

## La calidad centrada en el cliente: perspectivas de los clientes y obstáculos para recibir atención

Liz C. Creel, Justine C. Sass y Nancy V. Yinger

*“La perspectiva de los clientes no es simplemente una cuestión de preferencias individuales, sino que está definida por el contexto social y cultural”.*

*(AbouZahr et al. 1996: 450)*

**P**ara proporcionar atención de alta calidad los proveedores de servicios tienen que entender y respetar las necesidades, actitudes e inquietudes de sus clientes; y hay que tener en cuenta que las percepciones de estos últimos, se ven afectadas a su vez por factores personales, sociales y culturales. Las investigaciones ponen de relieve la necesidad de considerar dichas perspectivas sobre la calidad de la atención, porque esto eleva la satisfacción del cliente y su uso sostenido de los servicios y mejora en último término la salud (Bertrand et al. 1995; Kols y Sherman 1998; Vera 1993).

Las opiniones de los clientes sobre la calidad afectan sus conductas antes y durante la obtención del servicio aún cuando la mayoría de la literatura sobre el tema se refiere únicamente a la opinión del cliente en el momento de recibir la atención. El presente informe, que se concentra en servicios de planificación familiar, contempla ambas perspectivas en el marco de referencia establecido por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, en su Iniciativa para Maximizar el Acceso y la Calidad/Maximizing Access and Quality (MAQ). Esta iniciativa estudia tanto los obstáculos que impiden que los clientes usen los servicios como la opinión que éstos tienen sobre la calidad de la atención en las clínicas (ver Recuadros 1 y 2, página 3).

### **Antes de llegar a la puerta de la clínica: obstáculos en la búsqueda de atención a la salud**

Los factores que afectan la calidad de la atención van más allá del contexto clínico, puesto

La fotografía no aparece  
debido a restricciones de  
derechos de autor.

*Al responder a la opinión de los clientes sobre la calidad, se puede mejorar su satisfacción y lograr que continúen utilizando los servicios de forma sostenida, lo que redundará en favor de la salud.*

que afectan a los clientes antes de que busquen atención. Muchas mujeres, por razón de su sexo, se enfrentan a obstáculos socioculturales, así como de índole física y financiera, que limitan su capacidad para obtener servicios de salud. Por otra parte, si bien los programas de planificación familiar están actualmente prestando más atención a los varones y las parejas como clientes, la mayoría de los programas siguen estando dirigidos principalmente a las mujeres.

### **Barreras socioculturales**

#### *Autonomía de la mujer*

En muchas partes del mundo las mujeres no tienen poder de decisión carecen de movilidad física y de acceso a los recursos materiales

“Hablan de ella como si fuera el mejor método de planificación familiar, aunque hace que nos desaparezca la menstruación. Una mujer no puede ser perfecta si deja de tener cada mes su período.”

(Makundi 2001: 17)

necesarios para obtener servicios de planificación familiar. Asimismo, el uso de métodos anticonceptivos por parte de la mujer con frecuencia depende en gran medida del apoyo u oposición que reciben de su esposo o familia al respecto. Un estudio reciente en el norte de Ghana descubrió que las mujeres que optaban por usar planificación familiar se arriesgaban a ser rechazadas por la sociedad y a tener problemas familiares (Adongo et al. 1997). En algunos lugares las mujeres necesitan el permiso de sus maridos para visitar centros de salud o viajar solas, lo que hace que usen métodos anticonceptivos a escondidas o de forma limitada (ver la sección sobre confidencialidad, en la página 5; Biddlecom y Fapohunda 1998); y hay culturas en las que las mujeres no pueden elegir cuándo tienen relaciones sexuales y quizás sean objeto de violencia si no acceden al deseo sexual de su pareja (Heise et al. 1995).

#### *Normas socioculturales*

Las normas socioculturales y creencias religiosas influyen en las decisiones de salud reproductiva de la gente. En un estudio llevado a cabo en Paquistán los investigadores concluyeron que el 76% de los maridos y el 66% de las esposas temían que Dios fuera a enojarse si practicaban planificación familiar (Population Council 1997). Los métodos anticonceptivos pueden poner en entredicho las creencias bio-culturales; por ejemplo las mujeres en algunas sociedades creen que es saludable menstruar todos los meses y por ello se oponen al uso de métodos inyectables que suelen dar lugar a períodos irregulares, alguna mancha de sangre, o la falta de menstruación (amenorrea); pero los proveedores de salud a menudo ignoran estas cuestiones porque no las consideran de importancia clínica. Una mujer de Tanzania se quejaba de la descripción hecha por el trabajador de salud de las ventajas de la Depo-Provera: “Hablan de ella como si fuera el mejor método de planificación familiar, aunque hace que nos

desaparezca la menstruación. Una mujer no puede ser perfecta si deja de tener cada mes su período” (Makundi 2001: 17).

Cuando los proveedores de atención conocen y entienden las creencias de sus clientes pueden ajustar los servicios o intentar aclarar, de ser necesario, los malentendidos que surjan en cada localidad. El personal de salud también puede salvar brechas si muestra respeto por dichas creencias y las relaciona con modelos de salud médica (Hodgins 2000; Delbanco y Daley 1996).

#### *Mitos y rumores*

Los temores, rumores y mitos sobre la planificación familiar pueden impedir que las mujeres busquen servicios. En una encuesta realizada en Indonesia, las clientes pensaban que sólo sus amigos o familiares les dirían la verdad sobre los efectos secundarios (Adongo et al. 1996). La existencia de rumores o de mitos puede elevar la inquietud sobre los efectos secundarios o sobre la seguridad y eficacia de los diferentes métodos. En Kenya una de las participantes en un estudio afirmó que el uso de anticonceptivos orales: “puede hacer que salga sangre por la nariz y la boca y que los niños nazcan con dos cabezas o sin piel” (Rutenberg and Watkins 1997: 297). Dichas creencias ponen de relieve la importancia de asesorar a la gente sobre las ventajas y desventajas de los diversos métodos de planificación familiar.

#### *Cuestiones de género y discriminación*

La clase social, origen étnico, estado civil, edad y sexo de las personas afectan su experiencia como clientes de servicios de planificación familiar y salud reproductiva. Puede ocurrir que los potenciales clientes tema sufrir faltas de respeto o discriminación. En un estudio llevado a cabo en Jordania las mujeres en áreas urbanas dijeron que las clientas que “tienen mejor presencia” reciben mayor información del personal clínico (Mawajdeh et al. 1995); y en un estudio realizado en Bangladesh y Nepal se descubrió que los pro-

veedores daban menos información y trataban con menor respeto a las clientas más pobres y menos educadas (Schuler y Hossain 1998). Asimismo, en algunas culturas las mujeres quizás no estén dispuestas a ser atendidas por personal masculino, o puede que sus esposos se opongan a que sean examinadas por dicho personal, por lo que la escasez de promotoras de salud femeninas limitaría el acceso de las mujeres a los servicios de salud. Las mujeres de Bolivia que demostraron una timidez excesiva al hablar con sus maridos del uso de anticonceptivos, tenían todavía más abordar el tema con el personal de salud masculino (Velasco et al. 1997).

#### *Acceso*

El acceso a los servicios es un elemento a la vez vital y complejo, en la calidad de la atención, porque puede hacer que los clientes ni siquiera lleguen al proveedor de atención sanitaria. Los estudios indican que la distancia y el costo se encuentran entre los principales factores que limitan la capacidad de acceso de las mujeres a los servicios de salud (Bongaarts y Bruce 1995; Stash 1999; Bulatao 1998), si bien el grado en que dichos obstáculos restringen el acceso está muy correlacionado con la opinión que se tiene sobre la calidad del servicio.

#### *Distancia*

Muchas mujeres no pueden llegar fácilmente a las clínicas, que suelen estar muy apartadas entre sí; e incluso si existe transporte público, puede que la sociedad no considere apropiado que las mujeres viajen solas y la necesidad de recorrer largas distancias puede dificultar para algunas mujeres la obtención de servicios en secreto.

Pero la distancia no tiene por qué impedir el acceso. Algunas mujeres prefieren viajar a instalaciones más distantes, si piensan que éstos ofrecen un mejor servicio o una variedad más amplia de servicios, así como si proporcionan buena asesoría, o atienden en un horario cómodo. En Nigeria el 40% de las mujeres entrevistadas en 141 puntos de servicio no asistían a la clínica que les quedaba más cerca, y el 90% de las que iban a atenderse a clínicas lejanas afirmaron hacerlo porque éstas daban un mejor servicio (Mensch et al. 1994). En palabras de una mujer de Tanzania que participó de un grupo focal sobre el tema: “la distancia no importa

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

#### *Recuadro 1*

### **La perspectiva del cliente: Antes de llegar a la puerta**

#### ***Cuestiones socioculturales***

- Actitudes sociales sobre la planificación familiar
- Autonomía de la mujer
- Rumores y mitos sobre la planificación familiar
- Temor a la discriminación (por género, origen étnico, etc.)

#### ***Impresión que las clientes tienen de los servicios***

- Eficacia
- Costo
- Conocimientos
- Trato respetuoso y amable

#### ***Acceso físico***

- Duración del viaje
- Distancia a la clínica
- Dificultad para llegar a la clínica

#### ***Otras necesidades que atender***

- Obtención de comida y combustible
- Generación de ingreso
- Otras prioridades de salud

FUENTE: Adaptado de USAID/MAQ (1999).

**CREDITOS DE LAS FOTOS:** Lutheran World Relief, Burkina Faso; Shehzad Noorani/White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, India; Curt Carnemark/Banco Mundial, Filipinas; y A. Waak/Organización Panamericana de la Salud, República Dominicana.

#### *Recuadro 2*

### **Satisfacción del cliente con respecto a la calidad y el acceso**

- Disponibilidad de métodos y posibilidad de elección
- Ausencia de barreras médico-burocráticas
- Contexto físico atractivo y que dé seguridad
- Atención continuada
- Variedad de servicios
- Personal competente
- Horarios y tiempos de espera adecuados
- Asequibilidad
- Asesoría eficaz
- Relaciones interpersonales

FUENTE: Adaptado de USAID/MAQ (1999).

“Aunque los [promotores] se comporten mal, debo estar contenta, porque tenemos la suerte de recibir las medicinas gratuitas que nos dan en la clínica... Somos gente pobre, ¿cómo vamos a recibir mejor tratamiento?”

(Schuler y Hossain 1998: 8)

tanto si uno sabe las ventajas que resultan de una caminata tan larga” (Makundi 2001: 20).

#### *Costo*

El costo incluye las tarifas del transporte, de los servicios y de los materiales necesarios y puede representar también una barrera. En la Encuesta de Demografía y Salud de Camboya correspondiente al año 2000, las mujeres indicaron que la falta de dinero era el principal obstáculo para obtener atención sanitaria (National Institute of Statistics y ORC Macro 2000). En un estudio hecho en China una mujer señaló: “Obviamente [cuando estás enferma] debes ver al médico, pero si no tienes dinero, ¿cómo puedes pensar en ver al médico? La cuestión es el dinero. Si tienes dinero vas al médico, aunque la única forma de llegar sea caminando” (Wong et al. 1996: 1152). Incluso los servicios de bajo costo (de salud reproductiva y de otro tipo) implican gastos y hay que tener también en cuenta el costo de oportunidad que representa el tener que dejar de hacer actividades remuneradas en el día o la hora de la consulta (AbouZahr 1996).

La gran cantidad de actividades que puede tener una mujer llega también a menudo a impedir el uso de los servicios, especialmente si los establecimientos de salud están lejos. El cuidado de los niños, la preparación de la comida, la limpieza, la obtención de agua y combustible para el hogar y el trabajo fuera de casa para obtener ingresos hacen que la obtención de servicios de salud pueda parecer un lujo.

#### **Una vez dentro de la clínica: Los clientes y la calidad**

Una investigación reciente señala que la impresión que los clientes tienen de los servicios que reciben es esencial para entender y evaluar la calidad de la atención (Williams et al. 2000). Dicha impresión se ve influida por los valores, las experiencias previas y el concepto del papel de los sistemas de salud que pueden tener los

clientes, así como por la relación de los mismos con sus proveedores de atención; y también afecta la valoración que los clientes hacen de los riesgos y beneficios de recibir atención médica (Kelley y Boucar 2000).

La satisfacción del cliente no implica necesariamente que la calidad sea buena, puede que las expectativas sean bajas. En palabras de una mujer de Bangladesh: “Aunque los [promotores] se comporten mal, debo estar contenta, porque tenemos la suerte de recibir las medicinas gratuitas que nos dan en la clínica...Somos gente pobre, ¿cómo vamos a recibir mejor tratamiento?” (Schuler y Hossain 1998: 8).

Los clientes quizás digan que están satisfechos porque quieren complacer al entrevistador, les preocupa que se les nieguen los servicios en el futuro, o tal vez existan otras razones culturales o de otro tipo por las que tengan miedo a quejarse (Kols y Sherman 1998). Muchos clientes tienen pocas opciones y nunca han conocido otra calidad de atención. Asimismo, las diferencias de clase social y educación existentes entre los proveedores de atención y sus clientes suele limitar la capacidad de estos últimos para evaluar el servicio que reciben.

Las diversas experiencias y contextos sociales hacen que distintos clientes definan la calidad de forma diferente, pero aún dentro de esa variedad se observa que hay puntos en común a la hora de establecer cuáles son los principales elementos de un servicio de calidad.

#### **Método elegido y disponibilidad del mismo**

Los clientes por lo general desean acceder a una variedad de servicios. Al presentárseles una gama de métodos anticonceptivos diversos, los clientes pueden encontrar el que mejor se ajusta a sus necesidades médicas, sus preferencias y su tipo de vida (Ross et al. 2002). En una evaluación de nueve países, el porcentaje de mujeres que dijeron que preferirían utilizar un método diferente, osciló entre 11% (en Mauricio) y 48% (en Costa Rica). Las entrevistadas citaron varias

razones, incluido el costo de los métodos de su elección, la dificultad en obtenerlos, el hecho de que no podían utilizar otros métodos por razones médicas y el que sus familias no aprobaban ciertos métodos (Encuestas de Salud Reproductiva de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades/U.S. Centers for Disease Control and Prevention Reproductive Health Surveys, 1991-1999, citado en Upadhyay 2001). La escasez de existencias puede dar lugar a la insatisfacción y a hacer que algunos clientes dejen de usar todo tipo de planificación familiar.

El prejuicio de los proveedores se manifiesta cuando éstos creen saber mejor que los mismos clientes qué método es el más apropiado para ellos, o cuando tienden a recomendar ciertos métodos por sobre otros. Esto puede impedir que las mujeres usen los métodos más apropiados para sus circunstancias y necesidades. Una mujer en Kenia dijo: “Les pedí que me dieran uno inyectable, pero me dijeron que con la píldora me iría bien y que no podía recibir uno inyectable si solamente tenía dos hijos. Decidí dejar de usar el método y no he vuelto a ir” (Ndhlovu 1995: 1). Si los clientes no reciben el método que prefieren o el servicio que buscan, o se les despiende sin darles un diagnóstico satisfactorio, puede que no vuelvan a solicitar atención médica (Cotten et al. 1992, citado en Koenig et al. 1997; Pariani et al. 1991).

#### **Trato respetuoso y amistoso**

Los estudios muestran que hay más probabilidad de que las mujeres busquen asistencia y continúen utilizando servicios de planificación familiar si reciben cuando acuden un trato respetuoso y amable (Vera 1993; Ndhlovu 1995; Kenny 1995, citado en Stein 1998; Williams et al. 2000). En muchas sociedades la cortesía hacia el cliente implica tratarlo como un igual. Las investigaciones muestran que los clientes consideran importante el tono, los modales y las expresiones que los proveedores de atención usan con ellos (Whittaker 1996; Schuler y Hossain 1998; Matamala 1998). En un estudio en Zaire la mayoría de las mujeres a quienes se les preguntó cuáles eran las dos mejores cualidades en una enfermera mencionaron, en primer lugar, facetas relativas a la forma de comunicarse, entre ellas, las muestras de respeto y atención hacia el paciente, mientras que las

calificaciones técnicas quedaron en segundo lugar (Haddad y Fournier 1995).

#### **Intimidación y confidencialidad**

Los clientes se sienten más a gusto si los proveedores de atención respetan su intimidad en las sesiones de consulta, los exámenes y los procedimientos médicos. En un estudio cualitativo en Chile, entre el 30% y el 50% de las pacientes dijeron que los exámenes ginecológicos no se hacían en privado. Una mujer aclaró: “El examen y la limpieza después del mismo no deben ser tan públicos, porque hay hombres yendo y viniendo por los pasillos y te sientes realmente avergonzada. Tiene que haber una cortina o una puerta. Yo no quiero que la gente me vea” (Matamala 1998: 15).

Las clientes, y especialmente las que obtienen servicio a escondidas, expresan una mayor satisfacción con aquellos proveedores que tratan a su información y necesidades personales de forma confidencial (Whittaker 1996: 443). La falta de intimidación atenta contra el pudor de las mujeres y puede hacerles difícil participar de forma activa en la selección de un método de planificación familiar. En algunos lugares la obtención y el uso de métodos anticonceptivos puede ser una decisión difícil y arriesgada, porque las mujeres corren el riesgo de sufrir abandono, violencia, rechazo o divorcio. En dichas situaciones se necesita absoluta confidencialidad.

#### **Proveedores de servicio competentes**

Los clientes dicen que valoran la capacidad de los proveedores de atención, así como el hecho de que éstos respeten su intimidad y confidencialidad, pero la definición que dan de capacidad no siempre coincide con los conceptos de calidad técnica. En Zambia, los clientes basaban su opinión en lo exhaustivo del examen médico que les hacían (Ndulo et al. 1995); en Chile todos menos uno de los encuestados mencionaron la limpieza de las instalaciones como signo de la calidad del servicio de la clínica (Vera 1993); pero, en último término, el juicio sobre la competencia técnica de los proveedores de atención depende de si éstos son o no capaces de satisfacer las necesidades y resolver los problemas de sus clientes.

### **Información y asesoría**

Los clientes quieren recibir información que se corresponda con sus necesidades, anhelos y forma de vida. Debido a que tienen distintos objetivos de reproducción y actitudes sobre la planificación familiar, así como diferente capacidad para tomar decisiones y otros factores que afectan el método que eligen, necesitan información que se ajuste a sus necesidades particulares. Los clientes que están bien informados y ya han optado por un método quizás no quieren recibir información detallada sobre otro método. También habrá clientes que deseen información sobre procesos, tratamiento, riesgos y efectos secundarios. En un estudio hecho en Kenia, las mujeres estaban insatisfechas con la información que habían recibido y deseaban enterarse acerca de más métodos, para poder tomar una decisión con conocimiento de causa (Ndhlovu 1995); y en un estudio llevado a cabo en Indonesia, más del 40% de las mujeres dijeron querer más información sobre los efectos secundarios y más del 26% querían información adicional sobre cómo funcionan los métodos anticonceptivos (Irwanto et al. 1997).

Se ha observado que cuanto más completa y exacta es la información que se proporciona, teniendo en cuenta las necesidades del cliente, mayor es la satisfacción de éstos y la persistencia en el uso (Townsend 1991). En un estudio realizado sobre 1.570 usuarias de Norplant en Indonesia se descubrió que las mujeres que habían recibido asesoría e información sobre Norplant estaban más satisfechas que aquellas que no habían sido tan bien informadas (Tan et al. 1995). El Proyecto Davao en Filipinas demostró que la falta de asesoría al cliente, la falta de espacios privados para proporcionar esta asesoría y la carga excesiva de casos atendidos por el personal eran las principales deficiencias en el programa de planificación familiar de la provincia. Al identificarse los problemas, re-entrenar a los proveedores de atención y usar protocolos claros en el trato con los clientes se mejoró notablemente la relación entre ambos y se pudo satisfacer las necesidades de los clientes y del personal de salud, así como las de los gerentes del programa (Costello et al. 2001).

### **Horarios y tiempos de espera adecuados**

El tiempo de espera excesivo y los horarios inapropiados de las clínicas pueden impedir que la gente obtenga los servicios que necesita. En

Malawi y Senegal los clientes mostraron su preocupación por los largos períodos de espera. Una cliente dijo: “El tener que esperar es un gran problema. A veces no voy cuando me toca porque pienso en la cantidad de horas que tendré que esperar en el centro” (Family Planning Service Expansion and Technical Support/John Snow, Inc. 2000: 38).

Algunas clínicas no anuncian su horario de apertura o no atienden a los clientes durante las horas en que deberían estar abiertas. En un estudio realizado en Kenia se observó que, si bien las clínicas estaban abiertas oficialmente de 8 a 5, el personal sugería a las mujeres que no fueran por la tarde y con frecuencia se negaba a proveer el servicio a aquellas mujeres que no podían asistir en otros horarios a las que sólo podían asistir a esa hora (Population Council 1995).

### **Servicios asequibles**

Los clientes tienden generalmente a usar más los servicios si son de bajo costo. En Kenia las encuestadas dijeron que el bajo costo y la proximidad eran los dos factores más importantes en el uso (Ndhlovu 1995). Un estudio realizado en Bangladesh mostró que las familias gastaban dinero en salud únicamente en situaciones de crisis. Los efectos secundarios y otros problemas relacionados con los métodos anticonceptivos raramente se consideran emergencias, por lo que muchas de las mujeres encuestadas dejaron de usar planificación familiar o se pasaron a otro método porque no podían justificar el gasto de combatir los efectos secundarios de los métodos utilizados (Schuler et al. 2001).

Los clientes pueden estar dispuestos a aceptar precios más altos si creen que los servicios son de alta calidad. En Indonesia una organización no gubernamental descubrió que los clientes estaban dispuestos a pagar tarifas razonables por servicios de calidad en numerosas áreas de salud femenina, como la atención prenatal y después del parto, las vacunas, la asesoría en nutrición, la educación y los centros de parto (Sadasivam 1995).

### **Superación de los obstáculos y mejoras en la calidad de la atención**

Hasta la fecha la mayor parte de las intervenciones para mejorar la calidad de los servicios de

salud reproductiva se han concentrado en cambiar la conducta de los proveedores y mejorar la infraestructura de las clínicas. Veintidós de los 25 indicadores de la Iniciativa MAQ se refieren a dichos aspectos de la atención (ver el Informe no. 1 “Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y medidas de la calidad”). Sólo tres de dichos indicadores se centran en los clientes: si participan activamente en la conversación sobre el método y la selección del mismo, si reciben el método de su elección y si creen que los proveedores mantendrán la confidencialidad de la información.

Las intervenciones diseñadas para superar los obstáculos al acceso se han concentrado en elevar el poder de decisión de los clientes y las comunidades, para que exijan servicios de alta calidad y mejorar las actitudes en la búsqueda de atención. Los enfoques centrados en los clientes les ayudan a identificar los servicios, materiales, información y apoyo emocional que necesitan, y exigir y recibir todo ello (Organización Mundial de la Salud 1996, citado en Kols y Sherman 1998).

#### **Crear clientes informados**

Las campañas de información, educación y comunicación pueden crear clientes informados, al mostrar servicios de planificación familiar y salud reproductiva de alta calidad y difundir información para que la gente conozca los rudimentos de la salud reproductiva (así como sus derechos y lo que puede esperar) y que tome buenas decisiones de planificación familiar. Las personas mejor informadas tienden a esperar y a buscar servicios de alta calidad y están en mejores condiciones de exigir que el personal de salud actúe debidamente (Schuler y Hossain 1998).

- El Proyecto de Comunicación por Radio en Nepal usa la educación a distancia para elevar la demanda de servicios de salud reproductiva y mejorar su calidad. Dicho programa incluye actividades de comunicación interpersonal y de toma de conciencia, tanto para los promotores de salud como para las comunidades. Al cabo de dos años se observó que había mejorado la destreza técnica de los promotores y su relación con los clientes y se había elevado el uso de servicios de planificación familiar (Storey et al. 1999).

- El Programa Gold Star (Estrella de oro) de Egipto, que fue establecido por el Ministerio de Salud y Población y el Ministerio de Información, para mejorar los servicios y la satisfacción del cliente en clínicas del sector público, creó conciencia de las normas de calidad y la expectativa de que las clínicas de Gold Star iban a proporcionar servicios y asesoría de alta calidad (Communication Impact! 1998).
- En Indonesia una intervención denominada “Paciente inteligente” impartió una sesión de 20 minutos para informar a los clientes de sus derechos a recibir información, hacer preguntas, expresar inquietudes y opiniones y pedir aclaraciones a los proveedores del servicio. Los que recibieron la sesión hicieron considerablemente más preguntas que el grupo testigo (Kim et al. 2000; Kim et al. 2001).

#### **Participación de las comunidades en la mejora de la calidad**

Cuando los grupos de mujeres, cooperativas y organizaciones de desarrollo de una comunidad participan en la definición de los elementos necesarios para mejorar la calidad de la atención sanitaria, ésto atrae a nuevos clientes y alienta a la comunidad a esperar un buen servicio. En América Latina dos proyectos han logrado que tanto el personal de salud como la comunidad colaboren en la definición de calidad y en mejorar los servicios.

- En Perú, el proyecto Puentes reunió a los miembros de la comunidad y los proveedores para producir de manera conjunta cintas de vídeo y escenificaciones (que luego se presentaron y debatieron), para describir cómo ambos grupos definían la calidad. Una vez que se detectaron las áreas donde se necesitaba introducir mejoras, los dos grupos establecieron planes de acción conjunta y fijaron metas, que incluyeron premios y carteles de calendarios de objetivos colgados en las clínicas. Los grupos se reunieron todos los trimestres para seguir de cerca el progreso. El Ministerio de Salud tomó nota de las mejoras observadas en el uso de los servicios de planificación familiar y de supervivencia infantil y en el trato a los clientes (Howard-Grabman 2000a;

Howard-Grabman, comunicación personal, 2001).

- En Bolivia las comunidades y los proveedores de servicios crearon un sistema de información para proporcionar datos de utilidad para ambos en la toma de decisiones, el establecimiento de prioridades, la planificación de actividades y la supervisión conjunta del progreso realizado. Los datos se presentaron en gráficas fáciles de entender, que permiten a la comunidad conocer sus problemas de salud a nivel local y a tomar decisiones sobre las prioridades al respecto (Howard-Grabman 2000b).

### Implicaciones normativas

Las autoridades que diseñan las políticas y los directores de programas pueden encontrar formas de hacer que los servicios de salud reproductiva y de planificación familiar se centren más en el cliente. Al hacerlo, no solamente se cumplirá con las normas técnicas de calidad, sino que los clientes podrán seleccionar y obtener el método de su elección y recibir un trato respetuoso y amable, en privado y de forma confidencial, de la mano de personal competente, que les brindará la información y la asesoría necesarias, con horarios de atención adecuados y tiempos de espera razonables. Es importante encontrar la forma de mejorar la satisfacción del cliente, mejorar la capacidad, habilidad y conocimientos de los proveedores de atención sanitaria y eliminar los obstáculos que impiden el acceso a servicios de salud, porque dichos elementos son esenciales para asegurar que los clientes continúen usando los servicios y tengan atendidas sus necesidades de salud reproductiva.

Al incorporar las perspectivas de los clientes y proveedores en las iniciativas cuyo objetivo es mejorar la calidad de la atención médica, las autoridades que diseñan las políticas y los directores de programas lograrán tener un mejor

conocimiento de las necesidades y dificultades de ambos grupos; y si se comparte el objetivo de mejorar la calidad de la atención, se logrará en último término un aumento en el uso de los servicios, así como que sean más sostenibles y que se mejore la salud, tanto de las mujeres, como de los varones y las parejas.

### Nota

Las referencias bibliográficas se proporcionan en una publicación aparte, que corresponde a la serie de *Nuevas Perspectivas* y puede obtenerse en [www.prb.org/Nuevasperspectivas](http://www.prb.org/Nuevasperspectivas).

### Reconocimientos

Liz C. Creel, Justine C. Sass y Nancy V. Yinger, de Population Reference Bureau (PRB), prepararon el informe en colaboración con Kristina Lantis, Cynthia P. Green y Stephanie Joyce, de Population Council.

PRB aprecia y reconoce el apoyo proporcionado a este proyecto por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El presente informe fue financiado en el contexto de FRONTERAS y MEASURE *Communication*, mediante los Acuerdos de Cooperación No. HRN-A-00-98-00012-00 y HRN-A-00-98-000001-00, respectivamente.

Se agradece especialmente la contribución de los siguientes revisores del texto: Michal Avni, Sarah Harbison, James Shelton y Kellie Stewart, de la Oficina de Población del Departamento de Programas Mundiales (Bureau for Global Programs) de USAID; Ian Askew, James Foreit, Anrudh Jain, Federico León, Saumya RamaRao, Laura Raney y John Townsend, de Population Council; Jane Bertrand, del Centro de Programas de Comunicación de la Escuela de Salud Pública de Johns Hopkins University; Elaine Murphy, de Program for Appropriate Technology in Health; Jan Kumar, de EngenderHealth; y Abbas Bhuiya, del Centro Internacional para la Investigación de las Enfermedades Diarréicas (International Center for Diarrheal Disease Research), en Bangladesh.

Diseño/Producción: Heather Lilley, PRB

Editora: Kathleen Maguire, PRB

Traductora: Ángeles Estrada

© Diciembre del 2002, Population Reference Bureau



POPULATION REFERENCE BUREAU  
MEASURE *Communication*  
1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009 EE.UU.  
Tel.: 202-483-1100  
Fax: 202-328-3937  
E-mail: [popref@prb.org](mailto:popref@prb.org) o [measure@prb.org](mailto:measure@prb.org)  
Sitio Web: [www.prb.org](http://www.prb.org) o [www.measurecommunication.org](http://www.measurecommunication.org)



Impreso con tinta de soja



POPULATION COUNCIL  
4301 Connecticut Ave., NW, Suite 280, Washington, DC 20008 EE.UU.  
Tel.: 202-237-9400  
Fax: 202-237-8410  
E-mail: [frontiers@pcdc.org](mailto:frontiers@pcdc.org)  
Sitio Web: [www.popcouncil.org/frontiers/frontiers.html](http://www.popcouncil.org/frontiers/frontiers.html)