



FLASH Informativo de IPPF/RHO — Acceso



Facilitando el Acceso a Servicios de Salud Reproductiva a través de Unidades de Salud Móviles en Bolivia

Enero 2005

Antecedentes

El proporcionar acceso a servicios de salud reproductiva para las personas menos atendidas ha sido siempre parte de la misión de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO); y las unidades de salud móviles representan una estrategia innovadora y esencial para llegar hasta poblaciones vulnerables y rurales. Las unidades móviles son únicas en tanto que permiten llegar hasta las personas más pobres, una meta que elude muchas organizaciones sociales debido a preocupaciones por la sustentabilidad, a la inexperiencia, o a la carencia de recursos para hacerlo.

En Bolivia, la población indígena comprende el 71% de la población total, pero permanece marginada de los servicios médicos y sociales debido a su aislamiento geográfico y su falta de representación política. La pobreza extrema y las características culturales multiétnicas y multilingües únicas de estos grupos, también presentan retos significativos para la provisión de servicios médicos, especialmente los relacionados con la atención a la salud reproductiva.

En medio de estas barreras, el CIES (Centro de Investigación, Educación y Servicios), la asociación miembro de la IPPF/RHO en Bolivia, ha estado llevando servicios a comunidades aisladas en la remota región de Chuquisaca (población de 531.000 personas) a través de unidades de salud móviles. Las mujeres en las áreas rurales de esta región presentan algunos de los más pobres resultados en salud reproductiva del país, con un promedio de 7,4 hijos y una de las tasas de mortalidad materna más altas. Con el apoyo de la Fundación Erik E. y Edith H. Bergstrom, el proyecto de la unidad de salud móvil empezó a dar servicio a las comunidades Guaraní en 2002, dando continuidad a una fase temprana del proyecto que trabajó con las comunidades Quechua desde 1997. El modelo de unidad de salud móvil incluyó dos vehículos utilitarios de tipo deportivo, equipados con suministros y equipos médicos para instalar un consultorio médico privado (camillas portátiles con estribos ginecológicos y una carpa).

La estrategia de salud móvil se acerca a la efectividad programática desde la perspectiva tanto de salud pública como de derechos humanos, definiendo a la salud como un derecho humano (y no como un bien de consumo), mientras que se reducen los indicadores de morbilidad y mortalidad. Este enfoque tiene implicaciones concretas para el diseño y evaluación de programas, en tanto que los "resultados" no solamente se enfocan en mejorar impactos en la salud, sino que permanecen sensibles a las necesidades y preocupaciones especiales de las personas en cuestión.

Metas y objetivos

El proyecto de tres años se propuso promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos de cerca de 12.000 mujeres en edad reproductiva y de sus familias en las comunidades guaraníes de Chuquisaca. Un enfoque de dos vías para mejorar los resultados en salud se concentró en proporcionar acceso a los servicios, incluyendo los servicios anticonceptivos, así como servicios de información y educación en salud.

Actividades del proyecto

El equipo del proyecto, compuesto por dos conductores, ocho educadores/as y dos médicos, viajaba a través de caminos hasta un pequeño pueblo en donde establecían base, visitando a un promedio de 20 comunidades por mes. Las unidades de salud móviles se mantenían operando 20 días del mes para llegar oportunamente a las comunidades con servicios; así como para equipar los sitios de servicio con instrumentos estériles. Todos los miembros del personal hablaban la lengua guaraní, y las/los educadores eran de las mismas comunidades a las que se estaban atendiendo.

Capacitación de voluntarios/as de salud rurales. Antes de ofrecer servicios y actividades educacionales, el personal del CIES se reunió con las autoridades locales de salud y con líderes indígenas para ponerse de acuerdo en términos de consideraciones culturales y para visualizar los servicios que estaban disponibles o que hacían falta. A partir de ahí, el CIES capacitó a voluntarios/as de la comunidad para conducir actividades educacionales, con base en un currículo estandarizado, utilizando materiales diseñados de acuerdo con el contexto cultural de las comunidades indígenas. El currículo incluyó temas de sexualidad, autoestima, género y comunicación; y alentó a los miembros de la comunidad a que reflexionaran sobre las prácticas locales, para ayudarles a tomar mayor conciencia de sus necesidades de salud. Se puso énfasis en la responsabilidad conjunta de los hombres y las mujeres en cuanto a la salud sexual y reproductiva. El personal del CIES también alentó a sus clientes a ponerse en contacto con sus líderes municipales para solicitar inversiones en materia de salud sexual y reproductiva (SSR).

Consultas médicas y de SSR. Debido a la escasez de servicios médicos en la región, al principio del proyecto mucha gente recurrió a los servicios de la unidad móvil en busca de atención médica general; estas consultas de atención básica constituyeron una proporción significativa de las visitas. Entre los servicios de SSR, la mayor parte (60%) de las visitas de clientes estaban relacionadas con servicios ginecológicos como tomas de Pap, exámenes pélvicos y pruebas de ITS; las consultas sobre anticonceptivos eran requeridas en segundo lugar. El personal médico también realizó actividades de cuidado prenatal, y refirió todos los casos detectados de embarazo de alto riesgo al Departamento de Servicios de Salud. Los clientes también presentaron una alta demanda de ligadura de trompas, debido al alto número de nacimientos por mujer. Ofrecer este servicio requirió superar problemas de transporte hasta instalaciones quirúrgicas, así como otros retos, lo cual dificultó su provisión; aunque el CIES dio pasos importantes para aumentar el acceso a este servicio.

Con el fin de mejorar la sustentabilidad del proyecto, el personal del CIES trabajó muy de cerca con el Ministerio de Salud para evitar la duplicación de esfuerzos y para transferir servicios al sector público en la medida de lo posible. La coordinación de servicios entre los puntos de prestación de servicios de salud comunitaria, las/los

voluntarios rurales, los centros de atención del CIES y el Departamento de Servicios de Salud de Chuquisaca, se convirtieron en un componente esencial para llegar a las comunidades con los servicios que cada una de ellas requerían.

Actividades informativas y educativas. Para fortalecer el componente de provisión de servicios, las y los educadores del personal del CIES implementaban actividades para promover el comportamiento saludable, mismas que se ajustaban al lenguaje y las necesidades socioculturales de cada comunidad. A través de un currículo estandarizado y probado, las pláticas educativas abordaban la salud reproductiva básica, anatomía, métodos anticonceptivos, ITS, VIH/SIDA, prevención del cáncer, derechos y violencia. Las actividades educativas se dirigieron tanto a hombres como mujeres, aunque muchas veces en sesiones separadas para permitir una discusión más abierta.

Las y los voluntarios de salud comunitaria que fueron capacitados también participaban en estas actividades y conducían actividades informativas por su cuenta. Dada la naturaleza sensible de los temas de sexualidad y género, la inclusión de voluntarios/as de la comunidad construyó confianza, permitiendo al proyecto alcanzar más gente. El equipo del proyecto también fortaleció la red de voluntariado, con la meta de aumentar las referencias que se hacen a los servicios clínicos.

Estrategias de evaluación

El proyecto de unidades móviles incorporó una variedad de estrategias de evaluación cualitativa y cuantitativa, así como de monitoreo. Las principales partes involucradas (clientes, proveedores/as de servicios, líderes comunitarios indígenas) proporcionaban información cualitativa acerca de la efectividad de la estrategia de intervención. Adicionalmente, de manera mensual se completaba un conjunto de informes estadísticos con el fin de documentar el número de clientes que visitaban el centro y los tipos de servicios utilizados, incluyendo los tipos de anticonceptivos distribuidos. También se utilizaron cuestionarios pre- y post-prueba para medir el conocimiento adquirido a partir de las actividades educativas. La estrategia de evaluación incorporó un componente formativo, a través de la cual los resultados se compartían con el personal de programa, de tal forma que el diseño del programa se ajustaba en consecuencia.

Resultados importantes

Debido al aislamiento en el que vive la población beneficiada por el proyecto, los cambios registrados por la base de datos nacional de estadísticas de salud para estas comunidades puede atribuirse directamente a los servicios y a las intervenciones educativas realizadas por las unidades móviles. Durante el período 2001-2003 los datos nacionales muestran que el total de nacimientos disminuyó en un 21% en las provincias atendidas por las unidades de salud móvil, y que los nacimientos atendidos por personal capacitado aumentó en un 39%.

Es evidente que los tipos de servicio de SSR utilizados permanecieron consistentes a través del período del proyecto de tres años, mientras que el número de clientes creció dramáticamente (359% de incremento). Los servicios anticonceptivos provistos aumentaron en un 470% (157 servicios durante el primer semestre a 896 servicios por

semestre). Entre los anticonceptivos, el más solicitado fue Depo Provera, que representó el 58% de la mezcla de métodos. Los DIU también fueron comúnmente requeridos por las mujeres, representando el 25% del uso de anticonceptivos. Las y los proveedores de servicios mencionaron la importancia de proporcionar métodos controlados por la mujer, dada la resistencia sociocultural de los hombres al uso del condón y la anticoncepción en general.

Claramente, el acceso a los servicios de salud, incluyendo anticoncepción, es un factor clave en los resultados observados. Sin embargo, la educación también es una estrategia clave para mejorar el acceso a los servicios de salud reproductiva. En 2003, las y los educadores de CIES beneficiaron a 19.698 individuos con sus actividades. Aunque estas actividades se dirigieron a ambos sexos, las mujeres tuvieron mayor propensión que los hombres a participar en los eventos educativos (61% vs. 39%). Al principio de 2003, el 33% de las/los capacitados proporcionó actividades informativas en sus comunidades; esto aumentó a 72% para finales de ese año. La medición pre- y post-prueba de las actividades educacionales mostró un aumento significativo en indicadores de conocimiento, promediando un aumento de 72,5 puntos porcentuales entre los indicadores.

La evaluación de este proyecto reflejó el surgimiento de nuevas prioridades, incluyendo la solicitud en una comunidad de actividades y servicios educativos ajustados a las necesidades especiales de las y los adolescentes.

LECCIONES APRENDIDAS

- Se puede lograr cambios positivos significativos en los resultados de salud dentro de un período de 3 años en poblaciones de "difícil acceso", utilizando una estrategia de unidades de salud móviles.
- La creación de alianzas entre líderes de comunidades indígenas y las agencias gubernamentales puede ser compleja y constituir un reto. Es esencial definir el proceso para una participación efectiva y el apoyo de la comunidad, e incorporar la colaboración de agencias de servicio para confrontar los retos que pudieran surgir.
- Las y los voluntarios de salud rural deben estar bien capacitados y ser capaces de proporcionar información de una manera competente desde un punto de vista cultural, para aumentar el efecto de las actividades educativas en las comunidades.
- La colaboración es una parte integral del proceso para aumentar el acceso a los anticonceptivos para estas comunidades geográficamente aisladas y extremadamente pobres. Debe proporcionarse incentivos, preferentemente por parte del gobierno, para facilitar el desarrollo de la colaboración y coordinación de servicios entre las redes de servicio que operen localmente.
- Otros asuntos, como la falta de alimentos y refugio, son frecuentemente más apremiantes que los servicios de salud reproductiva. Las y los proveedores de servicios tienen que considerar los aspectos éticos y establecer parámetros al proporcionar servicios en donde la necesidad social es muy grande.

