

Los Programas Pueden Mantener Bajos los Costos de los Servicios del DIU

Un DIU puede usarse durante muchos años, y la usuaria no necesita más suministros. Por lo tanto con el transcurso del tiempo los DIU pueden ser económicos tanto para los programas como para las clientas, aunque los costos iniciales quizá sean mayores que otros métodos anticonceptivos reversibles. En muchos estudios de costos, el DIU se convierte en uno de los métodos más baratos para las clientas en uno a cinco años (1, 11, 17, 20).

Además, hay varias maneras de prestar servicios del DIU a costo moderado por clienta:

Capacitar a un grupo central de proveedores

Convencionalmente, los programas han capacitado a muchos proveedores de diferentes niveles profesionales en cuanto a la inserción y remoción del DIU (16). A pesar de la capacitación, algunos proveedores han estado renuentes a proporcionar el DIU porque requieren más tiempo y esfuerzo que la provisión de otros métodos anticonceptivos reversibles (5, 10, 15, 18). Además, a menos que los proveedores atiendan a las clientas en forma regular, pierden rápidamente sus aptitudes y confianza en sí mismos.

Una opción es capacitar a un grupo central de proveedores para ofrecer el DIU, dándoles el apoyo y asesoramiento continuo y refiriendo a las clientas a estos proveedores. Este enfoque ayuda a cerciorarse que los proveedores vean a suficientes clientas para así mantener sus aptitudes de inserción y remoción del DIU (14). Los programas también pueden ahorrar dinero porque capacitan a menos proveedores. Por último y lo que es más importante, este enfoque puede garantizar a las clientas servicios relacionados con el DIU de alta calidad por parte de proveedores competentes.

Permitir a otros trabajadores de salud capacitados a insertar y remover los DIU

Los estudios han descubierto que enfermeras, parteras, asistentes médicos y estudiantes de medicina pueden insertar y remover los DIU sin peligro y en forma eficaz cuando se capacitan adecuadamente (2, 3, 12), y a un bajo costo para los programas que cuando los médicos insertan los DIU. En Chile, China, Ecuador, Ghana, Indonesia, Nigeria, Suecia, Tailandia, Turquía, Estados Unidos y muchos otros países, las

enfermeras, parteras y otros profesionales de servicios de salud además de los médicos insertan sistemáticamente los DIU (19).

Eliminar la necesidad de pruebas de laboratorio habituales antes de insertar el DIU

Las pruebas de laboratorio habituales no son necesarias para el uso seguro y eficaz de los DIU, de acuerdo a las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (21). Las pruebas de laboratorio para las infecciones de transmisión sexual (ITS) podrían contribuir al uso más seguro de los DIU, subraya la OMS, pero a veces pruebas no son factibles en lugares de pobres recursos por falta de establecimientos, equipo y personal capacitado. Por consiguiente, las directrices de la OMS consideran la evaluación de riesgos de las infecciones de transmisión sexual (historia clínica y exploración física) — pero *no* pruebas de laboratorio de ITS— esencial para el uso seguro de los DIU.

Usar desinfección de alto grado (DAG) en vez de la esterilización

Usar DAG para procesar los instrumentos usados después de la inserción y remoción del DIU. La DAG incluye hervir o preparar a vapor los instrumentos usados durante 20 minutos o remojarlos en productos químicos especiales (9). La esterilización se realiza al usar un autoclave (vapor de alta presión) o calor seco, el cual es posible que no se pueda conseguir fácilmente en muchas clínicas. La esterilización elimina todos los microorganismos, mientras la DAG mata todos menos algunas formas de bacterias. La DAG es aceptable para procesar los instrumentos de DIU usados porque los instrumentos tocan sólo las mucosas intactas o la piel lesionada, no el tejido estéril debajo de la piel (9). Por consiguiente la DAG para los DIU es suficiente para prestar servicios de bajo riesgo tanto a las clientas como a los proveedores.

Usar guantes nuevos o limpios para el examen en vez de guantes estériles

Usar guantes nuevos durante la inserción y remoción del DIU (usando la técnica de “no tocar”). Los guantes para el examen son suficientes para usar durante la inserción y remoción del DIU porque el contacto se hace sólo con mucosas intactas o piel lesionada, no con tejido estéril debajo de la piel (9).

Eliminar las visitas de seguimiento regulares innecesarias

La Organización Mundial de la Salud recomienda una visita regular en un mes después de la inserción o alrededor del momento de la próxima menstruación de la clienta (21). En esta visita el proveedor verifica que el DIU esté todavía implantado, busca signos de infección y determina si la clienta está satisfecha o tiene problemas. Mientras se debe invitar a la clienta a que vuelva en cualquier momento que desee ayuda o tenga inquietudes, no se necesita más seguimiento de rutina. La mayoría de las usuarias del

DIU cuyos problemas requieren intervención médica tienen síntomas que las impulsan a regresar aún sin una visita regular programada (6, 8, 13).

Ofrecer inserción posparto inmediata del DIU

Ofrecer posparto inserción (en las primeras 48 horas después de la expulsión de la placenta) en los hogares maternos. Los estudios en Nyeri, Kenia y Lima, Perú, descubrieron que las inserciones del DIU en las clínicas de pacientes ambulatorios seis o más semanas después del parto, cuestan cerca de 40% más que la inserción posparto inmediata en las salas de partos de los hospitales (4, 7). Las inserciones posparto cuestan menos principalmente porque las condiciones estériles están ya presentes en la sala de partos. A diferencia, el personal de las clínicas tiene que pasar tiempo extra preparándose. El período posparto inmediato puede ser un momento conveniente para la inserción, especialmente para las mujeres que carecen de fácil acceso a los servicios de planificación familiar.

Referencias

1. CHIOU, C.F., TRUSSELL, J., REYES, E., KNIGHT, K., and WALLACE, J. Economic analysis of contraceptives for women. *Contraception* 68(1): 3-10. Jul. 2003.
2. EREN, N., RAMOS, R., and GRAY, R.H. Physicians vs. auxiliary nurse-midwives as providers of IUD services: A study in Turkey and the Philippines. *Studies in Family Planning* 14(2): 43-47. Feb. 1983.
3. FARR, G., RIVERA, R., and AMATYA, R. Non-physician insertion of IUDs: Clinical outcomes among TCu380A insertions in three developing-country clinics. *Advances in Contraception* 14(1): 45-57. Mar. 1998.
4. FOREIT, K.G., FOREIT, J.R., LAGOS, G., and GUZMÁN, A. Effectiveness and cost-effectiveness of postpartum IUD insertion in Lima, Peru. *International Family Planning Perspectives* 19(1): 19-24, 33. Mar. 1993.
5. HAJII, N. and LAKSISIR, A. [Qualitative study on the intrauterine device (IUD) in Morocco]. Rabat, Morocco, Royaume du Maroc, Ministère de la Santé Publique, Direction de la Population, Programme de Planification Familiale, Nov. 1996. 80 p.
6. HUBACHER, D., CÁRDENAS, C., HERNÁNDEZ, D., CORTÉS, M., and JANOWITZ, B. The costs and benefits of IUD follow-up visits in the Mexican Social Security Institute. *International Family Planning Perspectives* 25(1): 21-26. Mar. 1999.
7. JANOWITZ, B. and BRALT, J.H. Methods for costing family planning services. United Nations Population Fund and Family Health International, 1994. 86 p.
8. JANOWITZ, B., HUBACHER, D., PETRICK, T., and DIGHE, T. Should the recommended number of IUD revisits be reduced? *Studies in Family Planning* 25(6): 362-367. Nov.-Dec. 1994.
9. JHPIEGO. IUD guidelines for family planning service programs: A problem-solving reference manual. 2nd ed. Mcintosh, N., Kinzie, B., and Blouse, A., eds. Baltimore, JHPIEGO, 1995.

10. KATZ, K., JOHNSON, L., JANOWITZ, B., and CARRANZA, J.M. Reasons for the low level of IUD use in El Salvador. *International Family Planning Perspectives* 28(1): 26-31. Mar. 2002.
11. KENYA MINISTRY OF HEALTH. An extremely low-cost option. *IUCD Method Briefs: A New Look at IUDs*, No. 3. Nairobi, Kenya, 2003. 2 p.
12. LASSNER, K.J., CHEN, C.H., KROPSCH, L.A., OBERLE, M.W., LOPES, I.M., and MORRIS, L. Comparative study of safety and efficacy of IUD insertions by physicians and nursing personnel in Brazil. *Bulletin of the Pan American Health Organization* 29(3): 206-215. Sep. 1995.
13. NEUTEBOOM, K., DE KROON, C.D., DERSJANT-ROORDA, M., and JANSEN, F.W. Follow-up visits after IUD-insertion: Sense or nonsense? A technology assessment study to analyze the effectiveness of follow-up visits after IUD insertion. *Contraception* 68(2): 101-104. 2003.
14. SCHMEDING, K. and GAFFIKIN, L. Integration of GTI management with family planning service delivery: Lessons learned in Zimbabwe. In: *Issues in Management of STDs in Family Planning Settings*. Workshop proceedings, April 19-21, 1995. Baltimore, JHPIEGO, Apr. 1996. p. 64-70.
15. SHELTON, J. The provider perspective: Human after all. *International Family Planning Perspectives* 27(3):152-153, 161. Sep. 2001.
16. SHELTON, J. and RIVERA, R. IUDs: A resurging method. Baltimore, INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, Mar. 2004. (*Global Health Technical Briefs*) 2 p.
17. SONNENBERG, F.A., BURKMAN, R.T., HAGERTY, C.G., SPEROFF, L., and SPEROFF, T. Costs and net health effects of contraceptive methods. *Contraception* 69(6): 447-459. Jun. 2004.
18. STANBACK, J., OMONDI, O., and OMUODO, D. Final report. Why has IUD use slowed in Kenya? Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, Aug. 1995. 47 p.
19. TREIMAN, K., LISKIN, L., KOLS, A., and RINEHART, W. IUDs -- An update. *Population Reports*. Series B, No. 6. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Dec. 1995. 35 p.
20. TRUSSELL, J., LEVEQUE, J.A., KOENIG, J.D., LONDON, R., BORDEN, S., HENNEBERRY, J., LAGUARDIA, K.D., STEWART, F., WILSON, G., WYSOCKI, S., and STRAUSS, M. The economic value of contraception: A comparison of 15 methods. *American Journal of Public Health* 85(4): 494-503. Apr. 1995.
21. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). DEPARTMENT OF REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH. *Selected practice recommendations for contraceptive use*. 2nd ed. Geneva, WHO, 2004. 170 p.

22. SHELTON, J. and RIVERA, R. IUDs: A resurging method. Baltimore, INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, Mar. 2004. (Global Health Technical Briefs) 2 p.
23. SONNENBERG, F.A., BURKMAN, R.T., HAGERTY, C.G., SPEROFF, L., and SPEROFF, T. Costs and net health effects of contraceptive methods. *Contraception* 69(6): 447-459. Jun. 2004.
24. STANBACK, J., OMONDI, O., and OMUODO, D. Final report. Why has IUD use slowed in Kenya? Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, Aug. 1995. 47 p.
25. TREIMAN, K., LISKIN, L., KOLS, A., and RINEHART, W. IUDs -- An update. *Population Reports. Series B, No. 6.* Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Dec. 1995. 35 p.
26. TRUSSELL, J., LEVEQUE, J.A., KOENIG, J.D., LONDON, R., BORDEN, S., HENNEBERRY, J., LAGUARDIA, K.D., STEWART, F., WILSON, G., WYSOCKI, S., and STRAUSS, M. The economic value of contraception: A comparison of 15 methods. *American Journal of Public Health* 85(4): 494-503. Apr. 1995.
27. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). DEPARTMENT OF REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH. Selected practice recommendations for contraceptive use. 2nd ed. Geneva, WHO, 2004. 170 p.