

Estrategias de salud territorial para promover la utilización de dispositivos intrauterinos en América Latina y el Caribe



BUENAS PRÁCTICAS
EN ASEGURAMIENTO DE INSUMOS DE
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA





Buenas Prácticas en Aseguramiento de Insumos de Salud Sexual y Reproductiva

Título

Estrategias de salud territorial para promover la utilización de dispositivos intrauterinos en América Latina y el Caribe

Abstract

Los países de América Latina y el Caribe registran un menor uso de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) que otras regiones en desarrollo. Particularmente, la utilización del dispositivo intrauterino (DIU) no solo es baja en comparación con otros métodos anticonceptivos, sino que cada vez es menor. Esto configura un problema debido a que los LARC, en particular los implantes subdérmicos y los DIU, que se destacan entre los anticonceptivos modernos por registrar mayores niveles de eficacia, presentan un mejor ratio de costo efectividad y permiten lograr mayores niveles de adherencia.

Por estos motivos, en este informe se documentan dos experiencias que han conseguido superar esa tendencia a que el DIU adquiriera un carácter marginal dentro del conjunto de opciones de métodos anticonceptivos modernos. Las experiencias analizadas corresponden a ciudades en Venezuela y Brasil. En el caso de la primera, se trabajó en Caracas, Miranda y Anzoátegui, donde se colocaron 11.197 DIU y 41.775 implantes en 5 meses. En el caso de Brasil, se analiza la experiencia de Brasilia, donde se insertaron 1400 DIU a través de una campaña realizada en el mes de junio de 2019.

El problema de la baja utilización del DIU se explica a partir de dos conjuntos de causas fundamentales, uno centrado en la demanda y otro centrado en la oferta. Las causas centradas en la demanda están relacionadas con la falta de información, los mitos y rumores, y las resistencias relacionadas con el entorno en que vive la usuaria, su familia, su cultura y su religión. Las causas centradas en la oferta están relacionadas con falta de personal capacitado y entrenado para realizar las consejerías y la colocación de los DIU, junto a la inadecuada infraestructura y equipamiento para ello.

Entre los hallazgos más relevantes del estudio se constató que:

- 1.** La puesta en marcha de nuevas estrategias de atención con modelos de gestión territorial en salud, identificación y catastro de las mujeres en edad fértil, combinadas con jornadas, actividades en el territorio y operativos con equipos móviles entrenados en zonas de difícil llegada, aumentan el acceso al DIU en las usuarias en general y en las poblaciones más vulnerables.
- 2.** El desarrollo de estrategias de comunicación y difusión sobre el DIU utilizando los medios tradicionales, así como redes sociales, permite contrarrestar los mitos y rumores en torno a este método anticonceptivo.



Eso resulta especialmente eficaz en el marco de un nuevo escenario donde una porción creciente de las mujeres demanda espontáneamente por su derecho a acceder a dispositivos gratuitos.

3. La realización de actividades de sensibilización y capacitación permanente en el servicio a todo el equipo de salud sobre planificación familiar (PF), y sobre los DIU en particular, promueven su utilización. Pero sobre todo la capacitación de los médicos generalistas sobre las técnicas de colocación y retiro de DIU en la consulta ambulatoria y de los ginecólogos postevento obstétrico, genera más capacidad, habilidad y voluntad para recomendarlos y colocarlos.

4. Es necesario promover reglamentaciones ministeriales que habiliten al personal de enfermería y licenciados en obstetricia, previamente capacitados y certificados, para la colocación de DIU e implantes.

5. Asegurar la disponibilidad de los DIU con sistemas logísticos eficientes y efectivos para proveer a todos los servicios de PF, constituye un factor crítico para el éxito de cualquier iniciativa.

6. Contar con una infraestructura adecuada, el equipamiento necesario y el instrumental suficiente para la consejería y colocación de DIU es necesario para responder a la demanda de las usuarias.

7. El trabajo intersectorial con líderes y organizaciones comunitarias, otras áreas del Estado y organizaciones de la sociedad civil, facilita y fomenta la utilización del DIU.

8. La decisión política de las máximas autoridades del gobierno y de salud para promover y sostener programas de planificación familiar favorece la utilización de métodos anticonceptivos modernos, y particularmente la colocación de DIU.

El análisis sistemático de las Buenas Prácticas permite formular las siguientes recomendaciones para países y servicios interesados en ampliar la utilización de DIU:

1. Ampliar la oferta de servicios de planificación familiar para la atención programada, rondas, campañas y unidades móviles para territorios de difícil acceso con población vulnerable, adaptándolas a las particularidades de cada territorio.

2. Capacitar a los trabajadores de salud sobre la información científica más reciente respecto al dispositivo, los métodos apropiados de inserción y las buenas técnicas de asesoramiento.

3. Asegurar la accesibilidad y la disponibilidad gratuita de los dispositivos, la infraestructura y el equipamiento necesario para su colocación, junto a la universalización del uso del DIU en los posteventos obstétricos inmediatos.



4. Motivar a la población y aumentar la demanda para su uso, mejorando la información pública para contrarrestar los rumores y los mitos, en una población cada vez más receptiva y consciente de sus derechos.
5. Lograr la voluntad política y el compromiso económico de las máximas autoridades de salud para las iniciativas de planificación familiar.

■ Autor: Carlos Anigstein

■ Revisión: Jorge González Caro, Nair Souza, Eugenia Sekler, Adrienne Salinas, Alejandra Sánchez Cabezas, Yves Thermidor y Federico Tobar.

■ Palabras clave: LARC, DIU, APS, gestión territorial en salud, capacitación en colocación DIU, consejerías en PF.



Objetivo

El objetivo general de este estudio es identificar y evaluar buenas prácticas y recomendaciones que contribuyan a promover el uso más extendido del dispositivo intrauterino (DIU) en las mujeres en edad fértil, ya que es uno de los métodos reversibles y de acción prolongada más costo-efectivos.

Se relevaron y analizaron dos experiencias exitosas: una en Brasilia (Distrito Federal de Brasil) y otra en Caracas, Miranda y Anzoátegui (Venezuela), implementadas en un Proyecto asociado a Unfpa. Durante el estudio se realizaron visitas a hospitales de alta y mediana complejidad y a centros de salud, y se entrevistaron funcionarios de diferentes niveles de gestión, equipos de salud (médicos y enfermeros), referentes comunitarios y usuarias (total de 104 personas)¹.

Descripción y contexto

Los países de América Latina y el Caribe registran un menor uso de métodos LARC que otras regiones en desarrollo. Esto configura un problema relevante en la construcción del aseguramiento de insumos de salud reproductiva debido a que estos métodos (en particular los implantes y los dispositivos intrauterinos) se destacan entre los anticonceptivos modernos porque: 1) registran mayores niveles de eficacia con menor probabilidad de fracaso; 2) presentan un mejor ratio de costo efectividad, en términos de la inversión requerida por año pareja protegida; 3) registran mayores niveles de adherencia y 4) al proveer protección de largo plazo su utilización resulta menos elástica a las variaciones en el ingreso de las personas vinculadas a fases de contracción macroeconómica.

Los DIU y los Implantes son los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) que más impacto tienen sobre el embarazo no deseado, mayor continuidad en el uso al año y menor probabilidad de fracaso. La efectividad fue demostrada en el estudio realizado por Trussell y Wynn en Estados Unidos (2008), donde se observó que el porcentaje de mujeres que experimentaban un embarazo no deseado dentro del primer año de uso fue más bajo para aquellas que utilizaron el DIU (con 0.8 %) y el implante (0,05 %), que para aquellas que utilizaron los inyectables (3 %), las píldoras (8 %) y condón masculino (15 %). Además, tenía una ventaja frente a los inyectables (56 %), las píldoras (68 %) y los condones masculinos (53 %).

¹ En el Distrito Federal de Brasilia (Brasil), se entrevistó al Secretario de Estado de Salud del DF, al Asesor de Gestión estratégica y proyectos de la Secretaria de Salud, a la Secretaria de la Mujer de DF, a la Coordinadora de Atención Primaria de Salud del DF, y al Gerente de Estrategia de Salud Familiar de la Secretaria de Salud de DF. Además, se realizaron visitas a un Hospital de Alta Complejidad, un Centro de atención de adolescentes y a 2 Unidades Básicas de Salud, en las que se entrevistó a 7 médicos generalistas, 1 ginecóloga, 4 enfermeras y 3 usuarias. A su vez, se realizó una reunión informativa con 4 consultoras de Unfpa. En total se trabajó con 24 personas. En Caracas y Miranda, Venezuela: Se entrevistó a la Coordinadora del Programa Ruta Materna y Asesora del Despacho del ministro del Poder Popular de Salud, Director Estadual de Epidemiología de Miranda a cargo de Barrios Adentro y Red Comunal, Coordinadora del Programa de Salud Familiar de Miranda. Además, se realizaron visitas a un Hospital de Alta Complejidad, dos Hospitales de Mediana Complejidad, dos Áreas de Salud Integrales Comunitarias, dos Centros de Diagnóstico Integral, en las que se entrevistó a 21 médicos, 2 residentes, 7 enfermeras, 6 promotoras de parto humanizado, 5 voceros del poder popular, 1 recepcionista y 26 usuarias. Se realizó una reunión informativa con 9 consultores de UNFPA. Un total de 80 personas.



En un estudio posterior, también en Estados Unidos, el Instituto Guttmacher, centrado en los datos de la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar 2006–2010, identifica que los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (el DIU y el implante) tuvieron la probabilidad de fracaso más baja de todos los métodos con 1%, frente a los condones (13 %), las píldoras (7 %) y el inyectable (4 %) (Sundaram et al., 2017).

Sin embargo, mientras los implantes registran una tendencia de utilización creciente en América Latina y el Caribe, con el DIU ocurre lo contrario. En efecto, la utilización de DIU varía mucho por región. En algunos países de Asia Central y en Vietnam y Egipto, el DIU es utilizado por más del 25% de las mujeres en edad reproductiva. En contraste, en Brasil, Nepal y en la mayoría de los países del África Subsahariana, menos del 1% recurren a este método. Se ha estimado que en 25 países de América Latina en 2017 había 5.239.483 usuarias de DIU (tanto del sistema de salud público como privado), que representan el 6,3% del total de usuarias de métodos anticonceptivos modernos. De ellas, alrededor de 3.200.054 millones de usuarias los recibían de programas públicos en 2017 y se pronostica que para 2020 sean solo 2.559.179, lo que implica una retracción del orden del 21%. En contrapartida, aunque la utilización de implantes subdérmicos es aún reducida (2% de las usuarias de la región), se estima que en el año 2020 la cantidad de usuarias va a incrementar en un 5%, ya que su incorporación en los listados de métodos cubiertos por los programas nacionales de Salud Sexual y Reproductiva (SS y R) es creciente (solo Nicaragua no lo ha incorporado) (Limone, 2018; Zegarra, 2011; Chávez Guillén, Karina, Masis y Oniel, 2017; Bianco, 2015 y Katz, 2002). Según una encuesta realizada por la OMS en el año 2016, las políticas nacionales para facilitar la utilización del DIU fueron importantes para fortalecer la adopción de los anticonceptivos modernos (Ali et al., 2019).



Contexto de las experiencias relevadas

En Venezuela, a partir del año 2018, se establecieron por resolución presidencial los Estados Mayores de Salud en cada distrito las siguientes autoridades para coordinar las acciones de todas las estructuras de salud: la Red del Ministerio del Poder Popular de Salud (MPPS), la Red de la Gobernación de cada Estado, el Programa Barrio Adentro², el Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS), el Instituto de Prevención y Asistencia del Personal del Ministerio de Educación (Ipsame) y Sanidad Militar. El objetivo la creación de los Estados Mayores en Salud es que exista un espacio donde los responsables en cada nivel de gestión se reúnan, discutan los planes y los ejecuten en conjunto para llegar a tributar a un sistema público único de salud del Estado venezolano. Además, por una resolución del MPPS se implementó el Programa Ruta Materna, que es una estrategia de gestión y articulación de todos los actores locales que aportan a la salud materno infantil. Ruta Materna incluye el programa de acompañamiento a las mujeres y niños por las promotoras de parto humanizado, las brigadistas de salud del Movimiento Somos Venezuela y las voceras de poder popular durante las etapas de anticoncepción, consultas prenatales, atención del parto, puerperio, recién nacido y colocación de DIU postevento obstétrico.

En el Estado de Miranda, donde se realizó el trabajo de campo, existen 21 Municipios geopolíticos, que tienen una organización sanitaria sobre 5 ejes territoriales: Altos Mirandinos, Metropolitanos, Valles del Tuy, Barlovento y Guarenas Guatire. Cada uno de los ejes cuenta con un director y un Consejo que tiene a cargo las Áreas de Salud Integrales Comunitarias (ASIC), que a su vez incluyen la Red Comunal y Red Ambulatoria Especializada. En el eje seleccionado para visitar, Valles de Tuy, funcionan 2 hospitales de mediana complejidad (Hospital General Simón Bolívar y Dr. Osío de Cuá), 18 ASIC con 16 centros de diagnóstico integral (CDI) y 451 consultorios populares (CP). Cada CDI cuenta con guardia médica, camas de internación para observación, laboratorio, radiología, ecografía y especialidades. En cada territorio a cargo del CDI funcionan aproximadamente 29 CP, conformados por 1 o más equipos básicos de salud (EBS). Cada EBS tiene: 1 médico, 1 enfermero y 1 promotor de salud. La mayoría de los médicos de los hospitales, CDI y CP de Valles del Tuy, tanto directivos como asistenciales, son médicos integrales comunitarios (MIC)³, que trabajan integradamente con los médicos egresados de las universidades tradicionales. En este eje solamente se colocan DIU en los 2 hospitales, 2 CDI y 9 CP porque cuentan con equipamiento, instrumental, médicos ginecólogos y MIC capacitados. Además, se visitó un hospital de alta complejidad (Domingo Luciani) donde se colocan DIU ambulatorios en el consultorio de PF, y DIU e implantes postevento obstétrico inmediato.

² Misión Barrio Adentro es un programa social que comenzó a ser promovido por el ex presidente de la República Bolivariana de Venezuela, Hugo Chávez con ayuda del gobierno de Cuba, que se caracteriza en la utilización de médicos cubanos y venezolanos, para ofrecer servicios de salud a la población venezolana en las zonas pobres del país (llamados, barrios), en ambulatorios pequeños construidos y dotados de insumos médicos en zonas inaccesibles y que quedan lejos de los hospitales

³ El Programa de Formación Nacional de Médicos Integrales Comunitarios, fue aprobado por el Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria (Gaceta 39.032; resolución 3149; 07/10/2008) y el Consejo Nacional de Universidades (Gaceta 38.833; resolución 2584 del 17/12/2007). El plan de estudio tiene 6 años de duración.



En Brasilia la experiencia se circunscribe a un cambio en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, la cual incorporó un modelo familiar y comunitario con mayor descentralización, y la capacitación permanente en servicio sobre planificación familiar dirigida a los Equipos de Salud Familiar (ESF). Dos componentes claves de esa reforma fueron la capacitación a médicos generalistas para colocar DIU en las Unidades Básicas de Salud (UBS) y a la descentralización y ampliación de la oferta de los servicios más cerca de las usuarias. En Brasilia hay 593 ESF y 170 UBS. Cada ESF básico está conformado por 1 médico generalista, 1 enfermero, 2 técnicos auxiliares de enfermería y por lo menos 1 agente comunitario de salud. Tiene a cargo 3750 personas en zonas urbanas y 2500 en zonas rurales. En cada UBS puede haber de 1 a 10 ESF. Por cada 9 ESF hay un Núcleo de Apoyo (NASF) multidisciplinario de 5 profesionales de otras disciplinas. La mayor parte de los médicos generalistas fueron capacitados para colocar DIU, y en los hospitales se capacitó a los médicos gineco-obstetras para la colocación de este método postevento obstétrico inmediato. A esta estrategia se sumó el Programa Crianza Feliz que aborda el cuidado de los más pequeños, capacitando promotoras del Programa con la función de catastrar a las mujeres en edad fértil y acompañarlas, para tratar de disminuir los embarazos no deseados y fomentar la planificación familiar, articulando con los ESF para la colocación de los DIU. Además, se incorporó el Adolescente, otro servicio especializado en salud mental que se ocupa de la salud integral de los adolescentes de 12 a 18 años con diferentes problemáticas (dificultades escolares, problemas de automutilación, intentos suicidios), en el que uno de sus ejes más importantes es la salud sexual y reproductiva (SS y R), la consejería y provisión de métodos anticonceptivos modernos, y sobre todo promover la colocación de DIU en adolescentes.



¿Por qué se usan poco los DIU?

Se identificaron causas de la baja utilización del DIU centradas en la oferta y en la demanda. A continuación, se describen ambas en forma breve.

Causas centradas en la demanda

La preferencia de las usuarias por la utilización del DIU es proporcional al nivel de información que reciban sobre este método.

En una encuesta realizada entre mujeres en los Estados Unidos, se reveló que las participantes conocían mucho menos sobre el DIU que sobre otros métodos y que muchas lo consideraban un método inseguro. Sin embargo, luego de recibir información sobre los beneficios del DIU cambiaron de opinión y un 46% expresaron interés en usarlo (Forrest, 1996). En El Salvador, en el año 2002, las usuarias dijeron que sólo habían recibido información sobre el uso de anticonceptivos orales e inyectables ya que los proveedores se referían a los DIU sólo en la mitad de las visitas, mencionando con mayor frecuencia la píldora y la inyección (Katz et al., 2002). En 2017 en Nicaragua donde la mayoría de las participantes encuestadas pertenecían al área rural, tenían entre 20 y 34 años, eran amas de casa, estaban casadas y con un hijo, el 98,7% había recibido algún tipo de información sobre los métodos anticonceptivos en general, pero únicamente el 20% de ellas habían recibido información sobre el DIU. De las que sí habían recibido información sobre el DIU, un 53% tuvo una actitud más favorable hacia el dispositivo (Chávez Guillén et al., 2017).

En Venezuela, en las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo a 26 usuarias de DIU, declararon haber recibido información sobre el DIU y el implante por parte de los voceros comunitarios (40%), de trabajadoras sociales (20%), de promotoras de parto humanizado (12%), en jornadas (8%) y por enfermeras (8%). En las entrevistas realizadas a 3 usuarias en Brasil una se enteró por televisión, una por internet y una por la ginecóloga.

Los mitos y rumores populares generan ideas equivocadas y obstaculizan la elección del DIU.

Hay varios estudios sobre mitos y falsas creencias. En uno de los estudios las creencias más frecuentes estaban asociadas al efecto abortivo del dispositivo, al riesgo de infección pélvica y al incremento del riesgo de embarazo ectópico (Mishell y Sulak, 1997). En una investigación llevada a cabo en Marruecos, las mujeres plantearon que no tenían confianza en este método porque creían que podrían quedar embarazadas y que se podría enganchar al pene durante el coito (Carolina Population Center Evaluation Project, 1997). En 1990 en Brasil las mujeres manifestaron creer que el dispositivo podría causar contratiempos o moverse dentro del cuerpo (Bailey PE et al., 1992). En El Salvador, en 2002 se encontró que los rumores y los mitos más comunes fueron que el DIU causaba cáncer, que los niños podían nacer con el dispositivo insertado en su cuerpo, que se podía desprender y perderse dentro del cuerpo de la mujer, que podía quedar clavado en el útero de la mujer, que generaba infertilidad y que la pareja podía llegar a sentirlo (Katz et al., 2002; Gárate, 2012). En las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo la mayoría de las usuarias afirma no haber recibido información contraria al DIU.



En ocasiones no son las usuarias sino su entorno el que incorpora las resistencias al uso del DIU.

En un estudio realizado en 2017 en Nicaragua, las participantes consideraron que la elección del método anticonceptivo, y especialmente la elección del DIU, estaba influenciada por la pareja, por el personal de salud y en algún grado por la religión. El 67% se manifestó a favor de que el método debiera solamente ser usado por mujeres con una pareja estable (Chávez Guillén et al., 2017). En Perú, un estudio de 2012 registró que las mujeres estaban desinformadas acerca del DIU y que los mitos eran generados por creencias culturales de la comunidad (Gárate, 2012). Una de la usuarias entrevistadas luego de haberse colocado un DIU postparto, afirmó que la paciente de la cama contigua le había recriminado que se había colocado un dispositivo abortivo.

Causas centradas en la oferta

Los profesionales no saben o no quieren colocar los DIU.

La falta de personal capacitado y entrenado para realizar las consejerías y la colocación del DIU es uno de los impedimentos más importantes para su utilización. En algunos países en los que se realizaron capacitaciones a los profesionales que colocaban los DIU, no lograron corregir las ideas erróneas sobre este método ni aumentar su uso. Por ejemplo, a pesar de que en Marruecos entre 1993 y 1995 se capacitaron especialmente a 120 profesionales y técnicos para prestar servicios de consejería e inserción del dispositivo, en la Encuesta Demográfica y de Salud de 1995 se reveló que prácticamente no se registraron cambios en la utilización de este método (Carolina Population Center Evaluation Project, 1997). Por otro lado, en un estudio realizado en 2002 en El Salvador, la mayoría de los proveedores entrevistados tenían una opinión positiva del método y plantearon que los rumores y los mitos en las usuarias eran el principal obstáculo para promover su uso. En este sentido, culparon a la falta de información oficial adecuada y afirmaron haber hablado con las usuarias para contrarrestarla, aunque las usuarias entrevistadas dijeron que no habían recibido dicha información. A su vez, si bien 23 de los 30 proveedores entrevistados había recibido entrenamiento para insertar el DIU, muchos indicaron que no tenían suficiente experiencia (Katz et al., 2002). En el estudio realizado en Perú en 2012, los proveedores de servicios plantearon que lo más importante era adquirir los conocimientos técnicos y la habilidad suficiente para la colocación de dispositivos en forma segura y eficaz, pero que también destacaron que se requiere recursos humanos suficientes para cubrir la demanda de las usuarias que llegan al servicio (Gárate, 2012). En el trabajo de campo se pudo constatar que la capacitación permanente y en el servicio de los equipos de salud sobre PF y de los médicos generalistas en la colocación de LARC, generó en ellos una actitud más positiva para promover los DIU en las consejerías y colocarlos (Gárate, 2012).



Cuando los profesionales quieren y saben colocar los DIU, a veces no disponen de los dispositivos, del equipamiento o del instrumental adecuado para hacerlo.

La falta de infraestructura y de equipamiento adecuado para la colocación de los LARC, especialmente del DIU, es un obstáculo para que los médicos lo recomienden y prescriban, así como para responder a la demanda de las mujeres. En el estudio realizado en Perú en 2012, los proveedores de los servicios dijeron que uno de los factores más importantes era que los establecimientos de salud dispongan de capacidad técnica, (Gárate, 2012). En este sentido, la falta de infraestructura adecuada en los consultorios de planificación familiar y sobre todo el equipamiento, de bandejas, pinzas e histerómetros, pero también la capacidad de esterilización del instrumental que requiere autoclaves o productos para esterilizar en frío son fenómenos claves que deben ser atendidos. En este estudio se observó que, aunque había algunas debilidades en la infraestructura y equipamiento de los consultorios de PF, así como insuficiente cantidad de instrumental, con el aporte personal, el compromiso y la inventiva del personal se pudieron sortear las dificultades, y responder ajustadamente a la demanda del DIU.

¿Cómo lograron en estas dos experiencias analizadas aumentar el uso de los DIU?

Se proponen, a continuación, siete hipótesis que dan respuesta a esta pregunta:

1. Implementaron modelos de gestión territorial en salud que ampliaron la oferta y descentralizaron los servicios de PF, combinados con actividades en terreno y operativos con equipos móviles para llegar a la población más vulnerable.

En los modelos de gestión territorial en salud se toman decisiones poniendo como centro el cuidado continuo, integrado e integral de la salud de todas las personas que viven y transitan el territorio (Tobar, 2010). Para que el funcionamiento en red de los servicios de salud consiga extender el contacto con el paciente es imprescindible su articulación con la responsabilidad territorial. Esto implica articular los recursos disponibles a nivel local, regional, provincial, nacional y de redes sociales, para satisfacer necesidades y resolver problemas concretos de quienes habitan el territorio. Las herramientas de la gestión territorial incluyen: la responsabilidad nominada, para establecer quién es responsable por los cuidados de cada persona y que cada una de ellas tenga asignado un médico de confianza o un equipo de salud familiar; la clasificación de los casos por niveles de riesgo; la programación de las prestaciones y de las acciones en la comunidad; la capacitación en servicio de los trabajadores de la salud para que puedan responder a las necesidades de la población; la comunicación popular, la cual tiene que estar adaptada a las características de los receptores de la comunidad y; el diseño de acciones que promuevan la participación ciudadana a través de modalidades de democracia participativa y representativa (Tobar y Anigstein, 2013). Además, son necesarios procesos descentralizadores en el planeamiento, en la toma de decisiones y en la ejecución de las acciones desde niveles centrales a niveles locales y territoriales (Tobar, 2004). Los procesos de descentralización de la oferta



de servicios son fácilmente observables en las dos experiencias, tanto en la organización de la red de atención de salud, como en la transferencia de capacidades, habilidades y responsabilidades en PF y colocación de DIU. Esto se observa desde los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales hasta los servicios de primer nivel de atención, y desde los médicos ginecólogos hasta los médicos generalistas. En Venezuela se implementaron diferentes estrategias en el sistema de salud para aumentar la colocación de los DIU. En el territorio del Eje de Valles del Tuy, se pusieron en marcha consultorios de PF en 2 Hospitales, 2 CDI y 9 CP, porque había médicos capacitados (ginecólogos y MIC), equipamiento e instrumental para hacerlo. En una primera etapa se realizaron convocatorias a jornadas grupales de consejerías que precedían a un espacio de atención individual donde las mujeres podían hacer preguntas y aclarar dudas de forma confidencial. Posteriormente se procedía a firmar el consentimiento informado y a la colocación del DIU o implantes el mismo día u otro. La convocatoria la hacían las promotoras de parto humanizado del Programa Ruta Materna, las voceras comunitarias o las promotoras de los CP. En una segunda etapa los equipos prefirieron realizar las consejerías en PF citando a las usuarias en forma individual, ya que consideraron que las jornadas fueron muy útiles para promover la colocación masiva de los DIU, pero la atención planificada era de mejor calidad y permitía un seguimiento más seguro. Además, lo combinaron con lo que denominaron Jornadas de penetración a zonas de difícil acceso con población vulnerable, con equipos móviles integrados por profesionales de hospitales, (provenientes de los ASIC, los CDI y los CP cercanos del territorio). En el mismo evento, además de realizar acciones integrales de salud, se identificaba a las usuarias potenciales de LARC y se las citaba al consultorio de PF más cercano. La información sobre estas usuarias se cargaba en el sistema informático de la sala de situación de la Alcaldía para su seguimiento.

En el Hospital complejidad nivel IV —que pertenece al IVSS, pero que el último año abrió su atención a toda la comunidad—, se puso en marcha la colocación de DIU post evento obstétrico inmediato y se fortaleció y equipó el consultorio de PF para la colocación de DIU. Los entrevistados afirmaron que era el único establecimiento de salud en el Municipio de Sucre que colocaba LARC⁴, y por esa razón realizaron jornadas médicas en zonas alejadas que se articularon con las alcaldías. En dichas jornadas participaron los profesionales de los servicios de gineco-obstetricia, traumatología, cirugía general, pediatría y medicina interna, quienes se trasladaban para atender en espacios comunitarios adaptados como consultorios. En el caso de las mujeres que requerían DIU, luego de la entrevista se las citaba al Hospital para su colocación. En algunos casos, voceros de los Consejos Comunales hicieron listados de mujeres que demandaban LARC y acordaban una fecha para citarlas y colocarlos en el hospital.

En Brasilia, el cambio en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) orientado hacia un modelo familiar y comunitario con mayor protagonismo del trabajo territorial, con Unidades Básicas de Salud (UBS) y Equipos de Salud Familiar (EFS) estratégicamente distribuidos y con población a cargo, permitió ampliar la

⁴ A pesar esta afirmación por parte de los entrevistados, si había otros servicios en el Municipio de Sucre donde se colocaban LARC



oferta en la atención. La capacitación permanente y en el servicio de los médicos generalistas en PF y colocación de DIU de los ESF que trabajaban en las UBS, aumentó notablemente la oferta de los servicios, en forma más descentralizada y más cerca de donde viven las usuarias. El año previo a esta estrategia los únicos que colocaban DIU eran los ginecólogos —únicamente en algunas UBS y en los hospitales—, lo que generaba grandes obstáculos. También se capacitó a los ginecólogos de los hospitales en la colocación de los DIU postevento obstétrico inmediato. Esta estrategia fue complementada con una Campaña que organizó la Secretaría de la Mujer junto con la Secretaría de Salud del DF de Brasilia para el 17 de junio de 2019, donde se convocó a las mujeres por redes sociales. Las expectativas fueron superadas holgadamente, ya que se esperaban 300 asistentes y concurrieron 1400 mujeres para colocarse DIU. La difusión fue reproducida por los medios masivos de comunicación y generó el aumento de la demanda en el resto de los hospitales y todas las UBS donde los ESF colocaban el dispositivo. En una de las UBS visitadas, los ESF realizaban talleres articuladamente con los docentes de las escuelas sobre salud sexual y reproductiva y consejerías. Los ESF tienen una población a cargo que es catastrada durante las visitas domiciliarias por los promotores de salud, quienes se ocupan de cargar la información a un sistema digitalizado que permite el seguimiento y la elaboración de indicadores. El Adolescento es otra interesante propuesta que se ocupa de la salud de los adolescentes de 12 a 18 años. Tiene como uno de sus ejes más importantes la salud sexual y reproductiva, la consejería y la provisión de métodos anticonceptivos modernos. Hacen hincapié en aumentar la colocación de DIU en adolescentes, la cual creció de 11 en todo el año 2018 a 54 entre enero y setiembre de 2019.

2. Desarrollaron estrategias de comunicación y difusión por los medios de comunicación tradicionales y por redes sociales sobre Salud Sexual y Reproductiva, promoviendo la demanda del DIU y contrarrestando mitos y rumores.

En Venezuela, para fomentar el uso del DIU, se realizó un proyecto conjunto entre el MPPS y Unfpa que puso en marcha un proceso de capacitación de los equipos de salud y una estrategia comunitaria de información para derribar mitos y resistencias al DIU. Ya que en los últimos 2 o 3 años las mujeres no tuvieron acceso a métodos anticonceptivos gratuitos, había una importante demanda insatisfecha, la cual generó que un porcentaje significativo de mujeres demandara espontáneamente por su derecho a acceder al DIU gratuitamente. Se organizaron jornadas y operativos, difundidos a través de las promotoras de parto humanizado, las voceras del Poder Popular, los brigadistas del Movimiento Somos Venezuela, los promotores comunitarios de los CP, y sobre todo a través del boca a boca de las mismas mujeres. La movilización popular sirvió para la convocatoria a las jornadas donde se hicieron consejerías grupales e individuales de PF, atención y colocación de LARC. Las usuarias empezaron a acudir directamente a los servicios y como el DIU llegó primero, fue el más requerido, aunque un mes más tarde llegó el implante y lo superó en demanda. En promedio, se colocó 1 DIU por cada 4 implantes. Al mismo tiempo, se promovió la colocación de estos métodos postevento obstétrico en las maternidades con el apoyo y acompañamiento de la OPS.

En el proceso de trabajo se incrementó la demanda de estos métodos por parte de las mujeres de los pueblos indígenas en poblaciones alejadas, apoyadas por los propios caciques. Hay una cantidad importante de iglesias evangélicas que aceptan y promueven el uso del DIU, siempre que sea entre parejas casadas, para sión por redes sociales y el boca a boca atrajo una afluencia de usuarias que superó las expectativas y generó



el aumento de la demanda en el resto de los servicios que trabajaban con este método. Como consecuencia, las autoridades de salud se ocuparon de mejorar y fortalecer el equipamiento y la provisión de los DIU y de disminuir el tiempo de espera en los servicios. La colocación del DIU se convirtió en una alternativa ante la falta de turnos para la ligadura de las trompas, que está muy arraigada en la cultura de las mujeres de Brasil. La falta de información y mitos de las usuarias se fueron revirtiendo con los grupos operativos en APS y las consejerías de PF, realizados por los equipos de salud familiar, con modalidad comunitaria. En las entrevistas realizadas a 3 usuarias, la elección del método se debió: en un caso a que era un método seguro, en otro (en postparto inmediato) a que era una prevención fácil y segura y a que no le permitieron hacer la ligadura durante la cesárea y, en el tercer caso como alternativa al inyectable, el cual faltaba frecuentemente y tenía que pagar por él.

En Brasil, las autoridades de la Secretaría de Salud y de la Secretaría de la Mujer plantearon que la mejor estrategia para la Campaña de la Maternidad para la colocación del DIU, en junio de 2019, fue por las redes sociales, la cual luego fue tomada por los medios masivos, instalándola en la agenda pública y mediática. La Secretaría de la Mujer se involucró porque las mujeres pedían por más servicios disponibles con colocación de DIU y trabajó en la divulgación de la campaña. A pesar de las campañas religiosas en contra, la difusión por redes sociales y el boca a boca atrajo una afluencia de usuarias que superó las expectativas y generó el aumento de la demanda en el resto de los servicios que trabajaban con este método. Como consecuencia, las autoridades de salud se ocuparon de mejorar y fortalecer el equipamiento y la provisión del DIU y de disminuir el tiempo de espera en los servicios. La colocación del DIU se convirtió en una alternativa ante la falta de turnos para la ligadura de las trompas, que está muy arraigada en la cultura de las mujeres de Brasil. La falta de información y mitos de las usuarias se fueron revirtiendo con los grupos operativos en APS y las consejerías de PF, realizados por los equipos de salud familiar, con modalidad comunitaria. En las entrevistas realizadas a 3 usuarias, la elección del método se debió: en un caso a que era un método seguro, en otro (en postparto inmediato) a que era una prevención fácil y segura y a que no le permitieron hacer la ligadura durante la cesárea y, en el tercer caso como alternativa al inyectable, el cual faltaba frecuentemente y era pago.

3. Capacitaron a médicos generalistas para colocación de DIU en consultas ambulatorias y a los ginecólogos en la colocación de DIU postevento obstétrico inmediato.

En las ciudades de Venezuela analizadas en este estudio, la capacitación permanente en planificación familiar de todo el equipo de salud de los MIC, médicos tradicionales⁵ y ginecólogos —tanto para la consulta ambulatoria, como para el postevento obstétrico—, generó una fuerte motivación y compromiso en todos ellos. Como consecuencia, se realizaron más actividades de PF y consejerías en toda la Red Comunal y en los hospitales.

⁵ Médicos egresados de las facultades de medicina tradicional de Venezuela.



También se involucró a los comités de salud y a los voceros responsables de salud de las familias. Aunque en las capacitaciones de los médicos se detectaron algunas debilidades y se tuvo que volver a capacitar, se observó un gran interés y compromiso de los mismos. La incorporación de los MIC para la colocación de los LARC fue muy importante para impulsar el aumento de la utilización de los DIU.

En Brasilia se le dio prioridad a la sensibilización y capacitación permanente y en el servicio a todo el equipo de salud sobre Salud Sexual y Reproductiva, PF y las ventajas del DIU. Pero, sobre todo, al entrenamiento de los médicos generalistas para la colocación del DIU. Esto permitió ampliar notablemente la oferta de servicios que lo colocaban, ya que antes solamente los ponían los ginecólogos, generalmente en los hospitales. A su vez, para aumentar aún más la oferta, en algunas regiones con pocos médicos capacitados, se dictó una Disposición del Ministerio de Salud que autorizó a los enfermeros a la colocación de los DIU. Aunque todavía no se reglamentó en el DF, ya se comenzó la capacitación en otras regiones. También se fortaleció la capacitación de los ginecólogos para colocación de dicho dispositivo postparto y postaborto de manera inmediata.

4. Aseguraron la disponibilidad de los DIU en los servicios que realizaban PF (hospitales y centros de salud) y para los equipos que trabajaban con otras modalidades a nivel territorial.

En Venezuela, la recepción de los DIU fue en mayo de 2019 y la de los implantes en junio del mismo año. Ambos motivaron la demanda en los servicios, ya que no habían estado disponibles desde hacía 3 o 4 años en el sector público. Aunque la llegada de los implantes desplazó parcialmente a los DIU en la preferencia de las usuarias, estos últimos mantuvieron una creciente demanda. La organización de los procesos de gestión logística y la función de los coordinadores estatales de Unfpa, junto a la capacitación en gestión logística de OPS, contribuyeron a mantener la disponibilidad de estos métodos. La distribución de los insumos sigue dos procesos de acuerdo al proveedor: en caso de que los adquiera el MPPS, los mismos llegan al almacén estadual y de allí se distribuyen a los establecimientos, mientras que si los provee Unfpa van directo al almacén del Eje (por ejemplo: Miranda), desde donde se distribuyen a los servicios y llegan más rápido al usuario. Como no cuentan con suficiente capacidad de transporte, en muchos casos, son los directores de las ASIC, CDI y CP los que van a buscar al almacén. Se llevan muy bien los registros de acuerdo a los formularios y a los procedimientos determinados por Unfpa, tales como el consentimiento informado, (donde se adjunta el envase del DIU, implante o medroxiprogesterona), o el formulario de datos de la paciente, ambos sujetos a la historia clínica donde se registra la atención y la práctica de PF. Luego lo monitorea el coordinador estadual de Unfpa, quien realiza el control y supervisión de las actividades semanalmente en cada servicio que brinda PF. Además, se hace una auditoría posterior llamando al azar a las usuarias por celular para verificar que se le haya colocado el LARC efectivamente. Los profesionales afirmaron que no tenían resistencias para llenar adecuadamente los registros y formularios, ya que reconocían su importancia.

En el DF de Brasilia, la Secretaría de Salud tiene a cargo el depósito central y su distribución, pero se están realizando gestiones para contratar un operador logístico privado y así mejorar los procesos y prevenir alguna posibilidad de stock-out. El Ministerio Nacional compra los métodos anticonceptivos y los entrega a la Secretaria de Salud, de acuerdo a su historia de consumo trimestral y las especificaciones técnicas, desde



donde se distribuye a los hospitales y de allí a las UBS

5. Garantizaron infraestructura adecuada, el equipamiento mínimo necesario y el instrumental para la colocación de DIU, respondiendo a la demanda creciente.

En las ciudades analizadas de Venezuela, a partir del proyecto con Unfpa, se abrieron consultorios de PF en varios establecimientos. Los mismos funcionaron en espacios adaptados para la colocación de DIU, equipados con camillas o sillones de parto, y con la cantidad de instrumental ajustado por las circunstancias. Con voluntad e inventiva se pudieron sortear las restricciones optimizando la esterilización de los espacios, con autoclave, estufa o en frío con Chlorhexidine al 5%.

En Brasilia, se distribuyeron los DIU en el segundo nivel (hospitales) y de allí a las Unidades Básicas de Salud, donde trabajaron los equipos de salud familiar, en cantidad suficiente y oportuna. En algunos casos hubo déficit de bandejas y pinzas, frente al cual los médicos compraron (con su dinero) el instrumental que faltaba. En el caso Hospital Asa Norte, la dirección del establecimiento adquirió algunas bandejas. Una parte significativa de las UBS tienen equipos para esterilizar y el resto lleva el instrumental a esterilizar al hospital más cercano.

6. Promovieron el trabajo intersectorial con líderes y organizaciones comunitarias, otras áreas del Estado y organizaciones de la sociedad civil, para fomentar y facilitar a las potenciales usuarias la colocación de los DIU.

En Venezuela, las brigadistas del Movimiento Somos Venezuela, las promotoras de parto humanizado de la Ruta Materna, las promotoras del CP, los voceros del poder popular, los Consejos Comunales y los jefes de calles trabajan en todo el proceso de vigilancia y acompañamiento de la mujer y su hijo, sobre todo en PF y en la promoción del uso de DIU e implantes. Todos estos actores realizan asambleas mensuales ordinarias en los CDI donde también participan otros referentes sociales y los EBS de los CP, en las que se debate y se planifican acciones sobre salud sexual y reproductiva, PF y la colocación DIU e implantes para potenciales usuarias de las comunidades. Ninguna estructura participativa comunitaria es independiente, todas tienen una normativa orgánica basada en la ley y en la Constitución Bolivariana, donde se determina que el poder popular tiene que participar.

En Brasilia, para promover la planificación familiar, y específicamente la colocación de los DIU, fue necesario el trabajo intersectorial. A modo de ejemplo, la Campaña de la Maternidad que se realizó coordinadamente con la Secretaría de la Mujer y la gran oportunidad que es el Programa Crianza Feliz, que conduce la Secretaría de la Mujer y se articula con Salud, Cultura, Crianza y Adolescencia, Educación y Asistencia Social. Para el Programa también fue importante asociarse con organizaciones internacionales como Unfpa⁶, OMS, OPS, Universidades y Organizaciones de la Sociedad Civil, las que jugaron un rol relevante. A nivel territorial, los

⁶Crianza Feliz está planificando una asociación con Unfpa para desarrollar campañas de PF y material de difusión.



ESF trabajan con líderes comunitarios para promover acciones de PF en las redes comunitarias con escuelas, comedores e iglesias. Los únicos dispositivos de participación ciudadana son los Consejos Locales de Salud pdel DF. En cada EBS hay un coordinador que puede ser médico, enfermero u odontólogo y que junto al equipo debe activar a la comunidad con diferentes estrategias.

7. Involucraron a las máximas autoridades de salud y del gobierno nacional y estadual para que se comprometían a lograr mejores resultados en cobertura y utilización de DIU.

En Venezuela, el Gobierno Nacional y el Ministerio Poder Popular de Salud, reconocieron a la planificación familiar como la estrategia más importante para disminuir la mortalidad materna e infantil, el embarazo no deseado y el embarazo en la adolescencia. Evidencia de ello fueron: 1) el relanzamiento del Plan Nacional de Parto humanizado y de Reducción de la Mortalidad Materna en octubre de 2018; 2) la formulación y puesta en marcha del Proyecto Ruta Materna, donde se implementó una mesa de articulación entre varios ministerios con la anticoncepción como uno de sus ejes más importantes; 3) la ampliación de la alianza del Gobierno Nacional con Unfpa para realizar un Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva enfocado en la planificación familiar, el cual brinda capacitaciones al personal de salud y provee a la población métodos anticonceptivos modernos como el DIU, implantes subdérmicos y condones masculinos; y 4) la alianza con OPS para la colocación del DIU post parto, DIU intracésárea, DIU postaborto y la colocación de implantes anticonceptivos subdérmicos, especialmente dirigida a la población de púerperas adolescentes para evitar un segundo embarazo en la adolescencia. Los funcionarios de mayor jerarquía nacional y estadual entrevistados plantearon que el mejor LARC para promover era el DIU, por sus cualidades, duración y bajo costo.

En Brasil, en el Gobierno Nacional y el Distrito Federal de Brasilia, se tomaron decisiones políticas que fueron claves para promover el Programa de Planificación Familiar y sobre todo la promoción de la colocación de los DIU: 1) la Ordenanza N° 3.265 el 1 de diciembre de 2017, del Ministerio de Salud, que generó la expansión del acceso al DIU en las maternidades del Sistema Único de Salud de Brasil (SUS) para la anticoncepción posparto o post aborto; 2) la Alianza con Unfpa para promover la colocación de DIU en los consultorios de PF; 3) el lanzamiento del Programa Crianza Feliz, coordinado por la Secretaria de la Mujer, y que integra además Salud, Cultura, Crianza y Adolescencia, Educación y Asistencia Social, para intervenir sobre los niños que nacen en hogares muy vulnerables. Tiene como uno de los ejes más importantes garantizar el acceso a todos los métodos anticonceptivos modernos, sobre todo los DIU (que es el único LARC provisto gratuitamente por el gobierno); 4) el cambio de la estrategia de la APS desarrollada por la Secretaría de Salud del DF de Brasilia, que pasó a un modelo familiar y comunitario, con mayor descentralización, capacitación de los equipos básicos de salud en PF y, especialmente, la capacitación de los médicos generalistas de los ESF para colocar DIU en las UBS y; 5) la exitosa campaña de colocación del DIU en la Campaña de Maternidad Central en junio de 2019, la cual fue organizada conjuntamente entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de la Mujer, y que puso al DIU en la agenda política y mediática, aumentando notablemente la demanda de las usuarias.



Fundamentación de la Buena Práctica

Relevancia

Las estrategias territoriales que aumentan la utilización de DIU son relevantes para asegurar cero necesidades insatisfechas de planificación familiar porque:

- 1.** El DIU es uno de los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración que más impacto tiene para disminuir el embarazo no deseado, ya que registra alta continuidad en el uso al año y una menor probabilidad de fracaso que otros métodos de corta duración.
- 2.** Se puede colocar en nulíparas, en consulta ambulatoria de PF y postevento obstétrico inmediato.
- 3.** Los DIU dan cobertura a las mujeres por un promedio de 8 a 10 años (dependiendo del DIU) y durante ese tiempo demandan menos cuidados de salud reproductiva. De modo tal que se podría afirmar que las campañas masivas de colocación de este dispositivo liberan recursos (insumos, humanos, físicos) para aplicarlos en una estrategia de expansión de cobertura más planificada, lo que completaría un círculo virtuoso.

El uso de DIU en América Latina es inferior a otras regiones y está disminuyendo

En algunos países de Asia Central, en Vietnam y Egipto, el DIU es usado por más del 25% de las mujeres en edad reproductiva. Pero no ocurre lo mismo en América Latina, donde se ha estimado que en 2017 había 5.239.483 de usuarias de DIU, que representan el 6,3% del total de usuarias de métodos anticonceptivos modernos. Según las estimaciones, para el año 2020 las usuarias de DIU van a disminuir a un 4,8%, y también van a disminuir en números absolutos a 4.195.814, un 19,9 % menos. Por el contrario, el uso del implante va a aumentar entre 2017 y 2020 en un 4,3 %⁷.

Ampliar la oferta mejora el acceso y utilización

Se constata que se logra una mayor utilización del DIU cambiando el modelo de atención para aumentar la oferta de colocación en los servicios de salud más descentralizados de la red. Esto se realiza a partir de la transferencia de capacidades, habilidades y responsabilidades en PF y colocación de DIU desde los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales, a los servicios de primer nivel de atención, y desde los médicos ginecólogos a los médicos generalistas.

Innovación

Las estrategias de base territorial para fortalecer la utilización de DIU son diferentes a lo que se hace siempre porque:

- 1. La respuesta no se limita a fortalecer la oferta sino también en acercar la oferta a la demanda.** Aumentar los servicios de PF es necesario, pero no es suficiente para generar mejores resultados en la colocación de DIU, ya que los servicios deberían estar situados en lugares estratégicos para acercar

⁷Resultados Preliminares de 2018 para países de América Latina y el Caribe (ALC). Enero 2018.



la oferta a la demanda de las usuarias. Para ello se debe combinar consultorios descentralizados de PF en territorios extendidos con jornadas con equipos móviles motivados y altamente capacitados para atender a poblaciones más vulnerables que viven en lugares con difícil acceso.

2. Amplían la oferta de anticoncepción de larga duración al calificar a otros profesionales de salud para insertar los DIU. En los casos analizados se comenzó por la capacitación en los servicios a todos los miembros de los equipos de salud sobre PF y SS y R, y especialmente a los médicos generalistas en la colocación de DIU. Permitió la adquisición de conocimientos a los trabajadores de salud sobre la información científica más reciente respecto al dispositivo, los métodos apropiados de inserción y las buenas técnicas de asesoramiento.

3. Promueven la demanda utilizando diferentes estrategias de comunicación para promover en la población los métodos anticonceptivos modernos y la colocación de DIU. Por las redes sociales, medios masivos y las movilizaciones de actores sociales (promotores de salud, de parto humanizado, brigadistas, voceros) promueven un cambio de escenario donde las usuarias reclaman espontáneamente por su derecho a tener acceso a anticonceptivos gratuitos

Impacto

Las dos experiencias analizadas que implementaron estrategias de salud territorial para fortalecer la utilización de DIU lograron un alto impacto.

En Venezuela, en los Estados de Caracas, Miranda y Anzoátegui, en 5 meses (entre mayo y setiembre de 2019) se colocaron 11.197 DIU y 41.775 implantes. A su vez, en el área de maternidad del Hospital D. Luciani se colocaron 472 DIU en 5 meses, lo que representa el 25 % de las pacientes postparto inmediato. Mientras tanto, en el mismo período, en el resto del país se colocaron 4.013 DIU y 43.327 medroxi-progesterona inyectables a partir del Plan Nacional de Anticonceptivos.

Cuadro 1: Cantidad de DIU colocados desde mayo a setiembre en 2019, en Venezuela.

Venezuela (mayo a setiembre de 2019)	DIU
Plan Caracas-Miranda-Anzoátegui	11.197
Plan Nacional de Anticonceptivos	4.013

En el caso de Brasilia, se colocaron 1400 DIU durante la Campaña de la Maternidad en junio de 2019.

Cuadro 2: Cantidad de DIU colocados en la Campaña de la Maternidad Central de Brasilia en junio 2019

Brasilia	DIU
Maternidad Central (campaña junio 2019)	1.400

Mientras que, en el Hospital ASA Norte, durante el año 2018 se colocaron uno o dos DIU por mes, desde el comienzo del Programa (sólo en mayo de 2019) se colocaron 12 DIU por semana a mujeres



luego del parto y de un aborto inmediato. En este hospital donde se realizan aproximadamente 77 partos por semana, o sea 4000 partos anuales, significa que el 21 % de las mujeres accedieron al DIU. Por otro lado, en la UBS Guara, el año 2018, cuando los que colocaban DIU eran solamente los ginecólogos, se ponían 3 DIU por año. Sin embargo, con la incorporación de los médicos generalistas esta cifra aumentó a 20 DIU por semana. En la UBS Nueva Colina, en 2019 se pusieron 91 DIU.

Cuadro 3: Cantidad de DIU colocados en servicios de Brasilia

Brasilia	DIU colocados en 2018	DIU colocados hasta septiembre de 2019
Maternidad Hospital ASA Norte	2 por mes	48 por mes
UBS Guara	3 por año	20 por semana
UBS Nueva Colina	4 por año	91 hasta ahora

Replicabilidad

¿Qué de lo que hicieron en estas dos experiencias se puede repetir en otros casos y cuáles son las condiciones indispensables a ser garantizadas para ello?

Partiendo de las lecciones aprendidas de estas dos experiencias, las autoridades deberían intentar implementar las siguientes estrategias de manera simultánea (de acuerdo a las fortalezas y oportunidades):

- 1. Ampliar y descentralizar la oferta de servicios** de PF con colocación de DIU a nivel territorial con médicos generalistas capacitados. Combinar las estrategias de atención ambulatoria programada para la colocación de DIU con jornadas y operativos masivos, con personal altamente capacitado y motivado. Sumar a la universalización de la colocación de DIU postevento obstétrico inmediato en todas las maternidades.
- 2.** Capacitar en forma permanente, en el servicio, a todo el equipo de salud sobre PF y a los médicos generalistas en la colocación de DIU para ampliar y descentralizar la oferta. A su vez, fomentar la capacitación de los ginecólogos de todas las maternidades sobre la colocación de DIU postevento obstétrico inmediato.
- 3.** Desarrollar estrategias combinadas de información y promoción de la PF y la colocación de LARC para las usuarias y su entorno por redes sociales (p.ej.: WhatsApp, Facebook, etc.), medios masivos de comunicación y redes sociales comunitarias (promotores, brigadistas, voceros, etc.).
- 4.** Organizar procesos e instrumentos de registro para el seguimiento de la dispensación y colocación de LARC a las usuarias. El registro en la historia clínica de la atención, el consentimiento informado, el envoltorio del método anticonceptivo aplicado (DIU, implante o inyectable) y el formulario de datos personales, que permite la supervisión.
- 5.** Evaluar la calidad de la atención de las usuarias que se aplican los LARC con llamadas telefónicas al azar.
- 6.** Implementar programas intersectoriales que integren varias áreas del Estado y de la sociedad civil que tengan como uno de sus ejes centrales la PF, la provisión y colocación de LARC.



Conclusiones y recomendaciones

¿Por dónde empezar?

Logrando la voluntad política y el compromiso económico de las máximas autoridades de salud para las iniciativas de PF y SS y R.

La promoción del uso del DIU es una de las estrategias más importantes para disminuir la mortalidad materna e infantil, el embarazo no deseado y el embarazo en la adolescencia. En caso de no disponer de recursos indispensables en infraestructura, personal capacitado, equipamiento, instrumental e insumos para los consultorios de PF y para la colocación de DIU, las políticas que se implementen serán marginales y arrojarán muy pobres resultados.

¿Qué es más importante, reducir las barreras sobre la oferta o sobre la demanda?

Es recomendable comenzar primero con la reducción de las barreras a la oferta para que cuando las usuarias se acerquen a los servicios tengan respuesta adecuada. De esta forma, la disponibilidad del DIU, de personal capacitado y entrenado para realizar las consejerías y la colocación, así como infraestructura de calidad y equipamiento pueden activar un círculo virtuoso que genere más demanda.

¿Cómo se podrían reducir las barreras sobre la oferta del DIU?

Ampliando la oferta de servicios de planificación familiar, rondas, campañas y unidades móviles para territorios de difícil acceso con población vulnerable, adaptándolas a las particularidades de cada territorio:

1. Fortaleciendo la estrategia de APS, implementando la reorganización del sistema de salud con un modelo orientado a la salud familiar y comunitaria que ordene a todo el sistema desde el territorio donde trabajan los equipos a nivel ambulatorio y domiciliario, y los centros de atención primaria de la salud, hasta los hospitales donde están los servicios de mayor complejidad.
2. Robusteciendo el primer nivel de atención, ampliando y descentralizando la oferta de servicios de PF y la colocación de DIU, para mejorar el acceso a todas las usuarias, sobre todo a las más vulnerables.
3. Implementando las clínicas móviles con equipos entrenados y motivados para ocuparse de la atención de las poblaciones vulnerables y asentamientos de difícil acceso y sin servicios cercanos.
4. Catastrando y digitalizando la información de la población de las áreas programáticas a cargo de los equipos de salud, para ser utilizada en el seguimiento individual de las usuarias que se colocan el DIU y para la elaboración de indicadores epidemiológicos.

Capacitando a los trabajadores de salud sobre la información científica más reciente respecto al dispositivo, los métodos apropiados de inserción y las buenas técnicas de asesoramiento para lograr tenerlos de aliados para la iniciativa.

Capacitar a todo el equipo de salud: médicos, enfermeras, matronas, doulas, obstétricas y agentes sanitarios o promotores de salud en PF y SS y R, para que puedan hacer consejerías individuales o grupales, jornadas temáticas, y para que se motiven, involucren y comprometan con la iniciativa. Capacitar a los médicos generalistas de todos los centros de salud en colocación de DIU y a los médicos ginecólogos de todas las maternidades en la colocación postevento obstétrico inmediato. Promover reglamentaciones ministeriales que ha-



biliten al personal de enfermería y licenciadas en obstetricia, previamente capacitados y certificados, para la colocación de LARC.

Asegurando la accesibilidad y la disponibilidad gratuita de los dispositivos, la infraestructura y el equipamiento necesario para su colocación.

Es necesario contar con una infraestructura adecuada y confortable para los consultorios de PF, la provisión del equipamiento e instrumental necesario para la colocación de los DIU, y la disponibilidad de dispositivos en tiempo y forma para responder a la demanda de las usuarias. Asimismo, es necesaria la organización de los procesos de gestión logística para asegurar la disponibilidad de los anticonceptivos, la trazabilidad de los mismos por un programa de gestión de stock digitalizado desde el almacén central a los depósitos y farmacias de los establecimientos de salud. También la organización de procesos y formularios para hacer el seguimiento de la dispensación y colocación de LARC a las usuarias, el registro en la historia clínica donde se adjunta el consentimiento informado, el envoltorio del método anticonceptivo aplicado (DIU, implante o inyectable) y el formulario de datos personales, que cierra el círculo con la supervisión. La evaluación de la calidad de la atención de las usuarias que se aplican los LARC se debe verificar con la realización de llamadas telefónicas al azar para constatar su efectiva colocación.

¿Cómo se podrían reducir las barreras sobre la demanda?

Motivando a la población y aumentando la demanda, mejorando la información pública para contrarrestar los rumores y los mitos en una población cada vez más receptiva y consiente de sus derechos.

Usar todas las herramientas a disposición para trabajar sobre los mitos y la falta de información: campañas por medios masivos y redes sociales, promoción de los agentes sanitarios durante las rondas, los grupos operativos con las mujeres y parejas, jornadas, operativos, reuniones y todas aquellas actividades comunitarias que convoquen a la población y a las mujeres en edad fértil, tales como ferias, actividades culturales, deportivas o religiosas. La promoción no debe estar circunscrita a la mujer, sino también a su entorno: pareja o esposo, familia y sociedad en general. En las escuelas es recomendable realizar talleres o jornadas sobre SS y R, y en las escuelas secundarias, además, es conveniente realizar consejerías individuales y grupales. A su vez, se recomienda la provisión de preservativos masculinos y femeninos, siempre que la legislación lo permita.



Siglas Utilizadas

ALC:	América Latina y el Caribe
APS:	Atención Primaria de la Salud
ASIC:	Áreas de Salud Integrales Comunitarias
CDI:	Centro de diagnóstico integral
CP:	Consultorios populares
DF:	Distrito Federal de Brasil
DIU:	Dispositivo intrauterino
ESF:	Equipos de Salud Familiar
Ipasme:	Instituto de Prevención de Asistencia del Personal del Ministerio de Educación
IVSS:	Instituto Venezolano de Seguridad Social
LARC:	Métodos anticonceptivos reversibles de larga duración
MIC:	Médicos integrales comunitarios
MPPS:	Ministerio del Poder Popular de Salud de Venezuela
NASF:	Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PF:	Planificación familiar
SS y R:	Salud Sexual y Reproductiva
SUS:	Sistema Único de Salud de Brasil
UBS:	Unidades básicas de salud
Unfpa:	Fondo de Población de Naciones Unidas



Referencias bibliográficas

- Ali et al. (2019). Expanding choice and access in contraception: an assessment of intrauterine contraception policies in low and middle-income countries. *BMC Public Health*. Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8080-7>
- Bailey P.E. et al. (1992). An evaluation of reproductive health as an approach to family planning in Ceará, Brazil. Ponencia presentada en la reunión anual de la American Public Health Association, Washington, DC entre el 8–12 de noviembre, 1992.
- Bianco, M. (2015). Atención y costo de la salud sexual y reproductiva en Argentina. FEIM. Buenos Aires. Disponible en http://feim.org.ar/wp-content/uploads/2016/09/AtencionyCostoSSyR_2015.pdf
- Carolina Population Center Evaluation Project (1997). IUD use in Morocco: identifying barriers and evaluating progress. Chapel Hill, NC, EEUU.
- Chávez Guillén, Karina, D. y Masis M., Oniel, M. (2017). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso del DIU en usuarias del método, atendidas en el puesto de salud Juan Isidro Flores Espinoza. Nicaragua, Managua. Disponible en <http://repositorio.unan.edu.ni/9617/>
- Forrest, J.D. (1996). Women's perceptions of and attitudes about the IUD. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 51(12):S30–S34.
- Gárate, M. R. (2012). Estudio: Introducción de métodos anticonceptivos en la oferta de servicios públicos. Demanda Potencial. Unfpa y Pathfinder. Lima.
- Katz K. R. y et al. (2002). Factores que Inciden en el Uso Limitado del DIU en El Salvador. Disponible en <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/2800302sp.pdf>
- Limone, L (2018). Informe y Evaluación del Monitoreo sobre el Aseguramiento de Insumos de Salud Sexual y Reproductiva (AISSR) en América Latina. Unfpa Lacro. Panamá.
- Mishell D y Sulak P. (1997). The IUD: dispelling the myths and assessing. the potential. *Dialogues in Contraception*. 5(2):1–4. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12292543>
- Sundaram, A. et al. (2017). Contraceptive Failure in the United States: Estimates from the 2006–2010 National Survey of Family Growth. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 49 (1) p. 7-16



Tobar F. (2004). Descentralización en Salud. Lecciones de las experiencias latinoamericanas y propuestas para la Argentina (Tesis de Doctorado en Ciencias Políticas). Universidad del Salvador. Buenos Aires. Disponible en <https://racimo.usal.edu.ar/4952/>

Tobar, F. (2010). Gestión territorial. En salud en Chiara, Magdalena & Moro, Javier (Compiladores). Pensando la agenda de la política sanitaria en la Región Metropolitana de Buenos Aires: Capacidades, problemas y desafíos. Universidad Nacional de General Sarmiento. Instituto del Conurbano. p. 4-20.

Tobar, F. y Anigstein, C. (2013). Redes en salud: Análisis de caso y conceptualización del funcionamiento en red del Hospital el Cruce. Universidad Arturo Jauretche.

Trussell, J. & Wynn, L.. (2008). Reducing Unintended Pregnancy in the United States. *Contraception*. 77. 1-5.

Zegarra T. (2011). Mitos y métodos anticonceptivos. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (Promsex) y Unfpa. Disponible en <https://docplayer.es/548438-Mitos-y-metodos-anticonceptivos.html>

