



# Population Reports

## Mejoramiento de la interacción entre el cliente y el proveedor



James F. Phillips/The Population Council

### Contenido

Resumen de los editores .....	1
Cómo promover el diálogo .....	3
Apoyo al papel del cliente .....	4
Recuadro: Consejería centrada en el cliente .....	6
Mejoramiento del desempeño de los proveedores .....	8
Cuadro: Actividades para mejorar la ICP .....	9
Recuadro: Los supervisores pueden mejorar la ICP .....	11
Mejores prácticas de capacitación .....	13
Como evaluar la calidad de la ICP .....	15
Recuadro: Evaluación de los programas de capacitación .....	18
Yendo más allá de la planificación familiar .....	19
Bibliografía .....	21

Este número se preparó en colaboración con la Iniciativa para Maximizar el Acceso y la Calidad (MAC) de la Oficina de Población y Salud Reproductiva de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. La Iniciativa MAC apoya la investigación e intervenciones basadas en la evidencia con el propósito de promover el acceso y la calidad de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar

Publicado por el Proyecto INFO, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.



Volumen XXXI, Número 4  
Otoño de 2003

Para poder satisfacer las necesidades de los clientes y las metas de los programas de planificación familiar, la clave es que exista una excelente interacción frente a frente entre el cliente y los proveedores de salud. La mejor forma en que estos programas pueden mejorar la interacción entre el cliente y el proveedor (abreviada ICP para fines de este informe) es no limitarse simplemente a la capacitación de los proveedores sino esforzarse por fortalecer continuamente esta interacción de diversas maneras.

La buena comunicación frente a frente entre clientes y proveedores es la piedra angular de los servicios de buena calidad, y los programas de planificación familiar han invertido grandes esfuerzos en mejorarla. La mayoría de los proveedores son profesionales capacitados y dedicados miembros de la comunidad que tienen verdadero deseo de comunicarse bien con los clientes. Entonces, ¿por qué a veces se trata mal a los clientes o se les proporciona información inadecuada? Basarse únicamente en la capacitación y enfocarse sólo en los proveedores, dejando de lado el papel que juega el cliente en las consultas, han frenado los esfuerzos para fortalecer la ICP. ¿Hay algo más que puedan hacer los programas?

### Ayudar a los clientes a participar activamente

La buena ICP respeta los derechos del cliente y su capacidad de hacer elecciones informadas. Cuando se les brinda apoyo y aliento, los clientes de planificación familiar pueden participar activamente en su propia atención y hacer elecciones con buen fundamento respecto de su salud. Específicamente, los programas pueden hacer lo siguiente:

- **Equilibrar los papeles de clientes y proveedores en la toma de decisiones enseñando** a los proveedores que respeten la capacidad de los

clientes de hacer sus propias elecciones y que involucren a los clientes en el proceso de tomar decisiones.

- **Indagar qué piensan los clientes sobre las decisiones que afectan su salud** preguntándoles acerca de sus inquietudes personales, sociales y económicas en las consultas así como durante el monitoreo y la evaluación.
- **Abordar las inquietudes de los clientes acerca de los efectos secundarios** aconsejándoles qué es lo que pueden esperar antes de comenzar a usar un método, y respondiendo a sus inquietudes en caso de ocurrir efectos secundarios.
- **Alentar a los clientes a asumir un papel activo en las consultas** desarrollando campañas por los medios de comunicación masiva y materiales impresos y de educación para el cliente, que validen los derechos de los clientes y los alienten a hacer preguntas a los proveedores.

## Fortalecer el desempeño de los proveedores

Los conocimientos y destrezas interpersonales de los proveedores pueden fortalecerse a través de la capacitación. Además, los programas deben encarar los muchos otros factores que afectan la habilidad de los proveedores de interactuar con los clientes. Pueden enfocarse en lo siguiente:

- **Definir claramente las expectativas de una buena ICP** difundiendo y reforzando las políticas, normas, descripciones de trabajo y protocolos que promuevan buenas prácticas de comunicación.
- **Brindar a los proveedores retroalimentación sobre su desempeño** enfocando la supervisión en la ICP y convocando la ayuda de los compañeros de trabajo, los clientes y la comunidad.
- **Hacer más eficaz la capacitación para la ICP** perfeccionando los currículos, adoptando métodos de capacitación de eficacia comprobada y apoyando los esfuerzos del personal que está siendo capacitado para aplicar sus nuevas destrezas en el trabajo.
- **Proporcionar el espacio, insumos y tiempo** necesarios para que los proveedores puedan brindar consejería eficaz a los clientes.
- **Motivar a los proveedores** a través del reconocimiento y la recompensa por el desempeño excelente.
- **Asignar a los empleados a trabajos** acordes con ellos a fin de asegurar que los proveedores tengan los conocimientos, actitudes y destrezas esenciales para una buena ICP.

## El papel clave de la evaluación

La evaluación sistemática produce la información objetiva que requieren los administradores para mejorar la ICP. Para poder evaluar la ICP en forma eficaz, los programas deben escoger indicadores y fuentes de datos significativos. Comprometer la participación de los diseñadores de políticas, administradores y proveedores de atención en el proceso de evaluación contribuye a asegurar que las recomendaciones respondan a las necesidades reales, que sean viables y que serán puestas en práctica.

## Más allá de la planificación familiar

A medida que avanza la integración de la planificación familiar dentro de otros programas de salud, la ICP enfrenta nuevas posibilidades y desafíos, especialmente en lo que respecta al VIH/SIDA. Gradualmente, los proveedores se han hecho cada vez más responsables por múltiples servicios de salud reproductiva. A menudo, los clientes de planificación familiar tienen otras inquietudes respecto a su salud reproductiva que pueden discutirse durante las visitas clínicas. Los proveedores que se comunican eficazmente con los clientes pueden enterarse de estas inquietudes interrelacionadas sobre la salud sexual y reproductiva y pueden ayudarlos a tener mayor conciencia de las conductas de riesgo y facilitarlos para hacer elecciones que beneficien su salud.

**Este informe fue preparado por Sharon Rudy, PhD, Jill Tabbutt-Henry, MPH, Lois Schaefer, MPH, BSN, y Pamela A. McQuide, PhD, RN.** Los autores colaboraron como miembros del subgrupo de capacitación "Subcomité MAC en ICP". Adrienne J. Kols desempeñó la función de editora de este número. Deepa Ramchandran prestó asistencia. Bryant Robey, Redactor, **Population Reports**. Stephen M. Goldstein, Gerente de Redacción. Richard D. Blackburn, Analista Superior de Investigaciones. Diseño de Linda D. Sadler. Producción a cargo de John Fiege, Peter Hammerer, Mónica Jiménez, y Deborah Maenner.

Agradecemos a los siguientes revisores la asistencia prestada: Jane T. Bertrand, Allen Ivey, Sarah L. Johnson, Michelle Heerey, Robert Jacoby, Monica Jasis, Young Mi Kim, Jan Kumar, Marc Luoma, Alice Payne Merritt, Elaine Murphy, Pauline Muhuhu, Phyllis Tilson Piotrow, Debra Roter, Pauline Russell-Brown, Pramilla Senanayake, James Shelton, Bulbul Sood, John Stanback, Karl Umble, y Ushma D. Upadhyay.

Cita sugerida: Rudy, S., Tabbutt-Henry, J., Schaefer, L. y McQuide, P. Mejoramiento de la interacción entre el cliente y el proveedor. **Population Reports**, Serie Q, No. 1. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Proyecto INFO, otoño de 2003. Disponible electrónicamente en:

<http://www.populationreports.org/prs/sq01/>

### The INFO Project Center for Communication Programs The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

Jane T. Bertrand, PhD, MBA, Profesora y Directora, **Center for Communication Programs** e Investigadora Principal, **INFO Project**

Ward Rinehart, Director de Proyectos, **INFO Project**

Linda D. Sadler, Directora de Redacción de Ediciones en Idiomas Extranjeros de **Population Reports**

**Population Reports** (USPS 063-150) is published four times a year (winter, spring, summer, fall) at 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA, by the INFO Project of the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Periodicals postage paid at Baltimore, Maryland, and other locations. Postmaster to send address changes to **Population Reports**, the INFO Project, Johns Hopkins Center for Communication Programs, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

**Population Reports** tiene por objeto proporcionar información precisa y bien documentada sobre los avances importantes en planificación familiar y asuntos de salud relacionados. Las opiniones aquí expresadas son las de los autores y no reflejan necesariamente las opiniones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni de la Universidad Johns Hopkins.

Este informe se produce gracias al apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, de Global y GH/POP/PEC, bajo los términos de la Subvención No. GPH-A-00-02-00003-00.



# Cómo promover el diálogo

En el campo de la atención de salud, la interacción entre un cliente y un proveedor aporta esa conexión humana vital que conduce a la satisfacción de las necesidades del cliente. La interacción entre el cliente y el proveedor (abreviada ICP para fines de este documento) puede influir no sólo en las percepciones de los clientes respecto de la calidad de atención y en su decisión de regresar al mismo proveedor o servicio, sino también en que comprendan y cumplan con las órdenes médicas, en que continúen usando los anticonceptivos e incluso en decisiones sobre tener o no tener más hijos y en qué momento (1, 2, 48, 82, 93, 107, 115, 133). Sin duda alguna, una ICP más eficaz puede mejorar los programas de salud reproductiva y otros programas de salud al producir clientes más satisfechos y mejor facultados para tomar decisiones, además de mejores resultados en salud.

¿A qué llamamos ICP? El término abarca todo tipo de comunicación en la cual clientes y proveedores de salud se encuentran frente a frente. La consejería, un tipo de ICP, es de particular importancia dentro de la atención de la salud reproductiva. La misma consiste en un diálogo en el cual los proveedores, usando sus destrezas de comunicación y conocimientos técnicos, ayudan a los clientes a tomar o reafirmar decisiones sobre su salud (como elegir un método anticonceptivo u optar por hacerse la prueba de detección del VIH) y luego los ayudan a planear y prepararse para llevar esas decisiones a la práctica.

Además de sus proveedores de atención primaria, los clientes interactúan con otros empleados de los establecimientos de salud, incluyendo matronas, enfermeras y médicos, así como recepcionistas y guardias de seguridad. En vista de que todas estas interacciones forman parte de la experiencia del cliente, también deben tenerse en cuenta.

Por definición, la ICP involucra una comunicación en dos sentidos entre clientes y proveedores, es decir, un diálogo. Sin embargo, por lo general, son los profesionales de salud y sus inquietudes técnicas las que dominan estas interacciones y las decisiones que emanan de ellas. En los últimos años, ha ido creciendo el reconocimiento del papel que desempeña el cliente en las consultas. Respecto a la planificación familiar, un evento crucial sucedió en 1994 cuando la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en Cairo dio su respaldo a la atención de salud reproductiva enfocada en las necesidades y los derechos del individuo (157).

Actualmente, la mayor parte de los programas de salud reproductiva ponen énfasis en la atención centrada en el cliente, la cual antepone las necesidades e inquietudes de los clientes y promueve su participación más activa en el proceso de tomar decisiones (28, 150). Específicamente, la elección informada del cliente se ha convertido en la meta declarada de los programas de planificación familiar (159). La elección informada es un resultado lógico

de la ICP eficaz, dado que una buena interacción brinda a los clientes la información que necesitan para tomar decisiones con fundamento y ayuda para considerar las opciones que se le presentan.

El área de la planificación familiar ha sido pionera en investigar la necesidad y naturaleza de la buena ICP y explorar temas afines como la elección informada y la consejería centrada en el cliente. Los proveedores de planificación familiar con experiencia han aprendido mucho sobre la interacción eficaz con los clientes. En base a los conocimientos adquiridos y las lecciones aprendidas a través de su experiencia, los programas de salud reproductiva pueden continuar mejorando aun más la calidad de la ICP. Este informe presenta una síntesis de perspectivas clave sobre el mejoramiento de la ICP reunidas por miembros de la Iniciativa para Maximizar el Acceso y la Calidad (MAC) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y sus agencias cooperantes (consultar [www.maqweb.org](http://www.maqweb.org)).

Los programas de salud pueden promover el diálogo entre clientes y proveedores de múltiples maneras. Para apoyar al cliente en su papel de tomar decisiones informadas, los programas pueden asegurarse de que los proveedores comprendan y respondan a las inquietudes y prioridades de los clientes. Al mismo tiempo, pueden incentivar a los clientes a participar más activamente en las consultas (ver la pág. 4). Los programas pueden mejorar el desempeño de sus proveedores abordando todos los factores que afectan su habilidad de comunicarse, desde sus conocimientos y destrezas hasta las expectativas y el ambiente de trabajo (ver la pág. 8). Además, pueden incrementar el impacto de la capacitación de los proveedores (actividad más común para mejorar sus destrezas comunicativas) adoptando prácticas de capacitación que han demostrado ser eficaces (ver la pág. 13). Independientemente de las medidas tomadas por los programas para mejorar la ICP, la evaluación cuidadosa puede ayudar a perfeccionar su diseño e implementación y a medir su impacto (ver la pág. 15). Las lecciones aprendidas sobre el mejoramiento de la ICP pueden fortalecer los programas de planificación familiar y aplicarse en forma provechosa a los servicios integrados de salud sexual y reproductiva, como por ejemplo la prevención del VIH/SIDA y la atención para quienes son víctimas de la violencia (ver la pág. 19).



Harvey Nelson

*Una trabajadora de salud en Etiopía aconseja a una mujer sobre sus opciones de planificación familiar. El trabajo de los consejeros es más eficaz cuando se concentran en las necesidades e inquietudes del cliente y le proporcionan la información y ayuda necesaria para tomar decisiones que benefician su salud.*

# Apoyo al papel del cliente

En cualquier consulta relacionada con la salud, hay presentes dos “expertos”: el proveedor de salud y el cliente (85, 142). Para tomar buenas decisiones respecto a la salud reproductiva, el que el cliente comprenda sus preferencias y situación personales es tan esencial como los conocimientos técnicos del proveedor.

No obstante, sólo hace poco tiempo que los programas de planificación familiar han aprendido a valorar y apoyar el papel del cliente en la toma de decisiones. Ello requiere un cambio en las actitudes y conducta de los proveedores y de los clientes. Para ser eficaces, los proveedores deben comprender y respetar las perspectivas y expectativas de los clientes, y deben adaptar la información y orientación que ofrecen para satisfacer las necesidades únicas de cada uno de ellos. De igual forma, los clientes sacan mayor provecho de una consulta cuando asumen la responsabilidad de tomar las decisiones, se comunican activamente con los proveedores y exigen buena atención.

## Las perspectivas del cliente son cruciales para las decisiones sobre planificación familiar

La decisión informada es uno de los derechos fundamentales de los clientes de planificación familiar (7, 58, 157). La misma consiste en que un cliente tome voluntariamente una decisión bien reflexionada, basada en el conocimiento y comprensión cabales de todas las alternativas (41). Pero tal derecho acarrea también responsabilidades: una vez consideradas cuidadosamente las opciones, se espera que los clientes tomen sus propias decisiones sobre su salud reproductiva. La misma no es una tarea fácil porque, a menudo, tomar estas decisiones es un proceso complejo y continuo. Por ejemplo, los clientes deben decidir si recurrirán a los servicios y cuándo hacerlo, cuáles métodos de planificación familiar probar y si continuarán, cambiarán o interrumpirán el uso de esos métodos (41). A fin de facilitar que los clientes tomen decisiones bien pensadas, los proveedores deben comprender de qué manera ellos encaran las decisiones sobre la reproducción y los desafíos que enfrentan al tomarlas.

**El contexto social es preponderante a la hora de tomar decisiones.** En lo que respecta a los clientes, la toma de decisiones sobre la salud reproductiva es con frecuencia un proceso intuitivo que implica equilibrar necesidades personales, responsabilidades familiares y expectativas sociales. Generalmente, los factores de más influencia en la toma de decisiones provienen de fuera del entorno de prestación de servicios. Cuando la gente toma decisiones sobre la anticoncepción, toma en cuenta cuestiones personales, sociales y económicas junto con sus inquietudes referentes a la fertilidad y la salud (52, 147); entre ellas se incluyen las relaciones con la pareja, impacto previsto en la condición social y en ocasiones hasta la preocupación de que los efectos secundarios de los anticonceptivos restringirán su capacidad para trabajar (22).

Antes de llegar a una decisión, las personas a menudo atraviesan por un proceso prolongado de reunir información y tomar decisiones, durante el cual buscan a familiares y amigos que usan anticonceptivos y discuten sobre sus experiencias (134). Dicho proceso no termina cuando una mujer adopta un determinado método. La mujer continúa conversando con otras personas y monitoreando su propia experiencia con el método para decidir si continuará o no utilizándolo. Desde

esta perspectiva, las visitas clínicas y otros contactos con los proveedores de salud son sólo instancias breves dentro de un proceso de toma de decisiones que es en gran parte social.

Las creencias locales respecto a la reproducción, la salud y el significado de los síntomas físicos, que a veces discrepan de los modelos médicos, también influyen sobre lo que deciden las personas (134). En Togo, por ejemplo, los cambios menstruales a causa de los métodos hormonales instaron a muchas mujeres a suspenderlos; no por la incomodidad o inconveniencia de los cambios, sino porque las mujeres creían que eran signos de esterilidad o de otra enfermedad grave (52). Descartar tales creencias como mitos y rumores sólo contribuye a incrementar la desconfianza entre clientes y proveedores. En lugar de ello, los proveedores de salud deben aprender a reconocer sus propios prejuicios médicos y tratar con seriedad y respeto las inquietudes de los clientes.

Los programas de planificación familiar deben considerar a los clientes dentro de un contexto más amplio, como miembros de parejas, parientes, redes sociales informales y la comunidad en general, y deben percibir las presiones económicas, cuestiones sociales y creencias locales que dan forma a sus decisiones. Los proveedores pueden lograrlo preguntando a los clientes sobre su situación y sus necesidades, y qué consecuencias tendrán sus decisiones en el trabajo, sus amistades y las relaciones familiares.

Los administradores de programas pueden explorar el amplio abarque del contexto de la toma de decisiones durante las actividades de monitoreo y evaluación (ver la pág. 15). Por ejemplo, el monitoreo ampliado de un servicio comunitario móvil de esterilización femenina en Nepal incluyó entrevistas con las clientes. Más de la mitad de las entrevistadas dijeron que tenían miedo de morir por el procedimiento pero creían que valía la pena correr el riesgo con tal de evitar otro embarazo (66).

**Es necesario discutir los efectos secundarios.** Los efectos secundarios de los anticonceptivos son uno de los factores más importantes en las decisiones de los clientes sobre planificación familiar. El temor a los efectos secundarios es generalizado y a menudo se basa en experiencias reales (147). También se hallan muy difundidas la información errónea y las creencias infundadas. Anticipar los efectos secundarios puede disuadir a algunas mujeres de adoptar ciertos métodos de planificación familiar, mientras que experimentar efectos secundarios puede provocar que abandonen un determinado método (33, 53).

Por lo general, la capacitación en consejería sobre anticonceptivos cubre cómo abordar los efectos secundarios con las clientes, pero a menudo los proveedores evitan el tema porque creen que dar información negativa las ahuyentará (26, 71). Sin embargo, esta estrategia es contraproducente en vista de que las mujeres se enteran sobre los efectos secundarios hablando con familiares y amigos. Es posible que las clientes también teman lo peor si sufren efectos secundarios sin advertencia y sin comprenderlos. Además puede que sus temores se vean exacerbados porque las creencias locales interpretan los efectos secundarios como más peligrosos de lo que realmente son (52).

Los proveedores de salud pueden disipar muchos de esos temores ayudando a las mujeres a entender cuáles efectos secundarios son comunes, cuánto tiempo persisten normalmente, que generalmente no son peligrosos ni constituyen signos de peligro y que a menudo desaparecen a medida que el cuerpo se adapta. La información debe presentarse en forma precisa y sin alarmar a las pacientes (123).

Según los hallazgos de las investigaciones, los clientes que reciben consejería sobre los efectos secundarios antes de iniciar un método tienen más probabilidad de continuar usándolo si éstos se presentan que los clientes que no reciben consejería sobre los mismos (25, 91). En Méjico, por ejemplo,

las tasas de abandono entre mujeres que utilizan anticonceptivos inyectables eran mucho más bajas cuando previamente habían recibido consejería completa sobre los posibles efectos secundarios (17% frente a 43% entre las que no recibieron consejería, un año después)(25).

Igualmente importante es la forma en que los proveedores responden cuando las clientes regresan con quejas respecto a los efectos secundarios. En lugar de tomar tales inquietudes seriamente, a veces los proveedores las descartan como intrascendentes o hasta regañan a las mujeres por sacar un tema que ya había sido discutido antes (52, 73). Es necesario que los proveedores comprendan que, aunque los efectos secundarios no sean dañinos, puede que sigan siendo inconvenientes, incómodos y molestos para la cliente.

Si bien tranquilizar a las clientes respecto a los efectos secundarios es importante, no siempre es suficiente (52). Debe ofrecérseles una elección entre varios cursos de acción, por ejemplo, esperar un tiempo para ver si las molestias de los efectos secundarios se resuelven solas, adoptar cambios de conducta (como comer alimentos con hierro o tomar suplementos de hierro para prevenir la anemia, en caso de sangrado menstrual profuso a consecuencia del DIU), tomar medicamentos (como un curso corto de anticonceptivos orales combinados o un anti-inflamatorio sin esteroides, en caso de haber manchas de sangre cuando se usan implantes) o cambiar de métodos (164).

### ■ **Es necesario que haya claridad y equilibrio entre los papeles del cliente y el proveedor**

Encontrar equilibrio entre lo que aportan el cliente y el proveedor a la toma de decisiones en cuestiones de salud es un continuo desafío (135). El pensamiento médico ha rechazado los modelos paternalistas que ponen las decisiones enteramente en manos del proveedor. Sin embargo, conceptos como la toma de decisiones “compartida” o “informada”, donde el cliente asume un papel decisivo, son nuevos para muchos proveedores y aun más ajenos para los clientes, particularmente en los países en desarrollo (28).

Conforme al modelo de elección informada adoptado por los programas de planificación familiar en todo el mundo, los clientes tienen la responsabilidad de elegir un método anticonceptivo y deberían tener también una voz decisiva en la mayoría de otras decisiones sobre su salud reproductiva. Por su parte, los proveedores de salud juegan el importante papel de confirmar o facilitar la decisión del cliente, primero ayudándolo a explorar y evaluar sus propias necesidades, preferencias y conocimientos, y luego utilizando su pericia profesional, experiencia y destrezas de comunicación para ayudar al cliente a tomar decisiones médica y personalmente apropiadas (159).

Garantizar una toma de decisiones informada puede resultar difícil. Estudios realizados tanto en países desarrollados (17) como en países en desarrollo (71, 72) han revelado que en la mayoría de las consultas la meta de la toma de decisiones informada no siempre puede lograrse. Una razón común para que esto suceda puede ser la falta de discusión sobre el papel del cliente en tomar las decisiones. Puede que los clientes de planificación familiar no comprendan que, en vista de que los métodos anticonceptivos hoy disponibles son seguros y eficaces, tienen el derecho y la responsabilidad de elegir un método que se ajuste a sus propias necesidades y preferencias. Como resultado, puede que regresen al papel pasivo que normalmente desempeñan los pacientes clínicos, respetando la pericia de los proveedores y esperando que sean ellos quienes tomen las decisiones (57, 71).

Es posible también que los proveedores, malinterpretando el papel del cliente en la toma de decisiones, no actúen en

forma apropiada. En la creencia errónea de que las decisiones deben dejarse enteramente a los clientes, a veces los proveedores renuncian del todo a su papel (71). Puede que, después de proporcionarle al cliente de planificación familiar la información necesaria, los proveedores esperen pasivamente que el cliente descifre lo que ésta significa y llegue a una decisión, sin ofrecerle más ayuda. Si bien es una reacción comprensible contra los enfoques autoritarios anteriormente vigentes, este enfoque es igualmente imperfecto.

Las actividades diseñadas para mejorar la consejería y la elección informada pueden convencer a los proveedores de que los clientes tienen el derecho y la capacidad de tomar sus propias decisiones sobre el uso de anticonceptivos. También pueden convencerlos de que alentar a los clientes a tomar sus propias decisiones mejorará los resultados para el cliente así como para el programa. Después de recibir capacitación en consejería para planificación familiar, por ejemplo, médicos de cuatro países de Asia Central mostraron mayor respeto por el papel del cliente en la toma de decisiones (8), en tanto que en Ghana, había mayor probabilidad de que los proveedores dejaran al cliente la elección definitiva sobre el método anticonceptivo (55).

La capacitación, junto con la buena supervisión y tutoría, puede hacer conscientes a los proveedores de sus propios prejuicios —por ejemplo, a favor de un método o en contra del cambio de método— que amenazan el derecho del cliente de tomar decisiones por cuenta propia. Además, los proveedores pueden aprender cómo hacer participar a los clientes en la toma de decisiones reteniendo su propio papel dentro del proceso (124). Por otra parte, los clientes pueden aprender cómo de-



*En esta clínica de Filipinas, el trato de la recepcionista y la cajera hacia las clientes es cordial y respetuoso. Todo trabajador de salud debería entender la importancia de una buena interacción entre clientes y proveedores.*

# Tanto el proveedor como el cliente cumplen un papel en la consejería centrada en el cliente

## El papel del proveedor

La consejería centrada en el cliente, requiere que los proveedores, apoyándose en sus destrezas de comunicación personal, logren lo siguiente en sus interacciones con los clientes:

### 1. Establecer una buena relación comunicativa:

- Asegurar la privacidad y confidencialidad;
- Mostrar una actitud positiva y alentadora;
- Alentar a los clientes a hacer preguntas y compartir información;
- Escuchar y observar lo que dicen y hacen los clientes;
- Usar un tono de voz amigable y postura atenta para transmitir cordialidad, interés y respeto.

### 2. Enfocar la atención en el individuo:

- Responder primero a la necesidad, interés o pregunta expresados por el cliente;
- Indagar sobre el estilo de vida del cliente, etapa de vida, metas y preferencias;
- Ayudar al cliente a entender cómo influyen estos factores en la planificación familiar y otras opciones en cuanto a la reproducción;
- Responder a las inquietudes del cliente, incluyendo rumores, en forma respetuosa y constructiva;
- Averiguar, en el caso de un cliente que regresa, cuál fue su experiencia

y satisfacción con el método, incluyendo cualquier efecto secundario y cambios en su estilo de vida, metas y preferencias.

### 3. Comunicar claramente la información médica:

- Concentrarse en hacer o confirmar la elección o decisión;
- Ser breve;
- Usar lenguaje simple, no técnico;
- No dar información irrelevante ni demasiada información a la misma vez;
- Dejar que los clientes vean y toquen muestras y modelos;
- Alentar a los clientes a hacer preguntas y dar tiempo suficiente;
- Comprobar la comprensión del cliente;
- Conocer sus propios prejuicios sobre los métodos y tratamientos y hallar formas de compensarlos;
- Usar ayuda-memorias y ayudas de trabajo para guiar e informar la interacción.

### 4. Brindar a los clientes lo que eligieron:

- Hacer saber a los clientes que tienen opciones y que la elección es de ellos;

- Ofrecerles su ayuda para considerar las opciones;
- Pedir a los clientes que confirmen su decisión;
- Ayudar a los clientes que regresan a sopesar los pros y los contras de continuar con los métodos o cambiarlos por otros.

### 5. Planear los siguientes pasos:

- Ayudar a los clientes a planear cómo llevarán a cabo sus decisiones;
- Discutir cómo encarar los efectos secundarios, verificando detenidamente sus preocupaciones personales;
- Prever problemas y discutir cómo superarlos, incluyendo qué puede hacer el cliente si comete un error, como por ejemplo, olvidarse de tomar una píldora;
- En lo posible, proporcionar a los clientes material informativo sometido a prueba previamente que puedan consultar en casa;
- Invitar a los clientes a llamar o regresar si tienen preguntas, dudas, inquietudes o desean otro método;
- Programar la próxima visita, en caso de ser apropiado.

## El papel del cliente

Los clientes pueden mejorar la calidad de sus interacciones con los proveedores de salud y su habilidad de tomar decisiones sensatas si hacen lo siguiente:

### 1. Esperar buena atención:

- Pedir privacidad;
- Preguntar si el proveedor mantendrá confidencial la información;
- Conocer y, si fuera necesario, señalar los derechos del cliente y las responsabilidades del proveedor en cuanto a la interacción entre ellos;
- Volver a solicitar información o un método si el proveedor no les responde.

### 2. Obtener información:

- Solicitar información sobre sus opciones;
- Hacer preguntas;

- Pedir al proveedor que repita o aclare información que no han comprendido;
- Comprobar su propia comprensión de la información e instrucciones.

### 3. Revelar información:

- Responder en forma completa a las preguntas del proveedor;
- Ofrecer voluntariamente información sobre sus preferencias, necesidades y problemas;
- Expresar sus inquietudes, preocupaciones y temores;
- Discutir abiertamente su situación personal.

### 4. Tomar decisiones bien pensadas:

- Aceptar que la elección de un método es su derecho y responsabilidad;
- Entender cómo sus circunstancias y necesidades personales afectan tal decisión;
- Discutir con el proveedor las ventajas y desventajas de las opciones, para ayudar a elegir la mejor;
- Pedir instrucciones y cualquier otra ayuda que puedan necesitar para llevar a cabo su decisión.

Fuentes: Kim, 2001 (107); Kim, 2003 (78); Murphy, 2000 (107); Rinehart, 1998 (124)

sempeñar un papel activo para tomar decisiones mediante actividades complementarias dirigidas específicamente a ellos (7).

## Los modelos de consejería ayudan a guiar la toma de decisiones

En vista de los desafíos que plantea el equilibrio entre los papeles del cliente y del proveedor en la toma de decisiones, los proveedores requieren (y los clientes desean que se use para ayudarlos) un proceso sistemático o una serie de pasos conducentes a una decisión bien fundada. Al mismo tiempo, dado que cada cliente es único, tanto el proceso como el contenido de la consejería deben responder a su situación individual.

Idóneamente, el propio proceso de consejería debería ayudar a los proveedores de salud a individualizar la consulta. Para cumplir este fin, la mayoría de enfoques de consejería se basan en una serie de pocos pasos fáciles de recordar que permiten a los proveedores concentrar su atención en la situación y necesidades únicas de cada cliente. Enfoques como el modelo de seis pasos ACCEDA (Atender, Conversar, Comunicar, Elegir, Describir, Acordar otra visita) (124) o el modelo de cuatro pasos REDI (sigla en inglés que significa establecer comunicación, explorar, tomar decisiones e implementarlas) (42, 132), logran un equilibrio entre lo que aportan el proveedor y el cliente al proceso de tomar decisiones.

Si bien los modelos de consejería se enfocan generalmente en las tareas del proveedor, Young Mi Kim y colegas, basándose en investigaciones realizadas en Kenia, describen las tareas del cliente en el proceso de tomar decisiones sobre la anti-concepción utilizando un modelo de cuatro pasos: comprender las circunstancias personales, considerar las alternativas, elegir la mejor opción e implementar la decisión (71).

Los modelos de consejería pueden reconocer y responder a diferencias básicas entre los clientes, por ejemplo, un cliente nuevo o habitual, clientes que regresan con o sin problemas y clientes con o sin preocupaciones sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) (124). De más está decir que los proveedores deben ir más allá de estas amplias categorías a fin de adecuar la sesión de consejería al cliente específico. Dentro del marco de cualquier modelo de consejería, los proveedores deben emplear sus destrezas interpersonales para obtener y tratar detalles específicos de la situación y preferencias del cliente, incluyendo su historia clínica, prácticas sexuales, relación con su pareja, vulnerabilidad a la violencia, necesidad de ocultar el uso de anticonceptivos, capacidad de pagar por el método y quizás hasta los sentimientos de la mujer respecto a recibir inyecciones o tomar la píldora. (Ver el recuadro de la pág. 6.)

## Se debe fomentar la participación de los clientes

Cuando los clientes toman la iniciativa en las consultas de salud reproductiva —por ejemplo, al pedir privacidad, preguntar o aclarar instrucciones— mejoran la calidad de la ICP y el proceso de tomar decisiones. Contribuyen a mantener el enfoque de la sesión donde corresponde: en sus propias necesidades, inquietudes y prioridades. Y además solicitan información suficiente para tomar una decisión bien fundada y se aseguran de comprender esa información.

Incluso es posible que los clientes compensen las deficiencias del proveedor en cuanto a destrezas de consejería. En Indonesia un análisis detenido de la documentación existente reveló que algunos clientes de planificación familiar se hicieron responsables de pasos clave en el proceso de toma de decisiones a menudo ignorados por los proveedores, como la identificación de un problema que necesita solucionarse (72).

Sin embargo, generalmente los clientes son pasivos e inseguros para hacer preguntas o expresar sus necesidades. Ellos, al igual que los proveedores, tienen expectativas sobre su papel en las consultas de salud reproductiva —expectativas que conforman los familiares, amigos y la comunidad así como los proveedores de salud. Muchos clientes consideran que la conducta apropiada es escuchar pasivamente al proveedor, respetando su pericia y experiencia.

Lo que dicen (o no dicen) los proveedores y su forma de conducirse pueden reforzar las expectativas negativas de los clientes o bien alentarlos a conversar. En Colombia e Indonesia, por ejemplo, las clientes que recibieron cuidados postaborto manifestaron que no les hacían preguntas a los proveedores porque parecían demasiado ocupados y jamás les dijeron que podían preguntar (155). Investigaciones como ésta pueden ayudar a comprender las barreras locales que se interponen en la participación de los clientes (70, 76, 165).

Las limitadas destrezas para comunicarse y tomar decisiones con que cuentan los clientes también contribuyen a su pasividad. La mayoría de los clientes tienen poca práctica en hacer preguntas y pedir aclaraciones a los profesionales de salud, o en sopesar los pros y los contras de las distintas opciones de atención de salud. Dependiendo de su cultura, puede que ni siquiera estén familiarizados con el concepto de tomar decisiones conscientes.

Las diferencias de edad y de género entre los clientes y proveedores al igual que las disparidades educativas y socioeconómicas pueden inhibir aun más a los clientes (134). Es posible incluso que la distribución física de una clínica y sus patrones de trabajo puedan constituir una barrera para la participación de los clientes si les niegan privacidad para discutir asuntos delicados.

**Distintas estrategias para aumentar la participación de los clientes.** Los programas y estudios de investigación tanto en países desarrollados como en países en desarrollo han creado una gran variedad de materiales y actividades para fomentar la participación del cliente en las consultas de salud (3, 43, 143). La mayor parte se concentran en dos áreas:

- Validar el derecho de expresarse del cliente de manera que los clientes sientan que es apropiado, e incluso una expectativa, que desempeñen un papel activo en las consultas de salud; y
- Fortalecer las destrezas de comunicación básicas de manera que los clientes tengan confianza en su habilidad de hacer preguntas, revelar información y comprobar su propia comprensión de la misma.

Con el fin de satisfacer ambas metas, se han utilizado los materiales impresos. Por ejemplo, el póster de “Derechos del Cliente” de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF, por sus siglas en inglés) insta a los clientes a reclamar sus derechos a la información, la confidencialidad y la privacidad durante las consultas (58). El mismo se ha traducido a más de 20 idiomas y expuesto en miles de clínicas a través del mundo entero. Otra alternativa son las fichas o folletos informativos con ejemplos de preguntas que pueden instar a los clientes a elaborar sus propias preguntas para los proveedores y acordarse de hacerlas durante la consulta (79).

En las campañas por los medios de comunicación se puede representar a los clientes jugando un papel activo en las interacciones, ofreciéndoles así un modelo para su propia conducta. En vista de que estos medios tienen amplia cobertura, tales modelos pueden también cambiar las normas comunitarias referentes a la conducta de los clientes. Por ejemplo, campañas de comunicación en Egipto y Nepal crearon anuncios de televisión y radionovelas sobre la consejería centrada en el cliente (39, 153). Si bien su objeto principal era elevar las expectativas de los clientes respecto a la conducta de los proveedores, las transmisiones también ilustraban conductas



*Esta tutora de Indonesia utiliza el folleto llamado "El paciente inteligente" para ayudar a una cliente a preparar las preguntas que le hará al proveedor. Los clientes pueden mejorar la calidad de la interacción entre cliente y proveedor intercambiando información y haciendo preguntas en forma más activa.*

positivas para el cliente, por ejemplo, solicitar información. En Nepal, al observar las sesiones de consejería se encontró que los clientes participaban más activamente después de emitirse la radionovela, independientemente de que sus proveedores hubieran recibido capacitación en ICP y, por lo tanto, se esperaba que alentaran tal conducta (152).

En Indonesia, se sometió a prueba la tutoría individual a los clientes en relación con su papel en la ICP. Los educadores del Ministerio de Población del Estado/Junta Coordinadora Nacional de Planificación Familiar (sigla local, BKKBN) pasaron unos 20 minutos con cada cliente de planificación familiar, explicando que los clientes tenían el derecho así como la responsabilidad de expresar lo que pensaban. Ayudaron a los clientes a elaborar y escribir sus preguntas e inquietudes, y a practicar cómo abordarlas frente al proveedor. Una comparación de grupos experimentales y de control reveló que la tutoría logró convencer a los clientes de que tenían derecho a expresarse, aumentó su participación y la provisión de información por parte de los proveedores, pero sólo tuvo un efecto marginal en la tasa de continuación de los anticonceptivos, según un control efectuado ocho meses después (79).

La educación en grupo, ya sea en la sala de espera o en la comunidad, puede llegar a audiencias más amplias que la tutoría individual. En una prueba piloto de esta técnica hecha en Indonesia, trabajadores comunitarios especialmente entrenados organizaron reuniones de grupos en los pueblos, fábricas, mezquitas y clínicas. En ellas se discutieron los derechos y responsabilidades de los clientes, se dio instrucciones a las mujeres para completar una lista de verificación con ejemplos de preguntas comunes antes de visitar al proveedor de planificación familiar, y se las alentó a hacer preguntas y expresar sus inquietudes durante las consultas. Conforme a lo que hallaron las entrevistas en los hogares, había mayor probabilidad de que las mujeres prepararan con anticipación las preguntas para los proveedores e hicieran más preguntas durante las consultas si vivían en comunidades donde se habían llevado a cabo dichas reuniones (69).

Los programas de salud reproductiva que usan un enfoque más amplio para facultar a la mujer también han incentivado la participación de las clientes, como demostraron dos proyectos realizados por organizaciones feministas en Perú. Los talleres femeninos realizados por Consorcio Mujer (139) y el proyecto ReproSalud (29) discutían los derechos reproducti-

vos y cuestiones de género así como la atención de salud. Este enfoque aumentó la autoestima de las mujeres, la valoración de sus derechos y sus conocimientos sobre salud reproductiva, lo cual, a su vez, las condujo a discutir abiertamente sus problemas con los proveedores, hacerles preguntas y solicitar servicios. Grupos comunitarios y de proveedores patrocinados por Consorcio Mujer negociaron además iniciativas para mejorar la ICP, incluyendo procedimientos para recompensar o disciplinar al personal clínico en base a cómo interactuaban con los clientes (139).

Muchos programas de planificación familiar intentan influir en la conducta de los clientes indirectamente mediante capacitación y otras actividades dirigidas a los proveedores de salud. Por ejemplo, la capacitación en consejería centrada en el cliente indica a los proveedores que brinden a los clientes más oportunidades de hablar, que los alienten a hacer preguntas y a expresar sus inquietudes, y que les faciliten la toma de decisiones (159). En Indonesia, esta clase de comunicación interpersonal y la capacitación en consejería para los proveedores incrementó el número promedio de preguntas que hacían los clientes de planificación familiar, aun sin actividades que estimulaban directamente la participación de los clientes (77).

## Mejoramiento del desempeño de los proveedores

Aunque la apreciación del papel del cliente en las consultas de salud reproductiva ha ido creciendo cada vez más, la mayoría de los esfuerzos por mejorar la ICP sigue enfocada en el proveedor de salud. Existen formas obvias de influir en el lado del proveedor de esta relación: mediante capacitación, supervisión, políticas, administración y financiación. Hoy en día los administradores comprenden que muchos factores inciden sobre el desempeño del proveedor en el lugar de trabajo. Se han dado cuenta de que el entorno de la organización de trabajo es tan importante como los mismos proveedores.

El mejoramiento del desempeño (abreviado MD para fines de este documento) ofrece un marco de referencia útil para entender estos factores. El MD es uno de los muchos modelos desarrollados para analizar y mejorar el desempeño en empresas y en el campo de atención de salud, y los programas de salud reproductiva en los países en desarrollo lo están aplicando con mucho éxito en su funcionamiento (87). La experiencia en estos países sugiere que son seis los factores que más influyen en la conducta de trabajo de los proveedores de salud reproductiva (24, 59, 102):

- las expectativas laborales,
- la retroalimentación sobre el desempeño,
- los conocimientos y destrezas,
- el entorno laboral,
- los incentivos y la motivación, y
- la capacidad.

Para garantizar una buena ICP, los planificadores y administradores de programas deben tomar en cuenta todos estos factores y definir objetivos, asignar recursos y diseñar políticas, estándares, procedimientos y los sistemas administrativos correspondientes.

Dado que cada situación es única, no existe una solución universal al problema de la ICP deficiente. Antes de determinar la forma en que se mejorará el desempeño de los proveedores, el personal de programas debe analizar sistemáticamente las causas de cualquier brecha existente entre el desempeño actual y el deseado. En el enfoque de MD, por ejemplo, el personal reúne información a partir de registros, visitas a los establecimientos, entrevistas y discusiones mediadas para definir los problemas específicos e identificar sus causas (87). Conocer las causas ayuda a los administradores y miembros del personal a definir formas eficaces, viables y sostenibles de resolver los problemas, evitando, al mismo tiempo, desperdiciar recursos en actividades infructuosas.

El cuadro 1 enumera algunas de las intervenciones más comunes para mejorar la calidad de la ICP en la atención de salud. Si bien algunas están evidentemente más vinculadas a la ICP que otras, todas ellas contribuyen a garantizar que la organización y el personal valoren, promuevan y practiquen buena ICP (ver el cuadro 1).

## Hacer que la buena ICP sea una de las expectativas de trabajo

La buena comunicación interpersonal se convierte en la norma de un establecimiento de salud cuando todo el personal, desde el director médico hasta los proveedores y receptionistas, entiende claramente su aporte a los servicios centrados en el cliente. Cuando los empleados no saben lo que se espera de ellos o reciben mensajes discrepantes, el problema puede ser que la ICP no está cubierta en las políticas, estándares y normas oficiales, o que éstas se encuentran desactualizadas.

Los encargados de políticas y administradores de programas necesitan identificar las conductas comunicativas deseadas dentro de las políticas y normas nacionales, elaborar estándares para definir su calidad y ayudar a los proveedores y a sus supervisores a poner en operación dichos estándares. Si bien

Cuadro 1

### Factores del desempeño y ejemplos de actividades para mejorar la ICP

<i>Factor del desempeño</i>	<i>Posibles actividades para mejorar la ICP</i>
<b>Expectativas laborales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revise o prepare nuevas políticas y estándares nacionales</li> <li>Revise o prepare nuevos estándares regionales, distritales y locales</li> <li>Revise o prepare descripciones de trabajo detalladas con la participación de los proveedores</li> <li>Pida a proveedores y supervisores que planifiquen cómo utilizar en el trabajo las nuevas destrezas adquiridas en la capacitación</li> <li>Promueva en los establecimientos locales normas sociales que refuercen las expectativas laborales</li> <li>Informe a los clientes qué esperar, a través de material impreso, medios de comunicación masiva y educación en grupo</li> </ul>
<b>Retroalimentación sobre el desempeño</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfoque la supervisión en la ICP</li> <li>Evalúe el desempeño global por lo menos una vez por año</li> <li>Brinde retroalimentación oportuna en el lugar de trabajo</li> <li>Desarrolle un sistema de autoevaluación para los proveedores</li> <li>Establezca un sistema para que los proveedores se brinden mutuamente retroalimentación de apoyo</li> <li>Cree sistemas para recibir retroalimentación del cliente y de la comunidad y promueva el diálogo</li> <li>Enseñe a los clientes cómo dar retroalimentación al proveedor durante su interacción con él</li> </ul>
<b>Conocimientos y destrezas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incorpore la formación en las buenas prácticas de comunicación y consejería dentro de la educación de pregrado</li> <li>Enfoque la capacitación en servicio sobre las responsabilidades laborales y las falencias observadas en cuanto a destrezas de consejería y conocimientos</li> <li>Enfoque la capacitación en contenidos técnicos sobre la información que sea más importante para los clientes</li> <li>Actualice las normas a fin de que reflejen la información técnica vigente</li> <li>Enseñe a los proveedores cómo obtener y adaptar la tecnología más reciente</li> <li>Produzca ayudas de trabajo y materiales de referencia, y capacite a los proveedores en su utilización</li> </ul>
<b>Entorno laboral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revise los procesos laborales para planificar el tiempo adecuado para la ICP</li> <li>Cree sistemas logísticos confiables para los anticonceptivos y otros insumos</li> <li>Disponga un área privada para las consultas y respete la confidencialidad</li> <li>Diseñe programas de extensión comunitaria que incluyan consejería en el domicilio así como educación en grupo</li> </ul>
<b>Incentivos y motivación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ofrezca salarios equitativos</li> <li>Elimine las desigualdades de género en el lugar de trabajo</li> <li>Otorgue ascensos, capacitación adicional y otras recompensas en base al desempeño</li> <li>Dé reconocimiento a los “Mejores empleados del mes”</li> <li>Desarrolle programas de acreditación con recompensas</li> <li>Aliente el reconocimiento por parte de los compañeros de trabajo</li> <li>Muestre informalmente la apreciación por un trabajo bien hecho</li> </ul>
<b>Capacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asigne los trabajos basándose en las destrezas, los conocimientos y la pericia</li> <li>Cree un sistema de seguimiento para tareas asignadas y capacitación del personal</li> </ul>

Population Reports

los administradores de establecimientos locales pueden promover buenas prácticas de comunicación, les resulta difícil mantener las expectativas laborales sin el refuerzo de los niveles superiores.

Es igualmente importante asegurar que los proveedores sean conscientes de las políticas y normas sobre la ICP y que sepan cómo aplicarlas diariamente en la prestación de servicios. No es suficiente simplemente distribuir copias impresas de las normas.

Los administradores pueden involucrar a los proveedores en la redacción de descripciones de cargos y protocolos (instrucciones paso a paso de los procedimientos) que reflejen las normas. Pueden recordarles periódicamente a los proveedores lo que las políticas y normas requieren de ellos. Pueden asegurarse de que todas las actividades de capacitación y supervisión sigan y refuercen estas normas. Además, pueden crear ayudas de trabajo, como listas de verificación o tarjetas, para recordarles a los proveedores qué es lo que tienen que hacer (151).

El Ministerio de Salud de Kenia, por ejemplo, con la colaboración de JHPIEGO y Family Health Internacional (FHI), se hizo cargo de difundir normas actualizadas para la salud reproductiva y planificación familiar. Aparte de realizar talleres de capacitación, crearon una ayuda de trabajo laminada que sintetizaba los puntos principales de las normas, dieron a los participantes un paquete de orientación para ayudarlos a que actualizaran a sus compañeros de trabajo y realizaron visitas de supervisión para reforzar la capacitación. Este enfoque de capacitación en cadena llegó a más de 6.000 proveedores en los niveles central, distrital y local durante 1999 y 2000. Se vio una mejora significativa en los conocimientos, prácticas y actitudes de los proveedores participantes en los talleres y de sus colegas, aunque éstos en menor grado, (145).

Los programas de certificación y acreditación, cuyo rol es monitorear que los establecimientos cumplan con los estándares establecidos, son otra manera de comunicar y reforzar las expectativas de trabajo (50). Los sistemas de acreditación para servicios de salud reproductiva en los países en desarrollo, como el proyecto PROQUALI en Brasil (64) y la Iniciativa Círculo Dorado de SFPs (Santé Familiale et Prévention du SIDA) en África Occidental (65), por lo general incluyen estándares para ICP junto con otros criterios referentes a la calidad de atención. Las campañas de comunicación diseñadas para promover las clínicas acreditadas también contribuyen a establecer normas para la conducta de los proveedores tanto entre los proveedores mismos como entre los clientes.

Las normas sociales informales de los sitios de prestación de servicios pueden debilitar o reforzar las expectativas laborales establecidas por las normas y políticas. En Kenia, por ejemplo, las destrezas de consejería se deterioraron a raíz de que algunos proveedores se burlaban de sus colegas recién capacitados porque utilizaban ayudas de trabajo o pasaban más tiempo con los clientes. En algunos casos, hasta los supervisores criticaron los esfuerzos de los proveedores por mejorar sus destrezas de consejería (131).

La capacitación total del establecimiento, donde el personal decide conjuntamente qué tipos de instrucción son necesarios, promueve un enfoque grupal en la prestación de servi-

cios y el entendimiento mutuo de los papeles del personal. Puede contribuir a garantizar que todos los trabajadores de un establecimiento compartan los mismos estándares elevados de ICP (19). Incentivar a los supervisores y al personal a comprender los propósitos de la capacitación en ICP y apoyar activamente a sus colegas que asisten a esos eventos también puede fomentar normas positivas dentro de los establecimientos de prestación de servicios (ver la pág. 15).

## La retroalimentación permite encaminar el desempeño

Teniendo en mente las expectativas de trabajo, cada trabajador de salud debería recibir retroalimentación clara, constructiva y periódica sobre su desempeño, incluyendo elogios así como sugerencias para mejorar. La retroalimentación puede, y debería, provenir de los colegas y clientes y de los supervisores. Aunque principalmente va dirigida a los proveedores, es útil dar retroalimentación sobre la ICP a otros empleados que interactúan con los clientes (por ejemplo, elogiar a una recepcionista por dar mayor información sobre la clínica a un cliente nuevo que está ansioso).

La supervisión es la vía más común, y potencialmente más valedera, para retroalimentar formalmente a los proveedores. Sin embargo, los supervisores con frecuencia carecen del conocimiento y herramientas para brindar retroalimentación eficaz sobre la consejería y otras destrezas de comunicación. En Zimbabue, por ejemplo, al estudiar a 16 supervisores se encontró que su retroalimentación sobre asuntos técnicos (como mantenimiento de registros y procedimientos clínicos) era excelente, pero no así la que daban sobre la calidad de la ICP (80). Se sentían incómodos al dar este tipo de retroalimentación porque su lista de verificación no incluía muchos ítemes referentes a la ICP y a ellos mismos les faltaban destrezas sólidas de comunicación interpersonal.

Para generar retroalimentación eficaz sobre el desempeño de los proveedores relativo a comunicación y consejería, puede que los programas de salud reproductiva deban fortalecer el sistema de supervisión vigente o agregarle nuevos componentes. Supervisar eficazmente la ICP requiere que los supervisores observen consultas y otras interacciones con clientes, brinden retroalimentación a individuos y a grupos del personal, identifiquen las deficiencias y desarrollen planes de mejoramiento (ver el recuadro de la pág. 11). La mayor capacitación y práctica en comunicación interpersonal y el usar una guía de observación para la ICP facilitó estas tareas para los supervisores de Haití (16) y Filipinas (32).

Un enfoque de apoyo o facilitación donde los supervisores trabajen con los proveedores y otros empleados para resolver problemas y mejorar el desempeño también beneficia a la supervisión de la ICP (13, 40, 101). En Méjico, el Instituto Mejicano del Seguro Social/Solidaridad (IMSS/S), con la colaboración del Proyecto de Garantía de la Calidad (QAP, por sus siglas en inglés) y el Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins, capacitó a los proveedores para evaluar el desempeño de los médicos en cuanto a la ICP observándolos con una lista de verificación, para darles retroalimentación constructiva y ayudarlos a seleccionar destrezas

**SOMOS TROMES**  
TE AYUDAMOS A PLANIFICAR TU FAMILIA

**¡ELIJE A TU TROME!**

**QUEREMOS BRINDARTE UN BUEN SERVICIO DE SALUD**

	SI	NO
1. Lo trataron con amabilidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se sintió en confianza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Le brindó información completa sobre métodos anticonceptivos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La ayudó a tomar una decisión sobre el método que usted eligió.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La citó para una próxima consulta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*En esta ficha de evaluación de Perú se pregunta a los clientes sobre la calidad de atención que recibieron. Las opiniones de los clientes constituyen una fuerte motivación para que los proveedores mejoren la atención que ofrecen.*

comunicativas específicas que debían mejorar. Después de cuatro meses y de dos visitas de supervisión, los médicos que trabajaron con los supervisores capacitados tenían mayor probabilidad que sus colegas de lograr promover una comunicación inicial eficaz y la participación del cliente, y de ofrecer a los clientes información y consejería (68).

La retroalimentación no debe dejarse únicamente a supervisores externos que quizás hagan visitas infrecuentes a los servicios. Los administradores y los compañeros de trabajo, que siempre están en el establecimiento, pueden ser buenas fuentes de retroalimentación siempre que las expectativas de trabajo sean claramente establecidas, conocidas y aceptadas por todos (23, 38, 101). Los comentarios de los compañeros de trabajo pueden ser particularmente valiosos dado que comprenden los desafíos que enfrentan sus colegas y pueden medir su desempeño con exactitud (49). La retroalimentación de sus contrapartes fue de gran influencia para la Asociación de Matronas Profesionales de Ghana, quienes hicieron las evaluaciones por los colegas parte de sus reuniones mensuales periódicas (111).

La autoevaluación, en la cual los proveedores monitorean sus propias destrezas y desempeño, constituye otra fuente de retroalimentación (15, 101). Al evaluar su propio desempeño en las consultas comparándolo con una lista de estándares claros, algunos proveedores en Indonesia lograron identificar sus puntos fuertes y débiles y decidir cuáles destrezas de comunicación debían mejorar (77). La autoevaluación resultó aun más provechosa en Méjico (68) y Haití (16), donde los proveedores de salud escucharon grabaciones de sus propias consultas.

Los clientes son también una fuente de retroalimentación directa y muy poderosa sobre el desempeño del proveedor. Cuando los clientes aprenden a tener la buena ICP como expectativa y a solicitarla, los proveedores responden conforme a ello (152). Para reunir retroalimentación sistemática de los clientes y mejorar el trato que recibían en los centros de salud de la República Dominicana, el Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS), con asistencia técnica de PRIME, creó un sistema de tarjetas para comentarios y buzones de sugerencias destinados a los clientes. Al revisar y discutir sus sugerencias en la reunión semanal de personal, el director de cada centro de salud puso al tanto a los proveedores de las inquietudes de los clientes, por ejemplo, la falta de amabilidad y de puntualidad, y de la necesidad de un cambio (98).

### **Incluir toda la gama de conocimientos y destrezas necesarias**

Los proveedores no pueden practicar una buena ICP a menos que tengan destrezas comunicativas al igual que conocimiento técnico. Deben comprender el proceso de consejería, ayudar a los clientes a tomar decisiones y resolver problemas, y entender los aspectos sociales, además de otros, que afectan a los clientes y sus necesidades. Al mismo tiempo, requieren conocimiento o acceso a información actual y correcta sobre métodos anticonceptivos y temas afines de salud reproductiva, como el VIH/SIDA y otras ITS. La capacitación y apoyo por parte de supervisores y compañeros de trabajo, así como

## **Formas en que los supervisores pueden mejorar y mantener una buena ICP**

### **1. Reforzar sus propios conocimientos y destrezas:**

- Comprender la necesidad de una ICP eficaz y dar apoyo a su mejoramiento;
- Ejemplificar buenas destrezas de comunicación ante el personal y los clientes.

### **2. Contribuir a la capacitación eficaz:**

- Trabajar con los proveedores para identificar sus necesidades de capacitación y participar en evaluaciones de las necesidades del desempeño;
- Discutir las necesidades de capacitación y el contenido curricular con el capacitador;
- Reunirse con los proveedores antes de la capacitación y rendir informes posteriores para ayudarles a aprovechar al máximo la experiencia.

### **3. Alentar y apoyar el buen desempeño de los proveedores:**

- Sentirse más cómodo al observar cómo interactúan los clientes y proveedores;
- Usar listas de verificación y otras herramientas para evaluar el desempeño de los proveedores;
- Brindar a los proveedores retroalimentación constructiva sobre su interacción con los clientes;
- Ayudar a los proveedores a encarar las barreras que impiden la buena ICP;
- Poner énfasis en la confidencialidad y asegurar que el entorno físico permita las consultas privadas;
- Recompensar con elogios la buena ICP;
- Asegurar la disponibilidad de ayudas para facilitar la comunicación, muestras de anticonceptivos y material informativo.

### **4. Desarrollar otras fuentes para su fortalecimiento:**

- Formar grupos de colegas que apoyen la buena ICP, dentro del establecimiento así como entre varios establecimientos;
- Idear formas de recompensa que motiven a los proveedores a destacarse en la ICP.

ayudas de trabajo bien diseñadas son de crucial importancia para ayudar a los proveedores a desarrollar y aplicar estas destrezas interpersonales y técnicas.

La educación de pregrado ofrece la mejor oportunidad para desarrollar buenas destrezas de ICP y fortalecer el conocimiento técnico (136). Todos los trabajadores de salud cuentan con alguna formación de pregrado, sin embargo, no es posible predecir si se tendrá al alcance posteriormente la capacitación en servicio. La educación de pregrado, que puede ser un año de estudio o más, brinda también tiempo y oportunidad a los estudiantes para que desarrollen actitudes y destrezas importantes, y para cubrir temas complejos en el currículo. La experiencia ha demostrado que la educación de pregrado determina la forma en que se desempeñarán los proveedores en la práctica a lo largo de sus carreras. Esfuerzos posteriores generalmente confrontan gran resistencia al cambio de conocimientos y de conductas.

Si bien la educación de pregrado puede dar una base sólida, los proveedores nuevos así como aquellos con experiencia también requieren capacitación en servicio y educación continua periódicas a fin de actualizar su información y refrescar sus destrezas a lo largo de su carrera profesional (114). Asimismo, el aprendizaje puede ocurrir menos formalmente, a medida que los compañeros de trabajo y supervisores colaboran a los proveedores a aplicar, perfeccionar y retener las destrezas adquiridas durante la capacitación. Para incentivar este tipo de aprendizaje informal, los supervisores deben poner énfasis en que es importante la buena atención y promover una atmósfera de responsabilidad mutua, de modo que los proveedores creen que es correcto reconocer los errores y preguntar cómo corregirlos. En vista de la gran importancia de la capacitación, la siguiente sección discute en detalle las mejores prácticas de capacitación (ver la pág. 13).



JHU/ICCP

*Trabajadoras de planificación familiar de un hospital en Camerún celebran haber recibido el premio "Círculo Dorado" a los estándares de alta calidad. Programas de certificación y acreditación como éste motivan a los proveedores y refuerzan sus expectativas laborales respecto a la interacción entre clientes y proveedores.*

Contar con ayudas de trabajo bien diseñadas puede ayudar a los proveedores a integrar sus conocimientos y destrezas en las interacciones con los clientes (67, 83, 93). Los rotafolios, sin ir lejos, sirven como ayuda-memorias para los proveedores durante las consultas y contribuyen a mantener enfocada la interacción, proporcionando al mismo tiempo información esencial a los clientes. En Honduras, los proveedores de salud informaron que una guía de bolsillo les ayudaba a recordar y aplicar destrezas clave de comunicación interpersonal, a obtener mayor información de los clientes y a prestar una mejor atención (36).

Las ayudas de trabajo también pueden mejorar las actitudes de los proveedores facilitando el manejo de situaciones complejas. En Kenia, por ejemplo, una lista de verificación laminada con preguntas para descartar el embarazo, cambió favorablemente la actitud de los proveedores respecto a prescribir anticonceptivos a las mujeres que no menstruaban (146).

Tener materiales de referencia en el lugar de trabajo, como manuales o fichas informativas, les permite a los proveedores buscar datos que no recuerdan o revisar conceptos clave cubiertos en la capacitación. Cada puesto de prestación de servicios debería tener un ejemplar de las normas y protocolos nacionales que operacionalizan la información técnica y médica esencial sobre planificación familiar. Los materiales de referencia pueden también incluir las destrezas de comunicación interpersonal y de consejería. En Méjico, por ejemplo, a partir del momento en que los supervisores comenzaron a evaluar cuán eficaz era la interacción con los clientes en las consultas, los médicos jóvenes consultaron regularmente una serie de fichas informativas codificadas por color referentes a las destrezas de comunicación básicas (68).

### El entorno de trabajo apoya a la ICP

Algunos aspectos físicos del entorno de trabajo pueden apoyar, o perjudicar, los esfuerzos de los proveedores por mejorar la ICP. Por ejemplo, contar con un área reservada y tranquila para las consultas permite que haya privacidad, confidencialidad y tener la toda la atención del proveedor (63),

mientras que contar con suministros adecuados y confiables de anticonceptivos hace posible que los clientes lleven a cabo elecciones informadas en lugar de contentarse con cualquier método que haya disponible (137).

Las políticas y procedimientos que rigen el flujo de trabajo y los patrones de dotación de personal también conforman el entorno laboral. Su influencia en la ICP se refleja en que determinan cuánto tiempo pueden pasar los proveedores con cada cliente y cuánto tiempo esperan los clientes para ver a un proveedor.

A corto plazo, puede ser difícil o imposible cambiar elementos básicos del entorno de trabajo, como espacios clínicos, volumen de clientes y patrones de personal. Sin embargo, es posible encontrar soluciones creativas inclusive sin muchos recursos adicionales (63). Durante una iniciativa en salud reproductiva a cargo del gobierno sudafricano y el Proyecto de Salud de la Mujer, el personal de una clínica respondió a estudios del flujo de tiempo y volumen de trabajo implementando lo siguiente: se dividió el volumen de trabajo más equitativamente, se redujo el trabajo de llevar registros para los proveedores, se habilitó salas de consulta polivalentes y se pidió a cada cliente ver a una sola enfermera para todos los servicios. Gracias a estos cambios, las enfermeras aumentaron significativamente el tiempo destinado al cuidado directo de pacientes y pudieron dar consejería a cada cliente sobre una gama más amplia de aspectos de salud sexual y reproductiva (44). Cientos de establecimientos en los países en desarrollo han logrado beneficios similares aplicando el enfoque COPE (técnica eficiente para el proveedor orientada hacia el cliente, por sus siglas en inglés) de autoevaluación y solución de problemas para identificar deficiencias y desarrollar soluciones (18, 37, 38, 99).

### Los incentivos motivan al personal

Los incentivos y recompensas pueden motivar a los proveedores a practicar buenas destrezas de comunicación interpersonal y de consejería aun cuando las condiciones no son óptimas, por ejemplo si incrementa el volumen de trabajo de los proveedores a raíz de la escasez de personal o si hay desabastecimiento de anticonceptivos. Aun si no pueden ofrecer incrementos salariales, los supervisores pueden identificar otras maneras de motivar al personal, incluyendo:

- Reconocer formal o informalmente la excelencia en el desempeño, por ejemplo, mediante programas para nombrar el "Mejor empleado del mes" o elogiar a los proveedores en presencia de sus compañeros de trabajo (151);
- Brindar retroalimentación constructiva, por ejemplo, durante las visitas de seguimiento de supervisores y capacitadores (156); y
- Programas de certificación y acreditación que incluyan indicadores para la ICP entre los criterios de calidad de atención (50).

Los gerentes deben cerciorarse de que cualquier incentivo o recompensa ofrecidos efectivamente refuerce la buena calidad de la atención en lugar de metas numéricas. Por ejemplo, las recompensas por promocionar un cierto método anticonceptivo, sin tomar en cuenta las necesidades y circunstancias individuales de los clientes, desalientan la buena ICP e infringen el derecho del cliente de hacer una elección informada (63).

### Asignar los trabajos de acuerdo con la capacidad

La capacidad se refiere a cuán bien se adecuan los talentos, conocimientos y destrezas de los empleados a los trabajos que se espera que desempeñen. En el caso de la consejería en

planificación familiar, los gerentes deben seleccionar (o capacitar) a los proveedores para que adquieran conocimiento técnico especializado, actitudes consideradas y otras destrezas de consejería que son esenciales para ayudar a los clientes a hacer elecciones informadas. Luego, deberían asignar a los proveedores a sitios donde puedan poner en práctica esas destrezas, es decir, a establecimientos equipados para ofrecer servicios de planificación familiar, y comprometidos a prestar una buena ICP. Sin embargo, la realidad en los países en desarrollo es que los gerentes generalmente tienen capacidad limitada para asignar, retener, reentrenar o reemplazar al personal de acuerdo con las necesidades (87).

Los sistemas computarizados pueden ayudar a los gerentes a detectar las necesidades de capacitación del personal y hacerlas corresponder con los trabajos. Por ejemplo, el Concejo de Enfermeras y Matronas de Malawi se encuentra desarrollando una base de datos digital para dar seguimiento al registro de enfermeras y matronas, a cómo se despliegan por ubicación y tipo de establecimiento y a sus necesidades de capacitación y educación continua. Eventualmente, esta base de datos servirá como punto de partida para el proceso de renovación de la certificación de las enfermeras que requieran educación continua (86).

### ■ Seleccionar los enfoques para resolver problemas

Tal y como recalca el modelo de Mejoramiento del Desempeño, mejorar los conocimientos y destrezas de los proveedores mediante la capacitación no basta para garantizar la buena ICP. Los programas de salud reproductiva también tienen que abordar muchos aspectos del entorno de la organización, incluyendo normas y políticas, supervisión y otros sistemas de retroalimentación, el contexto de trabajo y la concesión de recompensas y reconocimientos. Al revisar todos estos factores para ver si apoyan o perjudican los esfuerzos de comunicación de los proveedores con los clientes, los gerentes pueden concentrar su labor en mejorar las deficiencias específicas en la ICP.

## Mejores prácticas de capacitación

En la década pasada, hubo un cambio en el contenido y en el formato de la capacitación para la ICP en planificación familiar y salud reproductiva. Hasta mediados de los años 90, el énfasis de la capacitación se había puesto en adquirir conocimientos, particularmente información sobre la anticoncepción. A partir de entonces, los currículos se han enfocado cada vez más en las destrezas de comunicación interpersonal y la relación entre el cliente y el proveedor. Simultáneamente, ha habido un esfuerzo sistemático para identificar y adoptar prácticas de capacitación más eficaces.

Los avances en la evaluación del desempeño en cuanto a la ICP también han contribuido a fortalecer la capacitación. Las listas de verificación conductuales como las creadas por Investigación Rápida de la Calidad (QIQ, por sus siglas en inglés) (104) y por MAC (138), si bien no se diseñaron con propósitos de capacitación, pueden ayudar a los planificadores a desarrollar objetivos de desempeño mensurables para las personas que capacitan y evaluar el cumplimiento de los mismos (ver el cuadro de la pág. 17 y el recuadro de la pág. 18).

Los programas de salud reproductiva pueden mejorar la calidad de la ICP adoptando estos nuevos enfoques para el de-

sarrollo de currículos, las prácticas de capacitación y la evaluación del desempeño, y aplicándolos a la educación de pregrado y a la capacitación en servicio. Algunas destrezas son relativamente fáciles de abordar mediante capacitación, entre ellas, garantizar el método de preferencia, saludar a los clientes y parafrasear las preguntas de los clientes (148). No obstante, aún persisten grandes desafíos para la ICP, por ejemplo, encarar las diferencias sociales entre clientes y proveedores y superar la renuencia de los proveedores a discutir los efectos secundarios con los clientes.

### ■ Currículos que cubren el proceso y la adaptación

Independientemente del tema, los currículos de capacitación eficaces tienen ciertas características en común. Sus objetivos de aprendizaje son específicos, mensurables, alcanzables, pertinentes y se ajustan a un período de tiempo preciso (SMART, por sus siglas en inglés). Pueden utilizarse varias técnicas y actividades de capacitación pero todas ellas estimulan la participación, refuerzan los conocimientos ya adquiridos por las personas en capacitación y apoyan el logro de objetivos de aprendizaje específicos. El currículo total y sus secciones siguen un orden lógico conocido. Hay instrucciones claras y detalladas para el capacitador, que contienen toda la guía, información y ejemplos necesarios para que el capacitador organice la sesión, cree un ambiente de aprendizaje efectivo, realice la capacitación y la evalúe. Los materiales se organizan y se presentan en formatos fáciles de usar para el capacitador así como para los participantes (161).

En cuanto a los contenidos, los currículos de ICP reconocen que una consulta de planificación familiar es un continuo compuesto de varios momentos: establecer y mantener comunicación, intercambiar información, compartir la toma de decisiones y planificar los pasos siguientes. Por medio de currículos prácticos los proveedores pueden aprender enfoques estructurados para la consejería que les ayude a organizar el proceso y a recordar los momentos clave dentro de la interacción (132). Los currículos pueden cubrir hábitos de comunicación diseñados a mantener enfocadas las consultas y a utilizar el tiempo eficazmente —como preguntar siempre a los clientes de planificación familiar: “¿Tiene en mente algún método?”

Y como los proveedores deben al mismo tiempo reaccionar y responder a las necesidades únicas de cada cliente, los currículos de ICP también les enseñan cómo adaptar la interacción a la situación individual del cliente, su estado de salud y la información que requiere. Al concentrarse en las necesidades del cliente, es más probable que el proveedor le proporcione el método que él o ella prefiere en lugar de ser el proveedor quien lo escoja. Cuando los clientes obtienen el método que ellos desean, se sienten más satisfechos y lo utilizan por más tiempo (54, 118).

Adaptar la información a las circunstancias y prioridades del cliente tiene el beneficio adicional de que usa más eficazmente el limitado tiempo para la consejería (1). Cuando los programas de planificación familiar de Jamaica, Honduras y Brasil decidieron agregar el enfoque de la sexualidad, los proveedores se concentraron en las necesidades de los clientes y discutieron la información pertinente a esas necesidades en lugar de dar una charla fija sobre los métodos (12). Esto permitió que encontrarán tiempo para prestar una mejor consejería sin necesidad de prolongar las consultas.

Además de promover la consejería individualizada e interactiva, los buenos currículos de ICP incluyen estrategias para evitar la sobrecarga de información y orientación para abor-



*Dos proveedoras de atención de Senegal que participan en un taller de capacitación en la interacción entre el cliente y el proveedor practican sus destrezas de consejería. Métodos de capacitación comprobados, como el modelar conductas y las prácticas supervisadas, aumentan la eficacia de la capacitación en esta área.*

dar los rumores e información errónea, y alientan a los clientes a usar ayuda-memorias que pueden llevarse a casa.

Casi todos los materiales de capacitación para la ICP se enfocan en lo siguiente:

- el proceso de consejería, incluyendo el proceso para tomar decisiones inherente al mismo,
- las destrezas para escuchar,
- comprender las prioridades y necesidades del cliente,
- el respeto por la elección que hace el cliente de un método de planificación familiar,
- discutir con el cliente el riesgo de contraer ITS,
- usar lenguaje sencillo,
- el conocimiento técnico sobre la anticoncepción, la planificación familiar y la salud reproductiva,
- la consejería sobre los efectos secundarios, y
- la satisfacción de las necesidades de grupos específicos, como los hombres, adolescentes y clientes que han tenido un aborto.

Si bien estos temas son de gran relevancia, los materiales de capacitación a menudo no dan suficiente atención a otros temas también importantes, como las diferencias sociales, cuestiones de género como la violencia contra la mujer y cuestiones relacionadas con la sexualidad (148). A pesar de dar amplia cobertura a los anticonceptivos, los currículos tienen deficiencias en lo que se refiere a la ayuda para cambiar de método, abordar las ventajas de los diferentes métodos de planificación familiar y sugerir de qué formas éstos pueden afectar la vida diaria del cliente. Por otra parte, todavía hay mucho por hacer en cuanto al estímulo y colaboración que se da a los clientes para comunicarse con sus parejas sexuales sobre la planificación familiar y la prevención de las ITS (ver la pág. 19).

**Es necesario que el proveedor comprenda al cliente como persona.** Los currículos de capacitación deben incluir destrezas de comunicación que les sirvan a los proveedores para averiguar y satisfacer las necesidades de los clientes. Los proveedores pueden aprender cómo ayudar a los clientes a identificar sus metas reproductivas, cómo responder a sus inquietudes y nociones equivocadas y cómo indagar sobre temas delicados como las prácticas sexuales y la violencia — y hacerlo sin hacer sentir incómodo al cliente. Enseñar estas destrezas puede plantear un desafío si los proveedores están

habitados a tratar con problemas médicos en lugar de individuos y se sienten incómodos discutiendo la situación personal de un cliente. A medida que los proveedores adquieren dominio de estas nuevas destrezas con ayuda de los capacitadores, tienen que aprender a eliminar conductas poco útiles como las interrupciones y la falta de respeto (74, 130).

La capacitación también puede contribuir a hacer comprender a los proveedores los desafíos específicos que enfrentan ciertos grupos de clientes, ya sea por su edad, género o circunstancias de vida, y a responder en forma apropiada, sin hacer ningún juicio. Por ejemplo, los proveedores que trabajan con adolescentes necesitan estar conscientes de cuestiones como la sexualidad, la pubertad y otras preocupaciones de la juventud, y tienen que conocer recursos de referencia adecuados para los jóvenes. Y deben respetar la autonomía de sus jóvenes clientes (11). Los clientes varones y las parejas constituyen también un desafío para aquellos proveedores acostumbrados a tratar únicamente con clientes mujeres (125).

**La capacitación puede ayudar a los proveedores a clarificar sus valores y actitudes.** Los currículos de capacitación están enfocándose cada vez más en la relación de consejería y en cómo las creencias de los proveedores influyen sobre la interacción. Los proveedores tienen que entender y tomar en cuenta sus propias actitudes referentes a:

- su papel como expertos médicos,
- su percepción del cliente y su respeto hacia él, y
- la planificación familiar y otros servicios que ofrecen.

Habiendo establecido una relación de confianza con los proveedores, los capacitadores pueden explorar abiertamente sus creencias junto con ellos.

A través de la capacitación, los proveedores pueden entender de qué forma sus valores influyen en sus prácticas de consejería —haciéndolos, por ejemplo, renuentes a ofrecer anticonceptivos a las adolescentes no casadas o a indagar sobre la violencia doméstica. Este tipo de capacitación puede igualmente alentar a los proveedores a que aprendan estrategias para contrarrestar sus propios prejuicios, perseverar en interacciones difíciles o embarazosas con clientes y considerar su nerviosismo un desafío en lugar de una limitación (89).

Explorar sus valores y sentimientos personales contribuye también a desarrollar la habilidad de los proveedores para conectarse con los clientes y que éstos les confíen rápidamente sus necesidades e inquietudes. Ello requiere tener auto-conciencia y empatía, es decir, los proveedores deben comprender el origen de sus propios sentimientos y al mismo tiempo experimentar y apreciar los sentimientos de los clientes (47).

La capacitación permite aumentar la auto-eficacia de los proveedores —es decir, su confianza en sus propias destrezas (9, 89)— al ayudarlos a adquirir dominio de las destrezas y conocimientos esenciales (16). La auto-eficacia es un puente importante entre saber qué hacer y tomar un determinado curso de acción (10, 89). En otras palabras, si los proveedores tienen confianza en que poseen las destrezas de consejería requeridas para colaborar a los clientes, existe mayor probabilidad de que utilicen tales destrezas.

## Se deben adoptar métodos de eficacia comprobada

Los métodos de capacitación que han comprobado ser eficaces incrementan la eficacia de cualquier tipo de capacitación, incluyendo la referente a la ICP.

- **La capacitación en micro destrezas** desglosa la consejería en destrezas comunicativas interpersonales específicas, como la postura corporal, la formulación de preguntas, la reflexión en los sentimientos, el resumen y la retroalimentación (35, 61). Una vez que las personas en capacitación

logran dominar las destrezas individuales, las integrarán durante la práctica.

- **Los modelos** o ejemplos utilizan demostraciones de buena consejería en vivo o grabadas en video para ayudar a quienes se están capacitando a adquirir destrezas esenciales, valorar diferentes estilos de consejería y desarrollar cierto sentido de auto-eficiencia (81, 89).
- **La práctica supervisada**, que se inicia con juegos de roles y va seguida de sesiones con clientes reales, les da a las personas en capacitación la oportunidad de practicar en situaciones semejantes a las reales y recibir retroalimentación. La retroalimentación positiva de los capacitadores puede reforzar la auto-eficiencia de los proveedores (89), y la crítica constructiva de los compañeros o colegas puede contribuir a establecer nuevas normas de grupo en relación con la buena ICP y las actitudes hacia los clientes.
- **El aprendizaje por experiencia** comienza con una actividad o ejercicio en grupo que permite a los participantes experimentar una situación pertinente a su trabajo. Luego, reflexionan juntos sobre sus reacciones, identifican las lecciones aprendidas y aplican sus conclusiones planificando cambios específicos en su conducta (108).

La capacitación fuera del salón de clase puede llegar a más proveedores que la que transcurre adentro. Los proyectos de planificación familiar y salud reproductiva han tenido éxito sometiendo a prueba varios enfoques de capacitación para la ICP (31, 84, 97). En Nepal, por ejemplo, se comprobó que la educación a distancia por radio fue igual o ligeramente más efectiva que los talleres convencionales para mejorar las destrezas comunicativas de los proveedores (153). Matronas de Ghana, a través del aprendizaje autodirigido (127) con materiales impresos, lograron mejorar su desempeño en la ICP con adolescentes (109). En Zimbabue, la instrucción interactiva por computadora (83) sirvió para que los estudiantes de una escuela de obstetricia aumentaran sus conocimientos sobre temas técnicos y de comunicación (21), aprendiendo a su propio ritmo.

## Muchos contribuyen a la transferencia del aprendizaje

El conocimiento no siempre se traslada a la conducta (94, 110). Asegurar que los trabajadores de salud apliquen en el trabajo los conocimientos y destrezas recién adquiridos requiere la cooperación activa de la persona que fue capacitada, el capacitador, el supervisor del lugar de trabajo y los compañeros (122). Lo ideal es que el proceso comience antes de la capacitación, cuando los proveedores y los supervisores crean un plan de acción para aplicar las destrezas recién adquiridas, los compañeros de trabajo discuten la necesidad y potenciales beneficios de la capacitación y los capacitadores diseñan actividades, materiales de enseñanza y ayudas de trabajo que conecten el aprendizaje formal con las tareas diarias de los proveedores.

Algunas de las actividades más importantes tienen lugar después de terminado el curso (122). Si no se presta apoyo y refuerzo a la capacitación una vez que los proveedores retornan al trabajo, situación bastante común, el cambio en la conducta de los proveedores sólo durará por corto tiempo. En Indonesia, por ejemplo, se grabaron en video consultas de planificación familiar y, al analizarlas, se descubrió que la calidad de comunicación de los proveedores aumentó inmediatamente después de la capacitación, pero, sin recibir refuerzo, las nuevas destrezas se deterioraron en los siguientes cuatro meses (77).

El papel de los supervisores es fundamental (36). Lo ideal es que ellos mismos observen o participen en la capacitación para poder actuar como tutores y ejemplos a seguir una vez

que los proveedores regresen al trabajo. Los capacitadores también pueden colaborar a los proveedores a superar las dificultades de aplicar las nuevas destrezas en el trabajo si continúan aconsejando a las personas que capacitaron después de que concluye el curso (122). Incluso los compañeros pueden contribuir a la transferencia del aprendizaje al alentar a los proveedores a que demuestren y apliquen sus nuevas destrezas.

Las investigaciones han sometido a prueba varias estrategias de reforzamiento posteriores a los talleres de capacitación en ICP, incluyendo la supervisión, la autoevaluación, las críticas de los colegas y los cursos de repaso (16, 32, 68, 77). En Turquía, equipos de tres personas especialmente capacitadas utilizaron en sus observaciones una lista de verificación para calificar las destrezas clínicas y comunicativas de los proveedores durante una serie de cinco visitas de control clínico. Proporcionaron a los proveedores retroalimentación, tutoría, demostraciones y juegos de roles destinados a refrescar sus destrezas (114). En un programa de mercadeo social de Pakistán, los capacitadores efectuaron visitas anuales a los proveedores, durante las cuales se hizo una entrevista de monitoreo semi-estructurada, se les recordó las prácticas eficaces y se los invitó a cursos de repaso (116). En Indonesia, los proveedores efectuaron ejercicios semanales de autoevaluación, calificando sus propias destrezas de comunicación interpersonal durante una consulta previamente seleccionada; algunos asistieron además a reuniones para escuchar críticas de sus colegas (77). Independientemente del enfoque utilizado, el refuerzo periódico logró mejorar el desempeño en el trabajo de los proveedores en lo que se refiere a destrezas para la ICP.

Es posible que la transferencia del aprendizaje plantee un desafío aun mayor después de la educación de pregrado que después de la capacitación en servicio, porque puede haber poca correspondencia entre el ámbito académico y el lugar de trabajo. Pero se puede utilizar muchas de las mismas estrategias. Los currículos de pregrado, las actividades de capacitación y los materiales de enseñanza deberían basarse en las actuales políticas y normas de prestación de servicios que promueven la ICP, y deberían corresponder con las realidades de los trabajos donde se desempeñarán los estudiantes una vez graduados (136). Las pasantías bien supervisadas y las prácticas durante la educación de pregrado pueden proporcionar a los estudiantes la oportunidad de poner en acción en contextos reales sus nuevos conocimientos, destrezas y actitudes, contando con la retroalimentación inmediata de los instructores. Después de graduarse, los flamantes trabajadores de salud pueden necesitar más tutoría y refuerzo por parte de los supervisores hasta adquirir competencia en sus trabajos.

## Cómo evaluar la calidad de la ICP

El monitoreo y la evaluación son parte esencial de cualquier esfuerzo por crear y mantener una buena comunicación entre los proveedores de salud y los clientes. Sin el monitoreo y la evaluación, es difícil saber cuán eficaz es el desempeño de los proveedores, cuán satisfechos se encuentran los clientes con los servicios, qué problemas existen y si son eficaces los intentos de realizar mejoras. El proceso de evaluación incentiva la creación de enfoques innovadores para mejorar la ICP y pone a prueba su utilidad.

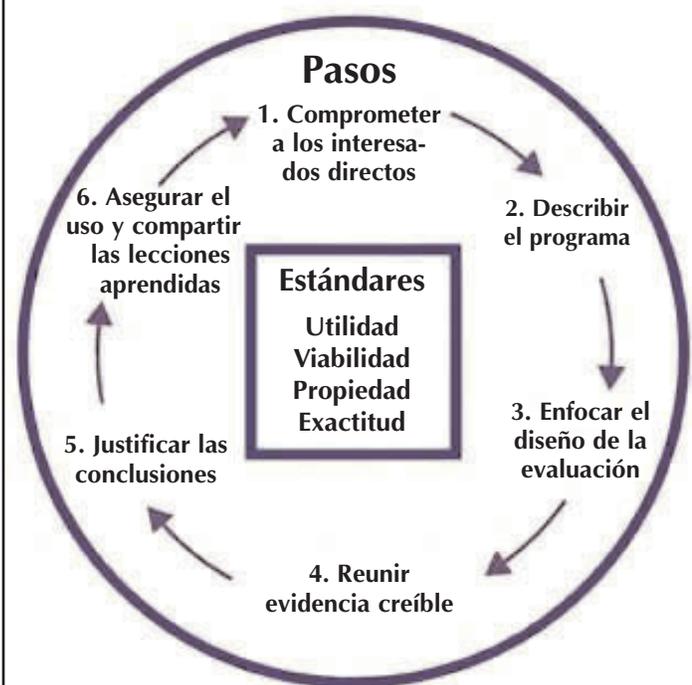
Dependiendo de cuál sea su propósito, una evaluación de la ICP puede variar desde una revisión informal de las prácticas en una sola clínica realizada por y para el personal de primera línea, hasta un examen riguroso de todo un programa efec-



Liza Nickerson para JHU/CCP

El personal de un establecimiento en Ecuador estudia datos acerca del rendimiento del programa. Hacer participar a administradores, a proveedores y a una diversidad de interesados en una evaluación de la interacción entre el cliente y el proveedor aumenta la probabilidad de que todos ellos valoren los resultados.

## Figura 1. Marco de referencia para la evaluación de programas de salud pública



Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 1998 (27)

### Population Reports

Siguiendo los seis pasos del proceso, los programas de salud reproductiva pueden diseñar e implementar una estrategia de evaluación de la interacción entre clientes y proveedores que satisfará cuatro estándares principales: servir las necesidades de información de los usuarios (utilidad), ser realista (viabilidad), guiarse por principios éticos (propiedad) y producir información correcta (exactitud).

tuado por expertos externos para beneficio de los diseñadores de políticas y organizaciones donantes. La ICP puede ser objeto de una evaluación en sí misma o sólo parte de una evaluación más amplia y completa.

Sin importar el enfoque utilizado, las evaluaciones de la ICP son de más utilidad cuando adoptan una perspectiva amplia y proceden sistemáticamente. Para captarse de los muchos y diversos factores que influyen en la calidad y eficacia de la ICP, las evaluaciones deberían incluir no sólo cómo es la interacción entre el cliente y el proveedor. Sino que deberían examinar también la exactitud técnica de la información comunicada y si el establecimiento y los sistemas más amplios de la organización apoyan las buenas prácticas de ICP. El seguir un proceso sistemático como el marco de referencia de seis pasos que se ilustra en la Figura 1, asegura que los hallazgos de las evaluaciones de la ICP serán creíbles, pertinentes y útiles (27).

### Paso 1. Comprometer a los interesados directos

Muchas personas tienen interés directo en el buen funcionamiento de un programa de planificación familiar, entre ellas, proveedores de salud, clientes, miembros de la comunidad, administradores y diseñadores de políticas. Comprometer a estas partes en el diseño e implementación de una evaluación de la ICP ayuda a asegurar que la evaluación refleje diversas opiniones e incluya inquietudes importantes (5, 149). Además aumenta la probabilidad de que los interesados directos valoren los resultados y lleven a la práctica las recomendaciones (20, 162).

### Paso 2. Describir el programa

Antes de medir su eficacia, los investigadores deben comprender cabalmente qué es lo que intenta lograr un determinado programa. Ello requiere una descripción completa del programa que, en el caso de la ICP, primero establece objetivos como la elección informada y la confidencialidad. Luego, debe explicar de qué forma contribuyen a lograr esas metas los diversos elementos del programa (desde el suministro de anticonceptivos y los planos de los establecimientos hasta las normas de consejería y los sistemas de supervisión).

### Paso 3. Enfocar el diseño de la evaluación

El propósito de una evaluación determina su diseño y metodología, incluyendo qué aspectos cuentan como evidencia, cómo se recolectan los datos y quién lo hace, y qué se puede decir de los resultados. Por lo general, las evaluaciones caen dentro de una o dos categorías, dependiendo de sus intenciones (119, 128, 129):

- **Evaluaciones formativas** son las que identifican formas de mejorar el funcionamiento del programa, por ejemplo, evaluando los lados fuertes y débiles de las prácticas de supervisión de la ICP.
- **Evaluaciones sumativas** son las que miden los resultados o el impacto de un programa, por ejemplo evaluando si un sistema de acreditación alcanzó sus objetivos de mejorar la calidad de la ICP.

Las evaluaciones formativas tienden a utilizar métodos de investigación bastante sencillos, generalmente cualitativos, e involucran profundamente a los interesados directos en el diseño, implementación y análisis (119, 129). Por ejemplo, en Tanzania se utilizó un enfoque altamente participativo para hacer una evaluación formativa de la calidad de atención al nivel local. Cincuenta supervisores locales ayudaron a diseñar una herramienta de medición del desempeño para los equipos del personal, quienes la emplearon para observar las operaciones en sus propios establecimientos y lograr consenso sobre si los servicios de planificación familiar satisfacían los estándares pre-establecidos. Este enfoque motivó al personal a exa-

minar la calidad de los servicios con honestidad y a tratar los problemas relacionados con la prestación de servicios (20).

En contraste, las evaluaciones sumativas requieren que los diseños de investigación sean relativamente sofisticados y que los métodos sean rigurosos y cuantitativos, porque impulsan las decisiones programáticas y las políticas al nivel nacional o internacional (119, 128, 129). Por ejemplo, una evaluación sumativa del impacto que tuvieron las series de radio en la ICP en áreas rurales de Nepal requirió contar con un equipo bien entrenado de recolectores de datos, analistas y estadísticos, además de considerables recursos y logística compleja. El Proyecto de Comunicación Radial realizó encuestas de línea basal y posteriores a la intervención en una muestra representativa de mujeres casadas a nivel nacional; pruebas previas y posteriores a los trabajadores de salud que participaron en cursos radiales de educación a distancia; tres rondas de observación y entrevistas de egreso a los clientes en clínicas seleccionadas; y un análisis de los datos sobre el flujo de clientes en puestos de salud centinelas (153).

#### Paso 4. Reunir evidencia creíble

La credibilidad de los hallazgos de la evaluación depende de los tipos de datos recolectados, su calidad y cantidad, y de los métodos usados para recolectar los datos (27). Dos cuestiones de vital importancia son: traducir los conceptos de la ICP a indicadores mensurables y elegir fuentes apropiadas de datos (92).

**Los indicadores deben ser específicos y mensurables.** Evaluar la calidad de la ICP requiere convertir los objetivos generales —como establecer comunicación o darles sus opciones a los clientes— en indicadores específicos y mensurables del desempeño de un individuo o programa. Los indicadores creíbles también reflejan información objetiva y confiable y son sensibles a los cambios en el desempeño.

Ha resultado difícil crear indicadores mensurables que evalúen con exactitud la comunicación interpersonal y la consejería (140). Muchos indicadores requieren juicio subjetivo, por ejemplo, decidir cuándo un proveedor ha averiguado suficiente sobre las necesidades y preferencias de un cliente de planificación familiar. Otros, como escuchar con atención, pueden ser difíciles de medir porque no son verbales o porque varían de una cultura a otra. Incluso los indicadores aparentemente definidos, como la exactitud de la información provista, pueden resultar asombrosamente difíciles de medir en el contexto de una conversación real.

Muchas organizaciones han desarrollado listas extensas de indicadores para la ICP como parte de evaluaciones de la capacitación (42) o de los establecimientos (7). El cuadro 2 presenta los indicadores para la ICP de la Investigación Rápida de la Calidad (IRC), una herramienta práctica, económica y bien probada para medir la calidad de atención en los servicios de planificación familiar (104, 154).

**Emplear múltiples fuentes de datos refuerza las conclusiones.** Las observaciones de consultas, entrevistas con clientes y proveedores de salud, y auditorías clínicas son fuentes comunes de datos para evaluar la comunicación interpersonal y la con-

Cuadro 2

## Indicadores ilustrativos de la ICP en la Investigación Rápida de la Calidad (IRC)

Fuente: MEASURE Evaluation, 1999 (103)

### Population Reports

Indicador de la IRC	Método de recolección de datos		
	Entrevista de salida al cliente	Observación	Auditoría clínica
<b>PROVEEDOR:</b>			
Le asegura confidencialidad al cliente.		✓	
Pregunta al cliente sobre sus intenciones respecto a la reproducción (por ejemplo, “¿Desea más hijos? ¿Cuándo?”)	✓	✓	
Conversa con el cliente sobre el método que preferiría.	✓	✓	
Trata al cliente con respeto y cortesía.	✓	✓	
Adapta información clave a las necesidades particulares de cada cliente.	✓		
Proporciona información exacta sobre el método elegido (forma de uso, efectos secundarios, complicaciones).	✓	✓	
Le indica cuándo debe regresar.	✓	✓	
Reconoce/identifica criterios de idoneidad médica compatibles con las normas.			✓
<b>PERSONAL (aparte del proveedor):</b>			
Trata al cliente con dignidad y respeto.	✓		
<b>CLIENTE:</b>			
Participa activamente en la conversación y la selección del método.	✓	✓	
Recibe el método de su preferencia.	✓	✓	
Cree que el proveedor mantendrá confidencial su información.	✓		
<b>ESTABLECIMIENTO:</b>			
Tiene disponibles todos los métodos aprobados; no hay desabastecimientos.			✓
Dispone de mecanismos para hacer cambios programáticos en base a la retroalimentación de los clientes.			✓
Ha recibido una visita de supervisión en los últimos _____ meses.			✓
Cuenta con normas clínicas actualizadas.			✓

sejería. Con frecuencia, las evaluaciones de la ICP recurren a múltiples fuentes de datos para poder compensar sus debilidades respectivas y poder comprobar la coherencia de los resultados (119).

**Las técnicas de observación tienen diversas ventajas y desventajas.** Se han utilizado tres técnicas para observar las interacciones entre el cliente y el proveedor: observación directa, análisis de interacción y clientes simulados. Para la observación directa se requiere observadores entrenados, que generalmente son personal de campo o supervisores, que observen las consultas y evalúen la calidad de la interacción conforme a una guía de observación estructurada (7, 68). Este método, sin embargo, tiene una gran desventaja: la presencia de un observador. Cuando los clientes saben que están siendo observados puede que estén menos dispuestos a hablar, mientras que los proveedores tal vez traten de hacer más esfuerzo que de costumbre. Seleccionar adecuadamente y entrenar a los

## Evaluación de los programas de capacitación para la ICP

Una evaluación completa de la capacitación para la ICP evalúa tanto la calidad del evento de capacitación como su impacto en la conducta de los proveedores en el lugar de trabajo. Para ello se requiere evaluar antes, durante y después de la capacitación (42, 161):

- Previamente a diseñar un evento de capacitación, una evaluación de necesidades puede determinar quiénes deben ser capacitados, qué necesitan aprender y si el sistema de salud se encuentra preparado y capaz para hacer los cambios necesarios que permitan a los proveedores aplicar sus nuevas destrezas para la ICP.
- Al principio y al final del evento de capacitación, los capacitadores deben evaluar los conocimientos, actitudes y destrezas de los participantes para la ICP por medio de cuestionarios, entrevistas y observaciones. Los datos de línea basal pueden ayudar a dirigir la capacitación, mientras que las comparaciones de antes y después, pueden determinar si se cumplieron los objetivos de la capacitación.



*En Nepal un proveedor toma una prueba después de haber completado un curso de capacitación. Evaluaciones de la capacitación para la ICP permiten comparar los conocimientos previos y posteriores del participante.*

- Durante el evento de capacitación, los capacitadores deben monitorear el progreso de los participantes a fin de hacer los reajustes necesarios en el curso (34).
- Después del evento de capacitación, el proceso de implementación en sí debe compararse con los planes originales para analizar qué dio buenos resultados y por qué, y para identificar los materiales y actividades que fueron de mayor utilidad.
- Una vez que los participantes se reincorporan al trabajo, se puede usar observaciones para evaluar si la capacitación ha producido cambios en sus prácticas cotidianas de ICP. Evaluaciones posteriores pueden determinar si tales cambios han influido en la satisfacción del cliente, las visitas posteriores o la continuación del uso de anticonceptivos.
- Varios meses a un año después de la capacitación, pueden hacerse otras rondas de observación para determinar si las mejoras en las prácticas de ICP persistieron.

observadores es la clave para obtener datos confiables; caso contrario, distintos observadores pueden interpretar e informar sobre las acciones de los proveedores en forma diferente (14).

El análisis de interacciones grabadas en cintas de video o audio puede evitar el posible sesgo provocado por la presencia de un observador, pero es más costoso (73). Después de grabar y a veces transcribir la consulta, los investigadores usan una guía codificada para clasificar y cuantificar todo lo que dicen el cliente y el proveedor (36). Las herramientas de autoevaluación que ayudan a los proveedores a medir su propio desempeño, basándose ya sea en la memoria o en una grabación, son una variación del análisis de la interacción (68, 77).

En el enfoque del cliente simulado o "misterioso", las personas de la comunidad se entrenan para reconocer lo que constituye buena atención y luego acuden a los servicios de salud en busca de atención, sin avisarles a los proveedores que son parte de un estudio. Luego, el cliente simulado informa a los investigadores cómo fue su experiencia con el proveedor y el establecimiento. Para aumentar la objetividad y confiabilidad de los informes, se debe definir cuidadosamente el perfil del cliente simulado y limitar la retroalimentación a conductas del proveedor y características del establecimiento específicas (96, 120). Por supuesto, esta técnica no puede evaluar la conducta de los clientes.

**Las entrevistas permiten obtener las opiniones de los clientes y de los proveedores.** Entrevistar a los clientes inmediatamente después de las consultas puede revelar lo que ocurrió allí y si los clientes quedaron satisfechos. No obstante, puede que los clientes no recuerden con exactitud lo ocurrido durante la sesión de consejería o tal vez la confundan con las charlas en grupo y otros eventos en la clínica (14). Lo que es más importante, la combinación de bajas expectativas, el sesgo de la cortesía (decirles a los entrevistadores lo que desean escuchar) y el temor de criticar a la autoridad alienta a los clientes a informar una satisfacción plena con los servicios, evitando criticar a la clínica y su personal y, por lo tanto, inclina los resultados en dirección favorable (14, 36, 104). Los evaluadores pueden reducir este sesgo realizando las entrevistas en privado (56), lejos del establecimiento, con personal que no trabaja en la clínica en cuestión (104).

Las entrevistas estructuradas o semi-estructuradas con los proveedores pueden evaluar sus conocimientos sobre planifica-

ción familiar, comunicación interpersonal y consejería. Puede que las entrevistas sean particularmente útiles para sondear las actitudes de los proveedores respecto al uso de anticonceptivos entre ciertos grupos, como adolescentes, mujeres solteras, hombres, trabajadores sexuales, mujeres sin hijos o mujeres con muchos hijos. No obstante, las prácticas reales de los proveedores no siempre son coherentes con sus conocimientos ni con las actitudes que profesan (116).

**Las auditorías clínicas evalúan el contexto para la ICP.** Los observadores puede hacer visitas para juzgar si un establecimiento se encuentra preparado para proporcionar servicios de calidad, incluyendo la ICP. Por ejemplo, los observadores pueden evaluar si la distribución del edificio permite privacidad para las consultas, si hay normas de ICP y ayudas de trabajo en el lugar, y si los sistemas logísticos garantizan un suministro constante de anticonceptivos (104).

### Paso 5. Justificar las conclusiones

Para interpretar los hallazgos, evaluar sus implicaciones programáticas y hacer recomendaciones prácticas, los investigadores necesitan consultar a los interesados directos (5, 112). Y para que éstos comprendan los resultados de la evaluación, los investigadores deben poner los datos en contexto, por ejemplo, comparando los resultados con el desempeño anterior, estándares nacionales o hallazgos en otros lugares. Además deberían proponer explicaciones alternativas para los hallazgos y discutir qué probabilidades tiene cada una de ellas (27). A su vez, los proveedores y administradores pueden aportar a la discusión sus conocimientos sobre las realidades prácticas, incluyendo la comprensión de las prioridades políticas y las limitaciones de recursos.

En Indonesia, durante una evaluación de la educación del cliente sobre destrezas comunicativas esenciales, por ejemplo, los investigadores buscaron la retroalimentación de clientes, proveedores, educadores de clientes y administradores de programas (78). Los administradores señalaron que el método de instrucción sometido a prueba (tutoría individual al cliente) no era factible en amplia escala, mientras que los clientes y educadores sugirieron que el autoaprendizaje, las charlas en grupo y los medios de comunicación masiva podrían enseñar a los clientes las mismas destrezas. Esto sirvió de base a los investigadores para redactar sus recomendaciones.

## Paso 6. Asegurar el uso y compartir las lecciones aprendidas

A fin de asegurar que una evaluación tenga impacto real en la prestación de servicios, los investigadores deben crear un plan estratégico para difundir los hallazgos y convencer a los encargados de tomar decisiones de que sigan el curso de acción indicado. La atención que presten los que toman las decisiones a los resultados de la evaluación depende de muchos factores, incluyendo cómo se presentan y difunden los resultados, las opiniones de los que toman las decisiones sobre la importancia de los hallazgos de la investigación y la credibilidad y autoridad de los investigadores, las normas de la organización y la dificultad de la decisión que deba tomarse (88, 113, 149).

Es más probable que los administradores de programas y diseñadores de políticas pongan en práctica las recomendaciones si estuvieron involucrados en las etapas iniciales del proceso de evaluación, por ejemplo, en formular las interrogantes de la investigación, y si reciben sinopsis e interpretaciones claras y contundentes de los hallazgos. Un plan de comunicación debería identificar a públicos objetivo bien definidos, por ejemplo, funcionarios del Ministerio de Salud, administradores distritales, supervisores, proveedores de planificación familiar y miembros de la comunidad, y luego adecuar los mensajes y los canales de comunicación a cada uno de ellos (4, 5, 112).

## Yendo más allá de la planificación familiar

Conforme a las recomendaciones del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), los servicios de planificación familiar se están integrando cada vez más dentro de otros servicios de salud sexual y reproductiva. Además de la planificación familiar, estos servicios integrados pueden abordar el VIH/SIDA y otras ITS, infecciones y cánceres del sistema reproductivo, la infertilidad, atención ginecológica y de maternidad, atención postaborto, violencia basada en el género y educación sobre la sexualidad y crianza de los hijos (51, 157). La necesidad de mirar más allá de la anticoncepción cuando se trabaja con clientes de planificación familiar ha creado nuevos desafíos y oportunidades para la ICP.

### Hay que enfocar la consejería sobre ITS en el individuo

Los proveedores deben tratar de mejorar su trabajo al abordar la evaluación del riesgo, la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA y otras ITS. En vista de que la prestación de servicios en planificación familiar puede ser uno de los pocos contactos que tienen las mujeres con el sistema de salud, los proveedores tienen una oportunidad única y la responsabilidad de ayudar a los clientes a hacer las elecciones adecuadas para protegerse contra el embarazo no planeado, las ITS y la infección por el VIH (144).

No obstante, es posible que los proveedores se sientan renuentes a tratar temas potencialmente embarazosos con los clientes, especialmente con clientes casados, quienes se supone (a veces incorrectamente) corren bajo riesgo de infección. Tal renuencia puede ayudar a explicar por qué a mediados de los noventa sólo cerca de una cuarta parte de 3.000 clientes recibieron información sobre el VIH/SIDA y/o las ITS durante consultas de salud materno-infantil y planificación familiar en cinco países africanos (Botswana, Ghana, Kenia, Zambia y Zimbabwe) (105).

## Currículo para la consejería en salud reproductiva integrada

EngenderHealth ha desarrollado un nuevo currículo que adapta los marcos de referencia de la consejería en planificación familiar para abordar una variedad de servicios integrados en salud sexual y reproductiva. Aplicando las mejores prácticas de la ICP basadas en la evidencia, este documento titulado *Comprehensive Counseling for Reproductive Health: An Integrated Curriculum* (Currículo integrado para la consejería completa en salud reproductiva) promueve la comunicación y consejería eficaces en todas las áreas de la salud reproductiva. El paquete de capacitación incluye materiales para un taller de una semana (seis días) destinado a enseñar a los proveedores los conocimientos, actitudes y destrezas que necesitan para evaluar y cubrir las principales necesidades de un cliente en cuanto a la salud sexual y reproductiva, independientemente del entorno de atención de salud o del servicio solicitado por el cliente. Incluye además, programas para realizar talleres más cortos y para otros trabajadores, administradores y supervisores en el campo. Si desea copias del currículo envíe un correo electrónico a [info@engenderhealth.org](mailto:info@engenderhealth.org) o escriba a: EngenderHealth Material Resources, 440 Ninth Avenue, New York, NY 10001, U.S.A.

Algunas estrategias comunes para incorporar temas relacionados con el VIH y las ITS dentro de la consejería para planificación familiar son problemáticas. Puede que no sea factible agregar material sobre las ITS y el VIH/SIDA a la información general de rutina que se proporciona a todos los clientes debido a las presiones de tiempo que crea para los proveedores; por otra parte, se corre el riesgo de sobrecargar a los clientes con más información de la que pueden asimilar (107). Tampoco es mejor proporcionar información sobre las ITS y el VIH solamente a los clientes dentro del "perfil" de riesgo, por ejemplo, trabajadores sexuales o mujeres con cónyuges itinerantes. Los perfiles no identifican en forma confiable a los individuos que corren riesgo de infectarse y marcan con un estigma injusto a algunos clientes (141).

En lugar de ello, la información sobre la evaluación del riesgo, prevención y tratamiento de las ITS y el VIH debería ser parte estándar de las charlas de salud de la clínica, la educación comunitaria y las campañas por los medios de comunicación masiva. Durante las consultas, los proveedores pueden entonces enfocarse en asegurar que todos y cada uno de los clientes comprendan cuáles son las conductas de riesgo y cómo protegerse de posibles infecciones. En las consultas de planificación familiar, esto consiste en ayudar a los clientes a evaluar sus riesgos de contraer ITS para que puedan escoger un método o una combinación de métodos apropiados (30, 158).

### Los proveedores de planificación familiar pueden ayudar a las víctimas de la violencia

Se calcula que mundialmente por lo menos una de cada tres mujeres ha sido golpeada, forzada a tener relaciones sexuales, o sufrido algún otro tipo de abuso (51). La violencia contra las mujeres y niñas puede ser física, sexual, psicológica o económica, pero el sexo a la fuerza y el abuso dentro del matrimonio se encuentran entre sus manifestaciones más comunes.

Los proveedores de atención para la salud reproductiva tienen una singular oportunidad y especial responsabilidad de ayudar a las víctimas de la violencia basada en el género por lo siguiente:

- Ese tipo de abuso puede tener gran impacto en la salud reproductiva y bienestar sexual de las mujeres;

- La violencia y la impotencia pueden limitar la capacidad de las mujeres de tomar decisiones informadas y voluntarias sobre su salud sexual y reproductiva; y
- Los proveedores de salud reproductiva pueden ser la única conexión de estas mujeres con el sistema de salud y los servicios de apoyo de la comunidad (51).

Es necesario que los sistemas de salud asuman el compromiso de identificar y encarar las necesidades de las mujeres y niños víctimas del abuso. Muchos proveedores no son conscientes de la magnitud a la que llega la violencia contra las mujeres. Puede que algunos incluso contribuyan al problema al trivializar el abuso o tratarlo como una conducta normal, culpando a las víctimas, quebrantando su confidencialidad y poniendo en riesgo su seguridad (117). Las víctimas tienen múltiples y variadas necesidades, y una ICP que las apoye puede abrir la puerta para abordar esas necesidades.

Contar con capacitación, normas y ayudas de trabajo puede ayudar a los proveedores a reconocer sus propios valores y prejuicios, a desarrollar empatía y a mejorar sus destrezas comunicativas respecto a temas delicados como el abuso sexual (45, 60). En Venezuela, por ejemplo, el porcentaje de nuevos clientes que reveló antecedentes de violencia se elevó de 7% a 38% después de que la Asociación Civil de Planificación Familiar (PLAFAM) ofreció talleres de capacitación sobre concientización y destrezas específicas para los proveedores, introdujo un protocolo y un formulario de selección para consejería y desarrolló materiales de información para los clientes (46).

### Una buena ICP beneficia a la salud sexual y reproductiva

La integración de la planificación familiar con otros servicios de salud sexual y reproductiva crea la oportunidad de adaptar y aplicar los principios de la ICP y las lecciones aprendidas en planificación familiar a otros servicios de salud. Los beneficios potenciales son dobles: un mayor reconocimiento y protección de los derechos de los clientes y el mejoramiento de la calidad de atención.

El derecho del cliente de tomar y llevar a la práctica sus decisiones relacionadas con la reproducción ha impulsado gran parte del trabajo referente a la ICP en la planificación familiar. El Programa de Acción de la CIPD reconoce el derecho de las



Una consejera habla sobre la violencia doméstica con mujeres que asisten a una feria de salud local en Paraguay. A medida que la planificación familiar se va incorporando dentro de otros servicios de salud reproductiva, los proveedores deben estar preparados para aconsejar a los clientes sobre una gama más amplia de inquietudes, incluyendo la violencia, el VIH y las ITS.

parejas y los individuos de tomar libremente tales decisiones, sin discriminación, coerción ni violencia (157).

Prestar atención a los derechos de los clientes es todavía más importante en el amplio ámbito de la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, romper la confidencialidad lleva mayores riesgos de estigma y violencia cuando se trata de la atención postaborto o del VIH/SIDA que de la anticoncepción (126). Por otra parte, la preocupación por la salud de otros, como la pareja de un cliente con una ITS, puede crear presiones contra el derecho del cliente de tomar sus propias decisiones. Si no se protegen estos derechos, los clientes evitarán ir en busca de atención para su salud, lo cual en última instancia va en contra del principal propósito de la salud pública y, en efecto, le niega al cliente el acceso a los servicios.

Una buena ICP puede mejorar la calidad de atención en otros servicios de salud sexual y reproductiva igual que lo ha hecho en la planificación familiar. La comunicación interpersonal y la consejería por parte de los proveedores pueden contribuir a abordar una gran variedad de necesidades de los clientes haciendo, por ejemplo, lo siguiente:

- Proporcionar apoyo emocional durante el parto, atención postaborto o pruebas para el VIH;
- Establecer una relación de confianza que permita a una mujer revelar si sufre violencia doméstica o a una adolescente explicar por qué requiere servicios de planificación familiar;
- Aumentar la confianza de una cliente en sí misma a fin de que se sienta capaz de pedirle a su pareja que use condones;
- Asegurar que un cliente entienda por qué debe continuar los tratamientos para las ITS aun después de que los síntomas han desaparecido; y
- Explicar claramente que un cliente que tiene una ITS se infectará nuevamente a menos que su pareja también reciba tratamiento para la infección.

Estos resultados positivos de una buena ICP benefician a los clientes individualmente y a sus parejas, ayudan a prevenir y tratar la enfermedad y definen los establecimientos de salud como lugares donde se respeta a las personas y se satisface sus necesidades.

### Los principios de la ICP se aplican a los servicios integrados

Es posible que los proveedores cuestionen si los derechos de los clientes y otros principios de ICP desarrollados en el campo de la planificación familiar aplican a otros servicios de salud reproductiva. Los clientes de planificación familiar son, en general, personas saludables que toman decisiones opcionales. En contraste, los clientes que acuden a los proveedores de salud para otros servicios de salud reproductiva pueden necesitar tratamiento inmediato, lo cual requiere que los proveedores tomen decisiones médicas.

Puede resultar útil pensar en la relación entre clientes y proveedores dentro de la atención para la salud sexual y reproductiva como una interacción dinámica que depende de los siguientes factores:

- la urgencia de la necesidad de atención,
- el potencial impacto sobre la salud que tenga la decisión,
- si la decisión a tomarse es principalmente médica o se basa mayormente en las preferencias personales del cliente y su situación,
- la disponibilidad de múltiples opciones de tratamiento o métodos alternos con los mismos o similares resultados,
- implicaciones de salud más amplias para otras personas o la comunidad en general, y
- la probabilidad de que los valores y actitudes de los proveedores o los clientes influyan negativamente en la comunicación y la toma de decisiones (6).

La naturaleza exacta y el momento de ofrecer la ICP varían de acuerdo a estos factores. Sin embargo, aún en situaciones de vida o muerte, o especialmente en esos casos, el derecho de un cliente de tomar sus propias decisiones y tener acceso a información pertinente continúa teniendo la misma importancia.

Los programas deben preparar a los proveedores de salud reproductiva para sopesar todos estos factores cuando interactúan con clientes que tienen necesidades variadas y distintas situaciones de bienestar o enfermedad (42). A medida que la planificación familiar se fusiona dentro de servicios más amplios de salud reproductiva, los proveedores adquieren la responsabilidad de ofrecer mayores servicios. Aun cuando los proveedores son asignados exclusivamente a servicios de planificación familiar, es probable que sus clientes tengan otras necesidades e inquietudes de salud reproductiva que pueden ser mejor identificadas y a menudo tratadas durante las visitas de planificación familiar.

Los proveedores deben estar preparados para obtener, evaluar y abordar las inquietudes interrelacionadas sobre la salud sexual y reproductiva de los clientes, cualquiera sea el servicio que necesite o solicite un cliente, remitiéndolo a otros servicios, si fuera necesario. La capacitación en la ICP para los servicios integrados pone énfasis en ver al cliente como persona total y en hacer una evaluación integral de las necesidades de cada cliente, apoyándose simultáneamente en el mismo repertorio de destrezas de consejería esenciales que se utilizan para la prestación de servicios de planificación familiar (42). Cuando la comunicación está verdaderamente "centrada en el cliente" y los proveedores de salud se sienten cómodos discutiendo otras cuestiones aparte de los aspectos clínicos de la planificación familiar, los clientes pueden guiar la interacción y la consejería de manera que se logre satisfacer sus necesidades más amplias. (*La versión en español de este número se publicó en junio de 2004.*)

## Bibliografía

Se señalan con un asterisco (\*) los artículos que fueron de especial valor en la preparación de este número de **Population Reports**.

1. ABDEL-TAWAB, N. and ROTER, D. The relevance of client-centered communication to family planning settings in developing countries: Lessons from the Egyptian experience. *Social Science and Medicine* 54(9): 1357-1368. 2002.
2. ALDANA, J.M., PIECHULEK, H., and AL-SABIR, A. Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. *Bulletin of the World Health Organization* 79: 512-517. 2001.
3. ANDERSON, L.A. and SHARPE, P.A. Improving patient and provider communication: A synthesis and review of communication interventions. *Patient Education and Counseling* 17: 99-134. 1991.
4. ASHFORD, L. Communicating research to policymakers: The road to inaction is paved with research reports. Proceedings of the Moving Beyond Research to Influence Policy Workshop, University of Southampton, UK, 23-24 Jan. 2001. Reproductive health research: Opportunities and choices. (Available: <<http://www.socstats.soton.ac.uk/choices/workshop/ashford.html>>, Accessed Apr. 21, 2003)
5. ASKEW, I., MATTHEWS, Z., and PARTRIDGE, R. Going beyond research: A key issues paper raising discussion points related to dissemination, utilization and impact of reproductive and sexual health research. Population Council, *Frontiers, Safe Passages*, 2002. 25p. (Available: <[http://healthrc.org/uploaded/files/13421%20Going%20Beyond\\_final.pdf](http://healthrc.org/uploaded/files/13421%20Going%20Beyond_final.pdf)>, Accessed Dec. 15, 2003)
6. AVSC INTERNATIONAL. From family planning to reproductive health: Emerging issues in informed choice. New York, AVSC International, 1998. (Insights into Reproductive Health) 1 p.
7. AVSC INTERNATIONAL. COPE: Self-assessment guides for reproductive health services. New York, AVSC International, 1999. 79 p.
8. BABAMURADOVA, B., BLACK, S., LANDRY, E., and MARGOLIS, A. Evaluation of AVSC-supported programs in Kazakhstan, Kyrgyzstan, Turkmenistan, and Uzbekistan. New York, EngenderHealth, 1995. 105 p. (unpublished)
9. BANDURA, A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist* 28: 117-148. 1989.
- \*10. BANDURA, A. Self efficacy: The exercise of control. New York, W.H. Freeman & Co., 1997. 500 p.
11. BARNETT, B. and SCHUELLER, J. Meeting the needs of young clients: A guide to providing reproductive health services to adolescents. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, 2000. 99 p. (Available: <[www.fhi.org](http://www.fhi.org)>)
12. BECKER, J. and LEITMAN, E. Introducing sexuality within family planning: The experience of the HIV/STD prevention projects from Latin America and the Caribbean. New York, Population Council, 1998. (Quality/Calidad/Qualite No. 8) 28 p. (Available: <[http://www.popcouncil.org/publications/qcqcq08\\_1.html](http://www.popcouncil.org/publications/qcqcq08_1.html)>, Accessed Dec. 15, 2003)
- \*13. BEN-SALEM, B. and BEATTIE, K.J. Facilitative supervision: A vital link in quality reproductive health service delivery. New York, AVSC International, Aug. 1996. (AVSC Working Paper No. 10) (Available: <[http://www.engenderhealth.org/pubs/workpap/wp10/wp\\_10.html](http://www.engenderhealth.org/pubs/workpap/wp10/wp_10.html)>, Accessed Jan. 25, 2003)
14. BESSINGER, R.E. and BERTRAND, J.T. Monitoring quality of care in family planning programs: A comparison of observations and client exit interviews. *International Family Planning Perspectives* 27(2): 63-70. Jun. 2001. (Available: <<http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2706301.pdf>>, Accessed Jan. 8, 2004)
15. BOSE, S., OLIVERAS, E., and EDSON, W.N. How can self-assessment improve the quality of healthcare? Baltimore, Quality Assurance Project and JHPIEGO Corporation, 2001. (Operations Research Issue Paper No. 2) 22 p.
16. BOULOS, L.-M., MCQUIDE, P., JOHNSON, L., and NICHOLS, D. Evaluation of the in-service reproductive health training project: North, Central, Plateau, and Arribonite [Haiti] Departments. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, 2001. 27 p.
17. BRADDOCK, C.H., EDWARDS, K.A., HASENBERG, N.M., LAIDLAY, T.L., and LEVINSON, W. Informed decision making in outpatient practice: Time to get back to basics. *Journal of the American Medical Association* 282(24): 2313-2320. Dec. 1999.
18. BRADLEY, J., BRUCE, J., DIAZ, S., HUEZO, C., and MWORIA, K. Using COPE to improve quality of care: The experience of the family planning association of Kenya. New York, Population Council, 1999. (Quality/Calidad/Qualite No. 9) 19 p. (Available: <<http://www.popcouncil.org/publications/qcqcq09.pdf>>, Accessed Mar. 21, 2001)
19. BRADLEY, J., LYNAM, P.F., DWYER, J.C., and WAMBWA, G.E. Whole-site training: A new approach to the organization of training. New York, AVSC International, Aug. 1998. (AVSC Working Paper No. 11) 19 p. (Available: <[http://www.engenderhealth.org/pubs/workpap/wp11/wp\\_11.html](http://www.engenderhealth.org/pubs/workpap/wp11/wp_11.html)>, Accessed Apr. 17, 2003)
20. BRADLEY, J., MAYFIELD, M., MEHTA, M., and RUKONGE, A. Participatory evaluation of reproductive health care quality in developing countries. *Social Science and Medicine* 55: 269-282. 2002.
21. BRECHIN, S.J., HUDSPETH, L., LADIPO, M., and SULLIVAN, R. Implementing a new training approach: Pilot test of ModCal in Zimbabwe. Baltimore, JHPIEGO, 1997. (JHPIEGO Technical Report FCA-28) 9 p.
22. BRUCE, J. Users' perspectives on contraceptive technology and delivery systems: Highlighting some feminist issues. *Technology in Society* 9: 359-383. 1987.
23. CAIOLA, N., GARRISON, K., SULLIVAN, R., and LYNAM, P. Supervising health services: Improving the performance of people. Baltimore, JHPIEGO, CD-ROM. May 2002.
- \*24. CAIOLA, N. and SULLIVAN, R.L. Performance improvement: Developing a strategy for reproductive health services. Baltimore, JHPIEGO, 2000. (JHPIEGO Strategy Paper) 3 p. (Available: <<http://www.reproline.jhu.edu/english/gread/6pi/pistrat/pistrat1.htm>>, Accessed Jan. 8, 2003)
25. CANTO DE CETINA, T.E., CANTO, P., and ORDONEZ, L.M. Effect of counseling to improve compliance in Mexican women in receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception* 63(3): 143-146. 2001.
26. CENTER FOR RESEARCH ON ENVIRONMENT HEALTH AND POPULATION ACTIVITIES (CREHPA). Assessment of the quality of family planning counseling services and counselor perceptions on counseling and training in Nepal: A final report. Kathmandu, Nepal, EngenderHealth, Nov. 1997. 45 p. (unpublished)
- \*27. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Framework for program evaluation in public health. Atlanta, CDC, 1998. (Morbidity and Mortality Weekly Report No. RR-11) 40 p. (Available: <<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR4811.pdf>>, Accessed Feb. 3, 2003)
28. CHARLES, C., GAFNI, A., and WHELAN, T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine* 44(5): 681-692. Mar. 1997.
29. COE, A.-B. Health, rights and realities: An analysis of the ReproSalud project in Peru. Takoma Park, Maryland, Center for Health and Gender Equity, Apr. 2001. 46 p. (Available: <<http://www.genderhealth.org/pubs/peru.pdf>>, Accessed Feb. 5, 2003)
30. COGGINS, C. and HEIMBURGER, A. Sexual risk, sexually transmitted infections, and contraceptive options: Empowering women in Mexico with information and choice. In: Haberland, N. and Measham, D., eds. Responding to Cairo: Case

## Herramientas para mejorar la interacción entre el cliente y el proveedor, ahora en CD-ROM

El Centro para Programas de Comunicación de Johns Hopkins University ha producido un CD-ROM titulado *Client-Provider Communication: Successful Approaches and Tools* (Comunicación entre el cliente y el proveedor: Enfoques y herramientas para el éxito), que pone de relieve las mejores prácticas basadas en la evidencia y las últimas innovaciones para mejorar la interacción entre el cliente y el proveedor. Las áreas que cubre son cuatro: desempeño del proveedor de salud, conductas del cliente y normas de la comunidad, administración de la prestación de servicios e investigación y evaluación. Las descripciones programáticas y los hallazgos evaluativos demuestran cómo se puede implementar los enfoques. El CD-ROM incluye varios ejemplos de herramientas, incluyendo guías para consejería, materiales educativos para el cliente y formularios de supervisión y evaluación, junto con asesoramiento sobre cómo adaptarlas a diferentes entornos. Si desea copias de este CD-ROM envíe un correo electrónico a [orders@jhuccp.org](mailto:orders@jhuccp.org). llene el formulario de pedido en <http://www.jhuccp.org/cgi-bin/orders/orderform.cgi>, o escriba a: Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21201, U.S.A.

Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning. New York, Population Council, 2002. p. 274-291.

31. COMBARY, P., NEWMAN, C., and ROYER, A.C. Follow-up and evaluation of a distance learning program for family planning service providers in Morocco. Chapel Hill, North Carolina, INTRAH, 2001. (PRIME Tech. Rep. No. 24a) 85 p.
32. COSTELLO, M., LACUESTA, M., RAMARAO, S., and JAIN, A. A client-centered approach to family planning: The Davao project. *Studies in Family Planning* 32(4): 302-314. 2001.
33. COTTEN, N., STANBACK, J., MAIDOUKA, H., TAYLOR-THOMAS, J.T., and TURK, T. Early discontinuation of contraceptive use in Niger and the Gambia. *International Family Planning Perspectives* 18(4): 145-149. Dec. 1992.
34. CRONE, C. Evaluation: Autopsy or checkup? *Evaluation Reports*. Oct. 1977.
35. DANIELS, T. A review of micro-counseling research 1997-present. In: Ivey, A.E. and Ivey, M.B. *Intentional Interviewing and Counseling: Facilitating Client Development in a Multicultural Society*. Fourth ed. Brooks/Cole Publishing Company, 1999. p. 19-20.
36. DE NEGRÍ, B., BROWN, L.D., HERNANDEZ, O., ROSENBAUM, J., and ROTER, D. Improving interpersonal communication between health care providers and clients. Bethesda, Maryland, Quality Assurance Project, 1997. (Quality Assurance Methodology Refinement Series No. 60) 220 p.
37. DOHLIE, M.B., MIELKE, E., MUMBA, F., WAMBWA, G.E., RUKONGE, A., and MONGO, W. Using practical quality improvement approaches and tools in reproductive health services in East Africa. *Joint Commission on Quality Improvement* 25(11): 574-587. 1999.
38. DOHLIE, M.-B., MIELKE, E., WAMBWA, G., and RUKONGE, A. Empowering frontline staff to improve the quality of family planning services: A case study in Tanzania. In: Haberland, N. and Measham, D., eds.: *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York, Population Council, 2002. p. 114-130.
39. EL GEBALY, H., HESS, R., BRANCICH, C., and WASZAK, C. Egypt's Gold Star program: Improving care and raising expectations. In: Kols, A. and Sherman, J.E. *Family Planning Programs: Improving Quality*. Population Reports, Series J, No. 47. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Nov. 1998. p. 20-21.
40. ENGENDERHEALTH. *Facilitative supervision handbook*. New York, EngenderHealth, 2001. 165 p.
- \*41. ENGENDERHEALTH. *Choices in family planning: Informed and voluntary decision making*. New York, EngenderHealth, 2003. 62 p.
- \*42. ENGENDERHEALTH. *Comprehensive reproductive health counseling: An integrated curriculum*. New York, EngenderHealth, 2003. 315 p.
43. FLEISSIG, A., GLASSER, B., and LLOYD, M. Encouraging outpatients to make the most of their first hospital appointment: To what extent can a written prompt help patients get the information they want? *Patient Education and Counseling* 38: 69-79. 1999.
44. FONN, S. and SAN TINT, S. Transforming reproductive health services in South Africa: Women's health advocates and government in partnership. In: Haberland, N. and Measham, D., eds. *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York, Population Council, 2002. p. 74-96.
45. GARCIA-MORENO, C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *The Lancet* 359(9316): 1509-1514. Apr. 2002.
46. GUEDES, A.C., STEVENS, L., HELZNER, J.F., and MEDINA, S. Addressing gender violence in a reproductive and sexual health program in Venezuela. In: Haberland, N. and Measham, D., eds. *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practices in Reproductive Health and Family Planning*. New York, Population Council, 2002. p. 257-273.
47. HACKNEY, H.L. The evolution of empathy. *The Personnel and Guidance Journal* 57: 35-38. 1978.
- \*48. HALL, J.A. and DORNAN, M.C. What patients like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. *Social Science & Medicine* 27(9): 935-939. 1988.
49. HEEREY, M., KIM, Y.M., KOLS, A., and BASUKI, E. STARH formative research report: Identifying enabling factors for quality client-provider communication. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, 2002. 19 p.
50. HEEREY, M., MERRITT, A.P., and KOLS, A.J. Improving the quality of care: Quality improvement projects from the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs. Baltimore, Feb. 2003. (Center Publication No. 101) 21 p.
51. HEISE, L., ELLSBERG, M., and GOTTEMOELLER, M. Ending violence against women. *Population Reports, Series L, No. 11*. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Sep. 1999. 43 p.
- \*52. HODGINS, S.R. Contraceptive discontinuation and the client's experience of method use and services. Chapel Hill, North Carolina, INTRAH, Oct. 1999. (PRIME Technical Report 17) 80 p. (Available: <www.prime2.org/prime2/pdf/TR17.pdf>, Accessed Feb. 16, 2003)
53. HODGINS, S.R. *Contraceptive discontinuation in Togo and women's experience with method use and services*. Dissertation, Department of Health Behavior and Health Education, University of North Carolina at Chapel Hill School of Public Health, Chapel Hill, North Carolina, 2000. 233 p.
54. HUEZO, C. and MALHOTRA, U. Choice and use-continuation of methods of contraception: A multicentre study. London, International Planned Parenthood Federation, 1993. 176 p.
55. HUNTINGTON, D., LETTENMAIER, C., and OBENG-QUAIDOO, I. User's perspective of counseling training in Ghana: The "mystery client" trial. *Studies in Family Planning* 21(3): 171-177. May/June 1990.
56. HUNTINGTON, D. and SCHULER, S. The simulated client method: Evaluating client-provider interactions in family planning clinics. *Studies in Family Planning* 24(3): 187-193. 1993.
57. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (THE MEXICAN SOCIAL SECURITY INSTITUTE) and ENGENDERHEALTH. *Informed consent for sterilization*. Geneva, World Health Organization, 2000. (part 2) 18 p. (unpublished)
58. INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION. *The rights of the client*. [poster]. London, IPPF, 1992.
- \*59. INTRAHEALTH INTERNATIONAL. *Performance improvement: Stages, steps and tools*. <http://www.intrah.org/sst/index.html> IntraHealth International, 2002.
60. IPPF INTERNATIONAL MEDICAL ADVISORY PANEL (IMAP). *IMAP Statement on gender based violence*. IPPF Medical Bulletin 34(3): 1-2. IPPF, 2000. (Available: <http://www.ippf.org/medical/bulletin/pdf/e0004.pdf>, Accessed Oct. 12, 2003)
- \*61. IVEY, A.E. and IVEY, M.B. *Intentional interviewing and counseling: Facilitating client development in a multicultural society*. 4th ed. Pacific Grove, California, Brooks/Cole Publishing Company, 1999. 416 p.
62. JENKINS, C. Female sex worker HIV prevention projects: Lessons learnt from Papua New Guinea, India and Bangladesh. Geneva, Switzerland, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2002. (UNAIDS Best Practice Collection) 130 p. (Available: <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC-FemSexWork-E.html>, Accessed Oct. 24, 2003)
- \*63. JENNINGS, V., MURPHY, E., STEELE, C., EISEMAN, E., HUBER, S.C., LION-COLEMAN, A., RUDY, S., and WILSON, A. Analyzing the organizational context for positive client-provider interaction: A leadership challenge for reproductive health. Washington, D.C., MAQ Initiative, 2000. (MAQ Papers No.1) 17 p. (Available: <http://www.maqweb.org/maqdoc/index.htm>, Accessed Jan. 8, 2004)
64. JOHNS HOPKINS CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS. *PROQUALI improves health services in Brazil*. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs, Aug. 2000. (Communication Impact! No. 10) 2 p. (Available: <http://www.jhuccp.org/pubs/ci/10/10.pdf>, Accessed Oct. 23, 2003)
65. JOHNS HOPKINS CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS. *Community participation is key to supporting quality in Gold Circle clinics*. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs, Mar. 2001. (Communication Impact! No. 11) 2 p. (Available: <http://www.jhuccp.org/pubs/ci/11/11.pdf>, Accessed Oct. 23, 2003)
66. KAUFMAN, A. Enhanced monitoring of mobile outreach sterilization services: Client perspectives report (Phase II). Kathmandu, Nepal, EngenderHealth, 2001. (unpublished)
67. KIM, Y.M., CHURCH, K., HENDRIATI, A., SARASWATI, I., ROSDIANA, D., SATRIL, H.B., and ATI, A.W. Report on the field test of the WHO Decision-Making Tool (DMT) for Family Planning Clients and Providers in Indonesia. [draft]. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs, May, 2003. 8 p.
68. KIM, Y.M., FIGUEROA, M.E., MARTIN, A., SILVA, R., ACOSTA, S.F., HURTADO, M., RICHARDSON, P., and KOLS, A. Impact of supervision and self-assessment on doctor-patient communication in rural Mexico. *International Journal of Quality in Health Care* 14(5): 359-367. Dec. 2002.
69. KIM, Y.M., HEEREY, M., KOLS, A.J., PUTJUK, F., SOERI-AWIDJAJA, K., BACHTIAR, N., ROSDIANA, D., LEWIS, G., and BASUKI, E. Improving client communication in health care consultations through community interventions in Indonesia. Presented at the 20th International Conference on Quality in Health Care, Dallas, Texas, Nov. 2-Nov. 5, 2003.
70. KIM, Y.M., KOLS, A., BONNIN, C., RICHARDSON, P., and ROTER, D.L. Client communication behaviors with health care providers in Indonesia. *Patient Education and Counseling* 45(1): 59-68. Oct. 2001.
- \*71. KIM, Y.M., KOLS, A., and MUCHEKE, S. Informed choice and decision-making in family planning counseling in Kenya. *International Family Planning Perspectives* 24(1): 4-11. 42. Mar. 1998. (Available: <http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2400498.pdf>, Accessed Jan. 8, 2004)
72. KIM, Y.M., KOLS, A., PUTJUK, F., HEEREY, M., RINEHART, W., ELWYN, G., and EDWARDS, A. Participation by clients and nurse midwives in family planning decision making in Indonesia: Inductive analysis based on qualitative and quantitative methods. *Patient Education and Counseling* 50(3): 295-302. 2003.
73. KIM, Y.M., KOLS, A., THUO, M., MUCHEKE, S., and ODALLO, D. Client-provider communication in family planning: Assessing audiotaped consultations from Kenya. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health Center for Communication Programs, Jan. 1998. (Working Paper No. 5) 63 p. (Available: <http://www.jhuccp.org/pubs/working\_papers/wp5/>, Accessed Feb. 15, 2003)
- \*74. KIM, Y.M., MARANGWANDA, C., and KOLS, A. Quality of counseling of young clients in Zimbabwe. *East African Medical Journal* 74(8): 514-518. Aug. 1997.
75. KIM, Y.M. and MARTIN, T. Report on field testing of the WHO Decision-Making Tool (DMT) for Family Planning Clients and Providers in Mexico. [draft]. Presented at the Conference on Decision Making for Health Care, Swansea, U.K., Sept. 2003. 11 p.
76. KIM, Y.M., ODALLO, D., THUO, M., and KOLS, A. Client participation and provider communication in family planning counseling: transcript analysis in Kenya. *Health Communication* 11(1): 1-19. 1999.
- \*77. KIM, Y.M., PUTJUK, F., BASUKI, E., and KOLS, A. Self-assessment and peer review: Improving Indonesian service providers' communication with clients. *International Family Planning Perspectives* 26(1): 4-12. Mar. 2000. (Available: <http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2600400.pdf>, Accessed Jan. 8, 2004)
- \*78. KIM, Y.M., PUTJUK, F., BASUKI, E., and KOLS, A. Increasing patient participation in reproductive health consultations: An evaluation of "Smart Patient" coaching in Indonesia. *Patient Education and Counseling* 50(2): 111-126. 2003.
79. KIM, Y.M., PUTJUK, F., BASUKI, E., and LEWIS, G. "Smart Patient" coaching in Indonesia: A strategy to improve client and provider communication. Presented at the SARC 2001 Meeting, Bali, Indonesia, Feb. 2001. Johns Hopkins School of Public Health Center for Communication Programs. 28 p.
- \*80. KIM, Y.M., TAVROW, P., MALIANGA, L., SIMBA, S., PHIRI, A., and GUMBO, P. The quality of supervisor-provider interactions in Zimbabwe. Bethesda, Maryland, Quality Assurance Project, 2000. (Operations Research Results No. 1) 22 p.
81. KINCADE, E.A. The social cognitive model of counselor training: A practitioner and supervisor response. *The Counseling Psychologist* 26(22): 307-316. March 1998.
82. KITZMAN, H., OLDS, D.L., SIDORA, K., HENDERSON, C.R., HANKS, C., COLE, R., LUCKEY, D.W., BONDY, J., COLE, K., and GLAZNER, J. Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: A 3-year follow-up of a randomized trial. *The Journal of the American Medical Association* 283(15): 1983-1989. 2000.
83. KNEBEL, E., LUNDAHL, S., RAJ, A.E., ABDALLAH, H., ASHTON, J., and WILSON, N. The use of manual job aids by health care providers: What do we know? Bethesda, Maryland, Quality Assurance Project, 2000. (Operations Research Issue Paper) 24 p.
84. KOGI-MAKAU, W., TIBAIJUKA, G.M., MTAWALI, G., and MAPUNDA, R. The Tanzania FP training program. Chapel Hill, North Carolina, INTRAH, PRIME II Project, 2001. (PRIME Technical Report #25) 47 p.
85. KUMAR, J. and MURPHY, E.M. The basics of client-provider interaction: What research tells us. Presented at the White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, New Delhi, Oct. 3-Oct. 6, 2002.
86. LACOSTE, M. [Tracking nurses and midwives in Malawi using an electronic database] Personal communication, July 2, 2002.
- \*87. LANDE, R.E. Performance improvement. *Population Reports, Series J, No. 52*. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Spring 2002. 27 p.
88. LANDRY, R., AMARA, N., and LAAMARY, M. Utilization of social science research knowledge in Canada. *Research Policy* 30: 333-349. 2001.
- \*89. LARSON, L.M. The social cognitive model of counselor training. *The Counseling Psychologist* 26: 219-273. 1998.
90. LAZCANO PONCE, E.C., SLOAN, N.L., WINIKOFF, B., LANGER, A., COGGINS, C., HEIMBURGER, A., CONDEGLEZ, C.J., and SALMERON, J. The power of information and contraceptive choice in a family planning setting in Mexico. *Sexually Transmitted Infections* 76(4): 277-281. Aug. 2000. (Available: <www.sextransinf.com>)
91. LEI, Z.W., WU, S.C., GARCEAU, R.J., S JIANG, S., YANG, Q.Z., WANG, W.L., and VANDER MEULEN, T.C. Effect of pretreatment counseling on discontinuation rates in Chinese women given depo-medroxyprogesterone acetate for contraception. *Contraception* 53(6): 357-361. Jun. 1996.
92. LEÓN, F., QUIROZ, G., and BRAZZODURO, A. The reliability of simulated clients' quality of care ratings. *Studies in Family Planning* 25(3): 184-190. May/June 1994.
93. LEÓN, F., RÍOS, A., ZUMARÁN, A., DE LA CRUZ, M., BRAMBILA, C., and BRATT, J.H. Enhancing quality for clients: The balanced counseling strategy. Washington, D.C., Population Council, 2003. (FRONTIERS Program Brief No. 3) 11 p.
94. LEÓN, F.R. Hypothesis concerning provider compliance. Posted to A Forum About Performance Improvement of Healthcare Workers e-mail listserv Dec. 31, 2002. (Available: <http://community.jhpiego.jhu.edu/scripts/wa.exe?A2=ind0212&L=pi-&F=P&S=&P=3135>, Accessed Feb. 23, 2003)
95. LEÓN, F.R., BRAMBILA, C., and DE LA CRUZ, M. Upgrading the job-aids assisted balanced counseling strategy for use by non-professional providers: Guatemala results and lessons learned. Washington, D.C., Population Council, *Frontiers in Reproductive Health*, 2002. (Peru PCI-QoC Project Bulletin No. 20) 5 p.
96. LEÓN, F.R., MONGE, R., ZUMARÁN, A., GARCÍA, I., and RÍOS, A. Length of counseling sessions and the amount of relevant information exchanged: A study in Peruvian clinics. *International Family Planning Perspectives* 27(1): 28-33. 46. Mar. 2001. (Available: <http://www.agi-usa.org/pubs/

journals/2702801.html>, Accessed Sep. 5, 2003)

\*97. LONG, P.J. and KIPLINGER, N.E. Making it happen: Using distance learning to improve reproductive health provider performance. Chapel Hill, North Carolina, INTRAH, 1999. 54 p. (Available: <[http://www.intrah.org/multimedia/DL\\_high\\_res.pdf](http://www.intrah.org/multimedia/DL_high_res.pdf)>, Accessed Sep. 5, 2003)

98. LUOMA, M., JASKIEWICZ, W., MCCAFFERY, J., and CATOTTI, D.N. Dominican Republic performance improvement project evaluation. Chapel Hill, North Carolina, INTRAH, Jan. 2000. (Technical Report No. 19) 124 p. (Available: <<http://www.intrah.org/Techreports/TR19.pdf>>, Accessed Mar. 30, 2001)

99. LYNAM, P., SMITH, T., and DWYER, J.C. Client flow analysis: A practical management technique for outpatient clinic settings. *International Journal for Quality in Health Care* 6(2): 179-186. 1994.

100. MADDEN, J.M., QUICK, J.D., ROSS-DEGNAN, D., and KAFLE, K.K. Undercover careseekers: Simulated clients in the study of health provider behavior in developing countries. *Social Science & Medicine* 45(10): 1465-1482. 1997.

101. MARQUEZ, L. and KEAN, L. Making supervision supportive and sustainable: New approaches to old problems. Washington D.C., MAQ Initiative, 2002. (MAQ Paper No. 4) 28 p. (Available: <<http://www.maqweb.org/maqdoc/MAQno4final.pdf>>, Accessed Mar. 3, 2003)

\*102. MCCAFFERY, J., LUOMA, M., NEWMAN, C., RUDY, S., FORT, A., and ROSENWEIG, F. Performance improvement: Stages, steps and tools. Chapel Hill, North Carolina, INTRAH, 2000. 95 p.

103. MEASURE EVALUATION. Review of the results of the multi-country field test of quality of care indicators in clinic-based family planning programs. Minutes from meeting held April 23, 1999 in Arlington, Virginia. Chapel Hill, North Carolina, MEASURE Evaluation, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, Jul. 1999. 36 p. (Available: <<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/workshops/qoc799.html>>, Accessed Mar. 21, 2001)

\*104. MEASURE EVALUATION PROJECT. Quick Investigation for Quality (QIQ) A user's guide for monitoring quality of care. Chapel Hill, North Carolina, MEASURE Evaluation, 2001. (MEASURE Evaluation Manual Series) 205 p. (Available: <[http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/manuals/qiq\\_user.pdf](http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/manuals/qiq_user.pdf)>, Accessed Feb. 20, 2003)

105. MILLER, R., ASKEW, I., HORN, M.C., and MILLER, K. Clinic-based family planning and reproductive health programs in sub-Saharan Africa. In: Miller, K., Miller, R., Askew, I., Horn, M.C., and Ndlovu, L., eds. *Clinic-based family planning and reproductive health services in Africa: Findings from situation analysis studies*. New York, Population Council, Nov. 1998. p. 245-255. (Available: <<http://www.popcouncil.org/pdfs/Cbfp.pdf>>, Accessed Feb. 20, 2003)

106. MILLER, R., FISHER, A., MILLER, K., NDHLOVU, L., MAGGWA, B., ASKEW, I., SANOGO, D., and TAPSOBA, P. The situation analysis approach to assessing family planning and reproductive health services: A handbook. New York, Population Council, 1997. 195 p.

\*107. MURPHY, E. and STEELE, C. Client-provider interactions in family planning services: Guidance from research and program experience. Washington, D. C., MAQ Initiative, 2000. (MAQ Papers No. 2) 11 p. (Available: <<http://www.maqweb.org/maqdoc/vol2.pdf>>, Accessed Jan. 8, 2004)

108. NATIONAL COUNCIL FOR POPULATION AND DEVELOPMENT (NCPD). Kenya training of CBD trainers manual. Nairobi, Kenya, NCPD, 1992. 152 p.

109. NELSON, D. Results review: Self-directed learning and improving client-provider interaction and counseling. Chapel Hill, North Carolina, INTRAH, Oct. 2002. (PRIME Pages No. RR-20) 2 p. (Available: <[http://www.prime2.org/prime2/pdf/RR\\_2002\\_Ghana\\_RTL\\_72.pdf](http://www.prime2.org/prime2/pdf/RR_2002_Ghana_RTL_72.pdf)> Accessed Sept. 5, 2003)

110. NEWMAN, C. Following up performance: Lessons from the field. *Performance Improvement* 41(11): 11-18. Jan. 2002.

111. NEWMAN, C., ABEGAGOKAR, M., ABBEY, M., MUHAVENIMANA, A., and COMBARY, P. Evaluation of the GRMA/PRIME self-directed learning, client provider interaction and adolescent reproductive health initiative. Chapel Hill, NC, INTRAH, PRIME II Project, 2001. (PRIME Technical Report No. 26) 101 p. (Available: <<http://www.prime2.org/prime2/pdf/TR26.pdf>>, Accessed Sept. 5, 2003)

112. OFFICE FOR PUBLIC MANAGEMENT (OPM). The effectiveness of different mechanisms for spreading best practice. (Available: <<http://www.servicefirst.gov.uk/2000/guidance/bpresearch.htm>>, Accessed Mar. 3, 2003)

113. OH, C.H. and RICH, R.F. Explaining use of information in public policymaking. *Knowledge and Policy: The International Journal of Knowledge Transfer and Utilization* 9(1): 3-35. 1996.

114. OZEK, B., Z., SAAT, A., TUGAY, T., and KINZIE, B. On-the-job training through follow-up visits to improve the quality of family planning services. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 3: 201-206. 1998.

115. PAINE, K., THOROGOOD, M., and WELLINGS, K. The impact of the quality of family planning services on safe and effective contraceptive use: A systematic literature review. *Human Fertility* 3: 186-193. 2002.

116. PALMER, L. Private sector providers: Do they behave the way they say they do? Bath, U.K., Futures Group, 2003. (Futures Group Briefing) 4 p. (Available: <<http://www.futuresgroup.com/Documents/PvtSecProvidersBrief.pdf>> Accessed Sep. 5, 2003)

117. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Health workers: Are we part of the problem? Washington, D.C., PAHO: Program on Women, Health and Development,

Feb. 1999. (Fact Sheet No. 7)

118. PARIANI, S., HEER, D.M., and VAN ARSDOL, M.D. Does choice make a difference to contraceptive use? Evidence from East Java. *Studies in Family Planning* 22(6): 384-390. Nov./Dec. 1991.

\*119. PATTON, M.Q. Utilization-focused evaluation: The new century text. 3rd. ed. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 1997. 448 p.

120. PEABODY, J., LUCK, J., GLASSMANN, P., DRESSELHAUS, T., and LEE, M. Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction: A prospective validation study of 3 methods of measuring quality. *The Journal of the American Medical Association* 283(13): 1715-1722. April 2000. (Available: <<http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/283/13/1715.pdf>>, Accessed Mar. 30, 2002)

121. PIOTROW, P.T., KINCAID, D.L., RIMON II, J.G., and RINEHART, W. Health communication: Lessons from family planning and reproductive health. Westport, Connecticut, Praeger, 1997. 307 p.

\*122. PRIME II and JHPIEGO. Transfer of learning: A guide for strengthening the performance of health care workers. Chapel Hill, North Carolina, PRIME II and JHPIEGO, Mar. 2002. 36 p. (Available: <<http://www.reproline.jhu.edu/english/6read/6pi/tol/pdf/tol.pdf>>, Accessed Oct. 30, 2003)

123. PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH (PATH). Counseling on the side-effects of contraceptives: A prototype module. Washington, D.C., PATH, 2001. 23 p.

\*124. RINEHART, W., RUDY, S., and DRENNAN, M. GATHER guide to counseling. *Population Reports, Series J*, No. 48, Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Dec. 1998. 31 p.

125. RINGHEIM, K. When the client is a male: Client-provider interaction from a gender perspective. *International Family Planning Perspectives* 28(3): 170-175. 2003. (Available: <<http://agi-usa.org/pubs/journals/2817002.pdf>>, Accessed Oct. 30, 2003)

126. RINGHEIM, K., GRYBOSKI, K., MURPHY, E.M., and BRUCE, L. Confidentiality and privacy: A training packet for reproductive health providers. Washington, D.C., PATH, 2003.

\*127. ROBINSON, S.E. and KINNIER, R.T. Self-instructional versus traditional training for teaching basic counseling skills. *Counselor Education and Supervision* 28: 140-145. 1998.

128. ROBSON, C. Small-scale evaluation: Principles and practice. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 2000. 168 p.

\*129. ROSSI, P.H., FREEMAN, H.E., and LIPSEY, M.W. Evaluation: A systematic approach. 6th ed. Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 1999. 560 p.

\*130. ROTER, D.L. and HALL, J.A. Doctors talking with patients: Improving communication in medical visits. Westport, Connecticut, Auburn House, 1993. 203 p.

131. RUDY, S. [Kenya training of trainers conference] Personal communication, Sep. 15, 1990.

132. RUDY, S., HIZA, M., KASOGA, R., NGIRWAMUNGU, E., MPANDA, S., and SIMBAURANGA, G. IEC-In-Action training module. Baltimore, JHU/CCP with the Family Planning Unit, Tanzania Ministry of Health, 1999. 42 p.

133. RUDY, S. and RENUAUD, D. Making sense of client satisfaction: Critical issues. Baltimore, Johns Hopkins University/Population Communication Services and the Quality Assurance Project, 1997. 14 p.

\*134. RUTENBERG, N. and WATKINS, S.C. The buzz outside the clinics: Conversations and contraception in Nyanza province, Kenya. *Studies in Family Planning* 28(4): 290-307. Dec. 1997.

135. SAY, R.E. and THOMSON, R. The importance of patient preferences in treatment decision: Challenges for doctors. *British Medical Journal* 327: 542-545. Sep. 2003. (Available: <<http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/327/7414/542>>, Accessed Jan. 9, 2004)

136. SCHAEFER, L., WYSS, S., and OZEK, B., Z. Strengthening preservice education: A systematic approach and lessons learned. Presented at the Best Practices: Lessons Learned and Future Directions Conference, Washington, D.C., May 2002. (Available: <<http://www.reproline.jhu.edu/english/6read/6issues/6jtn/v6/tn0302trng.htm>>, Accessed Oct. 30, 2003)

137. SETTY-VENUGOPAL, V., JACOBY, R., and HART, C. Family planning logistics: Strengthening the supply chain. *Population Reports, Series J*, No. 51. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Winter, 2002. 23 p.

\*138. SHELTON, J., DAVIS, S., and MATHIS, J. Checklist for family planning service delivery, with selected linkages to reproductive health. Baltimore, Maryland, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs, Population Information Program (PIP), 2000. (MAQ) 19 p.

139. SHEPARD, B. "Let's be citizens, not patients!": Women's groups in Peru assert their right to high-quality reproductive health care. In: Haberlander, N. and Measham, D., eds. *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York, Population Council, 2002. p. 339-354.

140. SIMMONS, R. and ELIAS, C. The study of client-provider interactions: A review of methodological issues. *Studies in Family Planning* 25(1): 1-17. Jan-Feb, 1994.

141. SLOAN, N.L., WINIKOFF, B., HABERLAND, N., COGGINS, C., and ELIAS, C. Screening and syndromic approaches to identify gonorrhea and chlamydial infection among women. *Studies in Family Planning* (1): 55-68. 2000.

142. SMITH, R.C. and HOPPE, R.B. The patient's story: Integrating the patient and physician-centered approaches to interviewing. *Annals of Internal Medicine* 115(6): 470-477. Sep. 15, 1991.

143. SOCHA MCGEE, D. and CEGALA, D.J. Patient communication skills training for improved communication competence in the primary care medical consultation. *Journal of Applied Communication Research* 26(1): 412-430. 1998.

144. SPIELER, J., KARRA, M., and VOGELSONG, K. Condom promotion and dual protection. USAID/PHN/POP/R, 2003. (unpublished)

145. STANBACK, J., BRECHIN, S., LYNAM, P., TOROITICH-RUTO, C., SMITH, T., and KENYA GUIDELINES UPDATE EVALUATION STUDY GROUP. The effectiveness of national dissemination of updated reproductive health/family planning guidelines in Kenya. Final Report. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, 2001. 19 p.

\*146. STANBACK, J., QUERESHI, Z., NUTLEY, T., and SEKADDE-KIGONDU, C. Using checklists to rule out pregnancy: Eliminating a barrier to contraceptive use. [Reference Guide]. Research Triangle Park, NC, Family Health International, 45 p. (Available: <<http://www.fhi.org/en/fp/checklists/chklisttpe/index.html>>, Accessed Oct. 17, 2003)

\*147. STASH, S. Explanations of unmet need for contraception in Chitwan, Nepal. *Studies in Family Planning* 30(4): 267-287. Dec. 1999.

148. STEELE, C., MURPHY, E.M., and MAQ/CPI COMMITTEE. MAQ/CPI committee report to USAID. Washington, D.C., MAQ Initiative, 1996. 4 p.

149. STEPHENSON, R. and HENNINK, M. Moving beyond research to influence policy: Barriers and strategies for developing countries. University of Southampton, UK, 2002. (Opportunities and Choices Working Paper No. 2002/05) 20 p. (Available: <[http://dfid.bta.com/jsiuk2/uploadedfiles/moving\\_beyond\\_research.pdf](http://dfid.bta.com/jsiuk2/uploadedfiles/moving_beyond_research.pdf)>, Accessed Dec. 15, 2003)

150. STEWART, M. Towards a global definition of patient centered care. *British Medical Journal* (322): 444-445. 2001. (Available: <<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/322/7284/444>>, Accessed Jan. 9, 2004)

\*151. STINSON, W., BAKAMIJAN, L., HUBER, S.H., and SILIMPERI, D. Managing programs to maximize access and quality: lessons learned from the field. Washington, D.C., MAQ Initiative, 2000. (MAQ Papers No.3) 15 p. (Available: <<http://www.maqweb.org/maqdoc/vol3.pdf>>, Accessed Jan. 8, 2004)

152. STOREY, D. Successful dissemination and promotion of MAQ guidelines (Maximizing Access and Quality) through the radio communication project in Nepal. Presented at the MAQ Guidelines to Action Conference, Washington, D.C., May 12-May 13, 1998. 16 p.

153. STOREY, D., BOULAY, M., KARKI, Y., HECKERT, K., and KARMACHARYA, D.M. Impact of the integrated radio communication project in Nepal, 1994-1997. *Journal of Health Communication* 4: 271-294. 1999.

\*154. SULLIVAN, T. and BERTRAND, J., eds. Monitoring quality of care in family planning: Country reports from the Quick Investigation of Quality (QIQ). MEASURE Evaluation Technical Report, No. 5, Chapel Hill, North Carolina, MEASURE Evaluation, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, Jul. 2000. 159 p.

155. TABBUTT-HENRY, J. and GRAFF, K. Client-provider communication in postabortion care. *International Family Planning Perspectives* 29(3): 126-129. Sep. 2003. (Available: <<http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2912603.pdf>>, Accessed Feb. 25, 2003)

156. THONY, J.L. Projet de formation continué et de suivi des activités de planification familiale dans le département de la Grand-Anse [Transfer of family planning training and follow-up of family planning activities in the province of the Grand-Anse]. CARE, 2002. (Annual Report Oct 2000- Sept 2001) 26 p.

157. UNITED NATIONS (UN). Programme of action of the International Conference on Population and Development. UN, 1995. 115 p.

158. UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID). Family planning/HIV integration. Technical guidance for USAID-supported field programs. Washington, D.C., USAID, 2003. 19 p.

\*159. UPADHYAY, U.D. Informed choice in family planning: Helping people decide. *Population Reports, Series J*, No. 50. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Spring 2001. 39 p.

160. WALIA, S. and HEEREY, M. Operationalizing a rights-based approach to quality of care. Presented at the India Implementing Best Practices Meeting, Agra, India, Sept. 23, 2003.

161. WEGS, C., TURNER, K., and RANDALL-DAVID, B. Effective training in reproductive health: Course design and delivery. [Reference Manual]. Chapel Hill, North Carolina, Ipas, 2003. 152 p. (Available: <[http://www.ipas.org/english/publications/training\\_materials/effective\\_training\\_en.pdf](http://www.ipas.org/english/publications/training_materials/effective_training_en.pdf)>)

162. WEISS, C.H. Where politics and evaluation research meet. *Evaluation Practice* 14(1): 94. 1993.

163. WOLFFERS, I. Appropriate health services for sex workers. Research for sex work [Newsletter], Vol. 2 Amsterdam. Transnational AIDS/STD Prevention among Migrant Prostitutes in Europe Project, 1999. p. 1-3. (Available: <<http://www.med.vu.nl/hcc/artikelen/wolffers2.htm>> Accessed Jan. 23, 2003)

164. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Selected practice recommendations for contraceptive use. Geneva, Switzerland, WHO Department of Reproductive Health and Research, 2002. 94 p. (Available: <[http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr\\_02\\_7](http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_02_7)>, Accessed Jan. 23, 2003)

\*165. YOUNG, M. and STORM, R.K. Silent partners in medical care: A cross-cultural study of patient participation. *Health Communication* 8(1): 29-53. 1996.