

Parte II.H.1

El Acceso

- El tiempo/la distancia promedio al establecimiento más cercano de salud reproductiva que ofrece un servicio específico
- El número de establecimientos que ofrecen un servicio específico de salud reproductiva por cada 500,000 personas
- El costo de un mes de suministros anticonceptivos con relación al salario mensual
- El porcentaje de establecimientos con criterios no-médicos que restringen la elegibilidad
- El porcentaje de no-utilización de los servicios relacionado con barreras psicosociales

Una estrategia primordial de los programas de salud es incrementar el acceso a los servicios. Para lograrlo existen diversos enfoques, como crear más establecimientos, capacitar más trabajadores de salud, incrementar las actividades para lograr mayor alcance, y así sucesivamente. La importancia del acceso ha sido reconocida como un elemento clave del entorno de la entrega de los servicios; sin embargo, es un factor que no se suele incluir en la evaluación rutinaria de los programas de SR.

Una buena parte de la investigación realizada en este campo ha centrado su atención en un aspecto o dimensión de la accesibilidad: El acceso geográfico (o físico). En este contexto, el acceso (o accesibilidad) se refiere al grado de dificultad en obtener o llegar a los servicios de salud reproductiva. Se han propuesto diversas medidas que se relacionan con la distancia que hay a los puntos de abastecimiento y de entrega de servicios, con el tiempo que se requiere para llegar a ellos y con la densidad de los puntos de abastecimiento/ de entrega de servicios en un área geográfica específica, las cuales se han descrito en varias publicaciones (Chavoyan, Hermalin y Knodel, 1984; Hermalin y Entwisle, 1985 y 1988; Hermalin et al., 1992; Tsui y Ochoa, 1992). En el caso de la planificación familiar, la evidencia disponible tiende a confirmar la relevancia de la proximidad geográfica a los servicios anticonceptivos como un factor determinante para su

uso. Sin embargo, en los estudios empíricos la solidez del vínculo causal entre la proximidad y el uso no ha sido tan firme como se hubiera creído (Tsui y Ochoa, 1992; Boulier, 1985).

Algunos investigadores establecen una diferencia entre el término “disponibilidad” (para describir si se ofrece un método o servicio en particular) y “accesibilidad” (para señalar la secuencia de esfuerzos que se requieren para obtenerlos) [Bertrand et al., 1995]. Sin embargo, los términos suelen utilizarse indistintamente, y en este *Compendio* la palabra *acceso* se usa para reflejar el grado de dificultad (o facilidad) para llegar a los servicios.

El acceso a los servicios no es simplemente una cuestión de distancia física, sino que incluye otros aspectos o dimensiones (Chavoyan, Hermalin y Knodel, 1984; Foreit et al., 1978). Foreit et al sugieren varios elementos y dimensiones como relevantes para la accesibilidad (los autores utilizan el término “disponibilidad” en el texto original). Estos son: Geográficos o físicos, económicos, factores administrativos y cognoscitivos. Los indicadores que se presentan a continuación sirven para medir el acceso conforme a varios de estos aspectos o dimensiones: Geográficos/físicos (con dos indicadores distintos), económicos, administrativos y psicosociales

EL TIEMPO/LA DISTANCIA PROMEDIO AL ESTABLECIMIENTO MÁS CERCANO DE SALUD REPRODUCTIVA QUE OFRECE UN SERVICIO ESPECÍFICO

Elemento: El acceso geográfico/físico

Definición

El tiempo (medido en minutos) o la distancia (medida en kilómetros o millas) desde el lugar de residencia de la persona entrevistada al punto de entrega de servicios más cercano que ofrece un servicio específico de salud reproductiva (por ejemplo, atención prenatal, consejería y pruebas voluntarias, esterilización masculina)

Datos Requeridos

Información respecto a la ubicación de la persona entrevistada con relación al punto de entrega de servicios en estudio. Para obtener las distancias aéreas (en línea recta), se puede utilizar un sistema global de posicionamiento geográfico (GPS). Como alternativa se puede trazar un mapa de las rutas entre una comunidad específica y un punto de entrega de servicios y (de preferencia) medir el tiempo que toma llegar a él y la distancia real; estas mediciones son mejores que las de los autoreportes de las personas entrevistadas o de los informantes clave.

Fuente(s) de Datos

Los datos obtenidos en las encuestas a nivel del establecimiento, analizados con relación a los datos obtenidos en las encuestas de hogares (por ejemplo, en el contexto de las encuestas DHS)

Propósito y Temas a Considerar

En un escenario ideal el investigador será quien determine la distancia que hay entre el lugar de residencia de la persona promedio en un país X y el establecimiento más cercano que ofrece un servicio específico de salud reproductiva. Los investigadores solían confiar anteriormente en lo que informaban las personas entrevistadas o los informantes de la comunidad, pero comprobaron que ambos tendían a ser poco fiables. En los últimos años y en algunos países, los investigadores han tratado de vincular las encuestas de hogares de las DHS con las encuestas de los

establecimientos de las áreas cercanas. Por primera vez, al vincular los datos de ambas encuestas, los investigadores y los evaluadores han podido medir con bastante exactitud la distancia que hay entre las comunidades y los puntos de entrega de servicios (Akin et al., 1998; Seiber y Bertrand, 2001).

Sin embargo, hay ciertas consideraciones o advertencias que deben tomarse en cuenta al medir el acceso utilizando esta técnica de vinculación. Primero, muchas de las encuestas de hogares de las DHS no incluyen una encuesta a nivel de los establecimientos o, cuando las hay, éstas no están vinculadas con las encuestas de hogares. Segundo, se requieren cuantiosos recursos humanos y financieros para conducir una encuesta tipo DHS que incluya tanto el componente de hogares como el de los establecimientos. Por lo tanto, en el mejor de los casos, este tipo de encuestas se realiza cada 3 a 5 años. Tercero, al vincular los dos tipos de encuestas, se obtiene una medición mucho más exacta del tiempo y la distancia entre el lugar de residencia del entrevistado promedio y el punto de entrega de servicios más cercano. Sin embargo, en la investigación realizada se demuestra que los clientes suelen elegir algunos servicios que se ofrecen en los puntos más distantes de sus hogares para mantener su privacidad; para obtener una amplia gama de servicios que no están disponibles en un establecimiento cercano a su residencia (por ejemplo, algunos métodos anticonceptivos específicos o procedimientos especiales de laboratorio); o para obtener servicios de mejor calidad (por ejemplo, los servicios que ofrecen una mejor comunicación entre el cliente y el proveedor).

Hasta la fecha, los evaluadores han estudiado el acceso físico como un factor determinante de la utilización de los servicios, pero los gerentes de los programas no han usado esta información rutinariamente para monitorear el desempeño cotidiano del programa, debido al tiempo y al costo asociados al proceso de vinculación mencionado.

Implicaciones de Género de este Indicador

La distancia al establecimiento de salud reproductiva más cercano representa, por un lado, el compromiso y los recursos del gobierno para proporcionar el acceso universal a la atención de la salud. Esta es una variable importante a considerar porque indica la capacidad de la mujer para obtener la atención obstétrica (los servicios de salud materno infantil y la planificación familiar), particularmente en lugares donde el transporte es difícil de conseguir. La distancia a los servicios obstétricos que la mujer necesita y la falta de transporte para llegar a un establecimiento que los ofrezca son variables muy importantes que contribuyen a la mortalidad materna. Los promotores de la maternidad segura sostienen que estas muertes prevenibles indican el poco valor que los formuladores de las políticas dan a la vida de la mujer, avocándose a las convenciones de derechos humanos para que los gobiernos se responsabilicen por ofrecer los servicios de salud adecuados y accesibles (Rosenfield, 2001). Por el otro lado, cuando las mujeres viajan fuera de sus comunidades y buscan servicios en un punto alejado de sus hogares, puede ser porque algunos establecimientos no velan por mantener la privacidad y confidencialidad adecuada y las mujeres temen las consecuencias. Por ejemplo, las mujeres que sienten la necesidad de obtener anticonceptivos a escondidas porque perciben la desaprobación de sus cónyuges o de su familia extendida pueden temer represalias si se viola la confidencialidad. Muchos de los establecimientos de servicio a nivel local no están en la capacidad de ofrecer privacidad visual a las mujeres mientras aguardan en fila para obtener los servicios. Sin embargo, aun estos establecimientos pequeños podrían tener políticas y procedimientos adecuados para proteger la confidencialidad de las mujeres respecto a sus preferencias de salud reproductiva y los servicios recibidos.

Indicador

EL NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS QUE OFRECEN UN SERVICIO ESPECÍFICO DE SALUD REPRODUCTIVA POR CADA 500,000 PERSONAS

Elemento: El acceso geográfico/físico

Definición

El número de establecimientos de servicio para una población específica

Datos Requeridos

Información sobre el total de establecimientos que ofrecen un servicio específico (por ejemplo, anticonceptivos, atención postaborto, consejería y pruebas voluntarias, suplementación con micro nutrientes) y los datos de la población total (o del subgrupo relevante) del área de captación

Nota: Los evaluadores pueden limitar el denominador a un cálculo del subgrupo relevante al servicio (por ejemplo, todas las mujeres en edad reproductiva para la planificación familiar, todas las mujeres embarazadas que necesitan suplementación con micro nutrientes, todos los adultos entre 15 a 65 años para la consejería y pruebas de VIH). Debido a la dificultad asociada con la estimación del número exacto de personas que necesitan un servicio (por ejemplo, la atención postaborto), los evaluadores pueden optar por usar a toda la población como denominador.

Fuente(s) de Datos

Los expedientes del programa con relación a la infraestructura del sistema de provisión de los servicios; los datos de los censos para el tamaño de la población del área de captación

Propósito y Temas a Considerar

Este indicador ofrece un panorama global del número de puntos de entrega de servicios que ofrecen intervenciones específicas de salud reproductiva. Éste puede ser útil para los propósitos de la defensa al crear conciencia sobre las deficiencias del entorno de la entrega de servicios con respecto a algunos de los servicios en particular.

Vale la pena mencionar las siguientes advertencias o consideraciones para este indicador. Primero, aunque el indicador ofrece una relación entre los PES y la cantidad de población, no refleja su distribución geográfica; por lo tanto, cuando los establecimientos están concentrados en las áreas urbanas, el indicador podría producir una estimación del acceso a los servicios más favorable que el que realmente tienen los habitantes de las áreas rurales. Segundo, es más fácil recopilar información de la disponibilidad para algunos servicios que para otros. Por ejemplo, muchos países cuentan con listados bastante precisos de los servicios de planificación familiar que ofrecen los establecimientos del gobierno y las ONG, pero es probable que no lleven un control preciso del número de farmacias que venden anticonceptivos y otros productos de salud reproductiva y que, por lo tanto, se subestime el acceso de la población a estos productos. En temas más controversiales, como la atención postaborto por ejemplo, podría ocurrir que los establecimientos ofrezcan estos servicios pero no lo publiquen abiertamente, con lo cual el indicador produce un recuento inferior al que realmente existe con relación a estos servicios. Una tercera advertencia es la posibilidad de que los servicios existan oficialmente en un papel aunque en realidad no están disponibles en el lugar donde deben ofrecerse.

Este indicador puede ayudar a los gobiernos a rastrear el progreso logrado en términos del mejoramiento del entorno de la entrega de servicios para la población. Por muy incompleta que sea esta medida (y por lo poco que refleje la situación de una persona específica dentro de una sociedad), lo cierto es que sí constituye un progreso para el gobierno el hecho de incrementar el número de establecimientos que ofrecen servicios de salud reproductiva por cada 500,000 habitantes (asumiendo que la calidad se mantenga o se mejore). Por otra parte, cuando los datos del ámbito de los servicios de salud tienen suficiente fiabilidad, los evaluadores pueden recopilar esta información a un costo relativamente bajo para el usuario.

Indicador

EL COSTO DE UN MES DE SUMINISTROS ANTICONCEPTIVOS CON RELACIÓN AL SALARIO MENSUAL

Elemento: El acceso económico

Definición

Los “costos” se refieren a los desembolsos directos para obtener los suministros y los servicios anticonceptivos.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Costo de un mes de suministros anticonceptivos}}{\text{Salario de un mes}} \times 100$$

Datos Requeridos

La información sobre los gastos mensuales en concepto de suministros y servicios anticonceptivos y el ingreso mensual estimado

Fuente(s) de Datos

La información que se obtiene en las encuestas demográficas sobre los costos de los servicios y de los suministros; el costo de los honorarios también puede estar disponible en los registros del establecimiento

Propósito y Temas a Considerar

Este indicador proporciona una medición de la carga económica relativa que representa el costo mensual de los servicios y de los suministros anticonceptivos. Esta medición aplica a la planificación familiar específicamente, pero los evaluadores pueden adaptarla a otras áreas de SR, sustituyendo en la definición el costo de los anticonceptivos por el costo del producto en estudio.

Para una buena parte de los clientes, los costos que excedan al uno por ciento de los salarios mensuales para obtener los servicios y los suministros podría significar una barrera económica para el uso de anticonceptivos (Ross et al., 1992).

El indicador que nos sirve para ilustrar este elemento se seleccionó entre varias opciones, en gran parte porque

los datos que se requieren para calcularlo son los que tienen más probabilidad de estar disponibles en muchos países en vías de desarrollo. Sin embargo, los evaluadores deben reconocer que el indicador adolece de varias limitaciones importantes.

Una de ellas, es que no toma en consideración otros costos que implica el uso de anticonceptivos y que podrían ser barreras tan importantes, o quizás más, que los costos directos de los servicios o de los suministros. Por ejemplo, es probable que los clientes de planificación familiar tengan que incurrir en gastos para transportarse hacia y desde el establecimiento y (posiblemente) para el cuidado de los niños, además del “costo de oportunidad” representado por el tiempo que se les toma en viajar y en esperar el servicio y los suministros una vez que lleguen al punto de entrega del servicio. Por lo tanto, una medición más válida del costo de los servicios de planificación familiar debería de incluir también estos costos en el cómputo del indicador.

Otro aspecto importante se refiere a la proporción de los ingresos que deberían tomarse en consideración para calcular el indicador. Por ejemplo, es probable que no todo el ingreso (el ingreso bruto) esté disponible para utilizarse en los servicios anticonceptivos, por lo que una especificación más apropiada del indicador debería limitar el denominador al *ingreso mensual disponible*. Además, debido a que en muchas sociedades los hombres y las mujeres no tienen el mismo acceso a los recursos financieros del hogar, esta medición se podría perfeccionar, limitando el denominador a los *ingresos o salarios* que están bajo el control del cliente (particularmente de la mujer).

No obstante, los evaluadores deben reconocer que estas mejoras requerirían más datos para calcular el indicador y que en muchos países la información que se requiere sólo se puede obtener por medio de los estudios especiales. Para fines prácticos, el indicador en su forma más sencilla debería de ser suficiente para orientar las decisiones de la gerencia del programa respecto a la capacidad de pago en concepto de servicios

anticonceptivos. Sin embargo, para aquellos programas en los que la recuperación de los costos y la sustentabilidad son temas prioritarios para la gerencia, se justifica el costo adicional que implica recopilar los datos necesarios para obtener las mediciones más refinadas.

Indicador

EL PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS CON CRITERIOS NO-MÉDICOS QUE RESTRINGEN LA ELEGIBILIDAD

Elemento: El acceso administrativo

Definición

Los criterios de elegibilidad que el establecimiento o la organización de servicio dicta, que son de naturaleza no-médica y que limitan el acceso a los servicios de SR para ciertas categorías de personas específicas

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de establecimientos con criterios que restringen la elegibilidad por razones no-médicas}}{\text{\# total de establecimientos médicos}} \times 100$$

Datos Requeridos

Los criterios de elegibilidad para los servicios que ofrece el programa

Fuente(s) de Datos

Los documentos del programa que señalan las políticas y los reglamentos; entrevistas con el personal

Propósito y Temas a Considerar

Este indicador identifica la existencia de barreras a los servicios expresadas como las políticas, los reglamentos y los procedimientos formales del programa que son innecesarios; dichas restricciones, las cuales se dictan a nivel de las políticas/programas, sobrepasan las barreras justificables por razones médicas. Entre los criterios restrictivos típicos para los servicios de salud reproductiva, figuran los siguientes:

Para Planificación Familiar:

- La edad, la paridad, el estado civil y/o el consentimiento del cónyuge;
- Los requisitos de pruebas de sangre o exámenes pélvicos previo a la distribución de los anticonceptivos orales;
- Los requisitos de visitas múltiples para obtener algunos métodos anticonceptivos (por ejemplo, el DIU);

- Los requisitos para que el médico participe directamente en la provisión de los servicios; y
- Las esperas obligatorias de varios días entre la consejería para la anticoncepción quirúrgica voluntaria y el procedimiento.

Para las ITS:

- La edad, el estado civil y el consentimiento del cónyuge;
- La notificación a la pareja; y
- Los períodos de espera para recibir los resultados de las pruebas del VIH.

Para la Salud Materna:

- La edad, la paridad, el estado civil, el consentimiento del cónyuge; y
- Los requisitos para que el médico participe directamente en la provisión del servicio (cuando otro personal clínico adecuadamente adiestrado [por ejemplo, las parteras o las comadronas] podrían proveerlo).

Para los Servicios de Salud Reproductiva para Adolescentes:

- La edad, el estado civil; y
- La notificación a los padres o el consentimiento de ellos.

Para la Atención Postaborto:

- El consentimiento de los padres o del cónyuge previo a recibir el tratamiento;
- Los requisitos jurídicos inapropiados (por ejemplo, la violación puede constituir una indicación legal para el aborto electivo, pero a las mujeres no se les permite obtener el servicio sin una “prueba” de la violación, la cual consista en un orden judicial);
- La provisión de los servicios de evacuación endouterina por aborto incompleto únicamente

en la sala de operaciones;

- La provisión de los servicios de evacuación endouterina por aborto incompleto únicamente bajo anestesia general;
- La provisión de los servicios de evacuación endouterina por aborto incompleto únicamente por un médico;
- Los criterios clínicos inapropiados para el uso de la aspiración manual para el tratamiento de los abortos incompletos; y
- Los criterios inapropiados para la provisión de los métodos anticonceptivos después del tratamiento de un aborto incompleto.

En lo que se refiere al acceso a los servicios para las ITS/VIH/SIDA, las barreras administrativas ocurren con menos frecuencia y los servicios tienden a proporcionarse a toda persona que solicite tratamiento.

Indicador

EL PORCENTAJE DE NO-UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS RELACIONADO CON BARRERAS PSICOSOCIALES

Elemento: El acceso psicosocial

Definición

La proporción de mujeres que desean utilizar un servicio de SR, pero que no lo usan debido a barreras de naturaleza psicosocial; por ejemplo, el temor (al estigma social negativo, la vergüenza, la incomodidad) o las restricciones sociales (por ejemplo, contra las mujeres que viajan solas para ir a solicitar los servicios)

Este indicador centra su atención en los factores que desalientan a una mujer, o a un hombre, a utilizar un servicio o práctica que desea. Por ejemplo, los adolescentes que quieren obtener información y servicios en una clínica local y que no se animan a hacerlo por temor a que los vean en la clínica o a que sus amigos crean que tienen estándares morales bajos. Una mujer que quiere someterse a la prueba de VIH y que teme algún tipo de reacción violenta de su esposo si él llegara a enterarse. Nota: El indicador no aplica a los casos en los que la persona ni siquiera está interesada en el servicio.

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de clientes que reportan no utilizar servicios por barreras psicosociales}}{\text{\# total de clientes que solicitan servicios de SR}} \times 100$$

Datos Requeridos

Información sobre las razones para no utilizar un servicio o práctica de SR, entre las personas que están interesadas pero no llegan a utilizar un servicio o práctica específica.

Fuente(s) de Datos

Las encuestas demográficas; los grupos focales de discusión (aunque estos no proporcionan resultados cuantitativos)

Propósitos y Temas a Considerar

Este indicador produce una medición del grado en que el acceso a los servicios de SR disponibles se limita debido a barreras de origen social, psicológico o de actitud.

Las razones para no utilizar un servicio o práctica varían de un contexto a otro, debido a la naturaleza de los factores que caen dentro de este encabezado y que son específicos al contexto en que se dan. Por lo tanto, la cifra numérica exacta asociada a una barrera o a un factor en particular puede ser menos importante que el orden en el que se clasifican los problemas, por rango o por categoría. Por consiguiente, la información que se obtiene por medio de los grupos focales (que no ofrece los resultados en términos cuantitativos, como porcentajes o relaciones) puede ser más valiosa para identificar este tipo de barreras que la que se obtiene por medio de las entrevistas estructuradas.