepción reversible y segura, que es tan efectiva como la esterilización. La consejería debe asegurar que cualquier cliente que requiera esterilización comprende que el método es permanente. La o el consejero debe revisar con su cliente las situaciones potenciales en las que la persona puede desear cambiar la decisión por esterilización y debe, entonces, ofrecer anticoncepción reversible a largo plazo como una alternativa. Dado que las y los clientes jóvenes pueden arrepentirse de la esterilización, deben ser aconsejados muy cuidadosamente.

*Esta Declaración fue desarrollada por el Panel Asesor Médico Internacional (IMAP) en 1994 y revisada en 2009. IPPF se reserva el derecho de enmendar esta Declaración a la luz de futuros acontecimientos en este campo.*

*Consulte también las Declaraciones del IMAP sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres (2009), Anticoncepción para adolescentes en la era del VIH/SIDA (2006), Necesidades de salud de las mujeres peri menopáusicas (2009), Aborto seguro (2006), Anticoncepción de Emergencia (2004) y Amamantamiento y anticoncepción postparto (2008).*

# Impulso al cambio en entornos médicos: algunas consideraciones para los programas de planificación familiar

Roy Jacobstein, M.D., M.P.H.

## Introducción

Gran parte de la provisión de métodos anticonceptivos y la prestación de servicios en los programas de planificación familiar (PF) ocurre en entornos médicos. La prestación de servicios de PF depende de los conocimientos, habilidades y comportamiento de las y los prestadores de servicios en esos entornos. Aquellas personas que proporcionan asistencia técnica a los programas de PF deben comprender la naturaleza de los entornos clínicos y la dinámica del cambio de comportamiento en ellos, con el fin de aumentar el acceso a los servicios de PF de calidad.

## La naturaleza de los entornos médicos

La medicina es una disciplina científica basada en la evidencia, con arte en su práctica y benevolencia en lo esencial. Los entornos médicos son jerárquicos y conservadores, con políticas bien establecidas, prácticas de rutina y donde las y los prestadores de servicios actúan como guardianes de los servicios. Algunos problemas frecuentes incluyen: no percibir la necesidad del cambio en políticas y prácticas y, por lo tanto, presentar resistencia a cambios propuestos; ignorancia de los últimos hallazgos científicos sobre los beneficios y riesgos de los métodos de PF; y preocupación sobre la prestación de ciertos métodos, a pesar de que los Criterios de Elegibilidad Médica de la OMS indiquen que casi todas las mujeres pueden usar casi todos los métodos de PF de manera segura en las diferentes etapas de la vida reproductiva.<sup>1</sup>

## “El daño de no actuar”

“Primero no hacer daño” es un principio médico fundamental. Conduce a una enorme preocupación acerca de evitar las enfermedades causadas por los médicos. Con frecuencia, sin embargo, al concentrarse en evitar el daño de actuar, el personal de salud presta una atención inadecuada al daño de no hacerlo; esto es, a los efectos negativos de negar las intervenciones.<sup>2</sup> Para referirnos a dos ejemplos comunes: los prestadores que niegan la PF a mujeres que no están menstruando y que buscan la PF,<sup>3</sup> aún cuando el embarazo es un riesgo más grande para la salud; y se muestran renuentes a insertar un dispositivo intrauterino (DIU) debido a temores exagerados de la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) y la infertilidad resultante. Aún así, la ocurrencia de EIP en términos generales en usuarias de DIU es menor a dos casos por 1,000 mujeres-años de uso de DIU y un mayor riesgo de EIP está limitado a los primeros 20 días después de la inserción.<sup>4</sup> Aún en entornos de alta prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), el riesgo de EIP clínica debido al DIU es muy bajo. Las estimaciones oscilan entre 0.075% a 0.15% en África Subsahariana.<sup>5,6</sup> En contraste, una mujer africana subsahariana enfrenta un riesgo de uno en 22 de muerte materna a lo largo de su vida; ocurre una muerte materna por cada 109 nacimientos;<sup>7</sup> y 20 casos de morbilidad ocurren por cada mortalidad.<sup>8</sup>

## Barreras médicas

Muchas barreras limitan la calidad, acceso y uso de la PF. Las barreras pueden ser cognitivas, económicas, culturales, geográficas, o ser parte del sistema de salud. Algunas de ellas, que ocurren en el entorno médico, han sido agrupadas como *barreras médicas* – políticas o prácticas bien intencionadas pero inapropiadas, basadas en un razonamiento médico, el cual impide o evita que las y los clientes reciban anticoncepción. Las barreras médicas más comunes y difíciles de superar incluyen: sesgo del prestador de servicios en contra (o a favor) de un método de PF; aplicación inapropiada de restricciones de elegibilidad; aplicación errónea de contraindicaciones; obstáculos en los procesos (Ej. pruebas de laboratorio innecesarias); y restricciones injustificadas respecto a cuáles miembros del personal se les permite proporcionar un método.<sup>9,10</sup> Una deficiente consejería acerca de los efectos secundarios y un manejo inadecuado de los mismos, son también barreras médicas que limitan la adopción y continuación de la PF.

## La lentitud en el ritmo de cambio en los entornos médicos

Históricamente, el cambio ocurrió lentamente en los entornos médicos. Por ejemplo, tomó 250 años para que las medidas que habían mostrado un efecto preventivo contra el escorbuto, una enfermedad con frecuencia fatal que afectaba grandes números de marineros, fueran adoptadas

universalmente en la marina Británica.<sup>11,12</sup> Aunque Semmelweis demostró que el lavado de manos universal en una solución clorinada evitaba la fiebre puerperal, la cual causó un millón de muertes maternas en Europa en el siglo XIX, él fue ridiculizado y rechazado por su comunidad médica; y así, las medidas que él identificó no se adoptaron sino décadas después de su muerte.<sup>13</sup> Aún en la actualidad los cambios llegan de manera lenta, a pesar de los rápidos canales de comunicación y de la vasta información científica, técnica y programática. Trece años después de que los medicamentos trombolíticos demostraron mejorar los resultados posteriores a los ataques al corazón, solamente el 51% de los cardiólogos expertos en los EE.UU., recomendaban su uso de manera rutinaria.<sup>14</sup> Aunque en los años setentas se demostró que la vasectomía sin bisturí (VSB) causa menos dolor y sangrado que la vasectomía convencional (incisional) y que se introdujo en los EE.UU., en los años ochentas,<sup>15</sup> menos de la mitad de las vasectomías usaron VSB en 2002.<sup>16,17</sup> A pesar de la recomendación de la OMS de una tasa máxima de 15% en la sección cesárea,<sup>18</sup> la tasa en los EE.UU., fue de 24% en 1989, habiéndose elevado al 31% para 2006.<sup>19</sup>

## Las percepciones y dinámica de cambio

El cambio es inevitable, pero inquietante para la mayoría de la gente. Sin embargo, la dinámica del cambio de comportamiento exitoso está bien comprendida y puede guiarnos para lograr mejores resultados en nuestros programas. Esto es afortunado, pues quienes trabajan en PF son todos agentes del cambio. Estamos en el ‘negocio del cambio’.

## La difusión de las innovaciones: una útil explicación de cambio de comportamiento

Mucha gente ha encontrado convincente la teoría de Roger sobre la Difusión de Innovaciones<sup>11</sup> al pensar sobre la forma en que funciona el mundo. Esta teoría explica cómo y por qué ocurre (o no ocurre) el cambio, así como la manera de fomentarlo en contextos de desarrollo. La teoría sostiene que hay tres amplias dimensiones que influyen en el proceso de cambio: 1) las cualidades de la propia innovación o nueva práctica (el ‘qué’ según es percibido por sus recipientes, no por profesionales del desarrollo/salud pública); 2) las características de las personas que potencialmente adoptarán la innovación (el ‘quién’); 3) factores contextuales, Ej. estructuras del sistema de salud, liderazgo y gestión (el ‘cómo’). El no abordar plenamente estas dimensiones explica por qué las personas que formulan las políticas emiten nuevas políticas o directrices, las y los investigadores publican nuevos hallazgos, los programas introducen servicios ‘expandidos’; y, aún así, poco parece cambiar.

## Beneficio percibido: “¿En qué me beneficia esto?”

El beneficio percibido de una innovación o nuevo comportamiento, como la prestación (o adopción) de PF, es la característica más importante para determinar el grado, velocidad y sostenibilidad de su adopción. El beneficio y su característica estrechamente relacionada, la ventaja comparativa, puede darse en términos de ahorros de tiempo o esfuerzo, ganancia económica, mejor salud, o rapidez de la recompensa. Las percepciones de la comunidad científica o del desarrollo respecto a los beneficios de una innovación con frecuencia difieren de las percepciones de las personas a las que se pretende beneficiar. Las y los prestadores de servicios y clientes no son “recipientes vacíos”<sup>11</sup> esperando ser llenados con verdades científicas o ‘mejores prácticas’ – esas personas tienen sus propias verdades que influyen en sus percepciones y comprensión de las innovaciones. (Si con base en la ciencia o en los hechos estas verdades están equivocadas, les llamamos mitos o falsedades).

## Otros factores que influyen en la tasa y grado de adopción y en la sostenibilidad del nuevo comportamiento

La percepción de compatibilidad, simplicidad y de la posibilidad de cualquier nueva idea o práctica de ser observada, también influye en la tasa y grado de su adopción, al igual que lo hacen la personalidad y apertura al cambio de las personas que adoptan (o que potencialmente pueden adoptar) el nuevo comportamiento. Mientras más compatible es una nueva práctica de salud con las normas, comportamientos y cultura existentes en el entorno médico, mayor es la probabilidad de su adopción. Los nuevos comportamientos de salud que se perciben como simples de implementar y culturalmente apropiados tienen mayor probabilidad de ser adoptados rápida y ampliamente. La mayoría de los prestadores de servicios (y clientes) no adoptan las nuevas prácticas debido a estudios científicos; más bien, se ven influidos por sus “pares cercanos”, quienes ya han adoptado el nuevo comportamiento. Las personas que “adoptan tempranamente” (en contraposición con los “innovadores”, según la

categorización de Roger) son importantes: ellos son líderes de opinión respetados y bien conectados, cuyas actividades son observadas de cerca por otras personas, lo cual es crucial para la propagación de las nuevas prácticas médicas y de salud pública.<sup>11</sup>

## ¿Qué hacer? Siete consideraciones estratégicas para fomentar el cambio en entornos médicos

Estas consideraciones pueden ayudarle a planificar e implementar intervenciones que impliquen cambio de comportamiento a nivel del prestador de servicios individual en entornos médicos y programas de PF.

### 1. Determinar el 'qué', 'quién', y 'cómo' del cambio de comportamiento

La introducción programática de nuevas prácticas de PF necesita abordar las características de la propia innovación, las personas que potencialmente la van a adoptar, así como su contexto organizacional y programático.

### 2. Promover la medicina basada en evidencia y las intervenciones apropiadas sustentadas en datos

La evidencia (biológica o epidemiológica) es necesaria para una introducción creíble de una innovación médica (o mejor práctica), pero usualmente no es suficiente por sí sola para causar el cambio de comportamiento.

### 3. Comprender la forma en que todos los actores perciben la innovación... e intervenir en consecuencia

Es importante comprender la forma en que prestadores de servicios, clientes, líderes de opinión y comunidades perciben una innovación, con el fin de dar respuesta a sus creencias, experiencias, temores y necesidades. En palabras de una sabia enfermera de PF, "Debemos caminar con sus zapatos, o fracasaremos".

### 4. Tomar una perspectiva de prestador de servicios

Las intervenciones deben estar alineadas con las situaciones que afectan a las y los prestadores de servicios. Muchos de ellos están sobrecargados de trabajo y mal pagados; y las nuevas prácticas de PF pueden representar más trabajo (percibido o real), o parecer demasiado difíciles. Si las y los prestadores de servicios no perciben un beneficio real de una propuesta nueva práctica para ellos mismos (o sus clientes), la probabilidad de que la adopten es muy baja.

### 5. Encontrar, apoyar y cultivar a defensores del cambio

Las y los defensores del cambio influyen en otras personas. Usualmente se les encuentra entre las personas que primero adoptaron el cambio y que son más receptivos a las innovaciones. Estas personas generan entusiasmo dentro de los entornos de salud y trabajan para hacer que la innovación se extienda más en la práctica. Los programas y proyectos de PF necesitan entonces: hacer que las actividades de quienes adoptaron el cambio tempranamente sean visibles y bien conocidas, impulsar sus redes, reconocer públicamente su compromiso y resultados y proporcionarles apoyo continuo.

### 6. Desarrollar mensajes e intervenciones que aborden las 'verdades' de las audiencias

La difusión de innovaciones involucra principalmente la comunicación y comprensión precisa de la nueva información, de tal manera que los mensajes sobre una nueva práctica en salud son muy importantes. Estos mensajes deben ser simples, precisos, apropiados para la audiencia y dignos de ser recordados; y, también, deben responder a las verdades de las audiencias en las que se pretende influir y estar dirigidos principalmente a sus percepciones de lo que es beneficioso para ellas.

### 7. Repetir las intervenciones para reforzar los mensajes y nuevos comportamientos

La repetición es importante para el aprendizaje de adultos. Es poco probable que las intervenciones individuales, ya se trate de un evento de capacitación, actualización de tecnología anticonceptiva o diálogo de políticas, por sí solas causen un cambio de comportamiento significativo.

## Conclusión

El cambio toma tiempo en los entornos médicos, pero puede acelerarse siguiendo los principios y prácticas que hemos revisado anteriormente. Vale la pena el esfuerzo de trabajar para fomentar el cambio apropiado en las políticas y prácticas de PF. El usar estrategias exitosas de cambio de comportamiento puede aumentar la calidad, acceso y uso de la PF, posibilitar que millones de personas satisfagan sus intenciones reproductivas y ayudar a los países a cumplir mejor con las metas de desarrollo nacional.

*Roy Jacobstein, M.D., M.P.H., es Director Clínico del Proyecto RESPOND, EngenderHealth, Nueva York, EE.UU.*

*Nuestro agradecimiento a Jan Kumar, Erin McGinn, Isaiah Ndong, Lynn Bakamijian y Laura Subramanian de EngenderHealth, y a Carolyn Curtis de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), por su retroalimentación en este documento. Las opiniones expresadas son propias del autor.*

## Referencias

1. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 3rd edition. Geneva: WHO, 2004.
2. Shelton JD. The harm of "First, do no harm". *JAMA* 2000; **284**:2687-8.
3. Stanback J, Thompson A, Hardee K, Janowitz B. Menstruation requirements: a significant barrier to contraceptive access in developing countries. *Stud Fam Plann* 1997; **28**:245-50.
4. Farley TM, Rosenberg MJ, Rowe PJ, et al. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet* 1992; **339**:785-8.
5. Stanback J, Shelton JD. Pelvic inflammatory disease attributable to the IUD: modeling risk in West Africa. *Contraception* 2008; **77**:227-9.
6. Shelton JD. Risk of clinical pelvic inflammatory disease attributable to an intrauterine device. *Lancet* 2001; **357**:443.
7. United Nations Children's Fund (UNICEF). The state of the world's children, 2007: women and children, the double dividend of gender equality. New York: UNICEF, 2007.
8. Nanda G, Switlick K, Lule E. Accelerating progress towards achieving the MDG to improve maternal health: a collection of promising approaches. Washington, DC: World Bank, 2005.
9. Shelton JD, Angle MA, Jacobstein RA. Medical barriers to access to family planning. *Lancet* 1992; **340**:1334-5.
10. Bertrand J, et al. Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. *Int Fam Planning Perspect* 1995; **21**:64-9.
11. Rogers EM. Diffusion of innovations, 5th edition. New York: Free Press, 2003.
12. Berwick DM. Disseminating innovations in health care. *JAMA* 2003; **289**:1969-75.
13. Best M, Neuhauser D. Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. *Qual Saf Health Care* 2004; **13**:233-4.
14. Antman EM, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC. A comparison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts: treatments for myocardial infarction. *JAMA* 1992; **268**:240-8.
15. Antarsh L, Marston-Ainley S. The introduction of no-scalpel vasectomy in the United States (1988-1992). *AVSC Working Paper No. 3*, September 1993.
16. Barone MA, et al. Vasectomy in the United States, 2002. *J Urol* 2006; **176**:232-6.
17. Cook LA, Pun A, van Vliet H, Gallo MF, Lopez LM. Scalpel versus no-scalpel incision for vasectomy. *Cochrane Database Syst Rev*. Apr 18 2007; CD004112.
18. WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; **2**:436-7.
19. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, et al. Births: final data for 2006. *National Vital Statistics Reports* 57(7). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2009.