

La calidad de la atención y los proveedores del servicio

Kristina Lantis, Cynthia P. Green y Stephanie Joyce

Los proveedores de información y servicios de salud reproductiva son parte esencial de la compleja ecuación que determina la calidad de la atención sanitaria. Ellos son los responsables de proporcionar a sus clientes la información que necesitan para tomar decisiones con conocimiento de causa sobre los métodos anticonceptivos que usarán y de asegurar que los clientes reciban atención médica competente; pero la capacidad de los proveedores para cumplir con su objetivo final de proporcionar un servicio de alta calidad se ve afectada por otros factores, como las tradiciones y costumbres locales, la cultura médica en que se desenvuelven y la solidez de las instalaciones y el sistema de atención a la salud.

¿Quiénes son los proveedores de atención sanitaria?

Son los trabajadores de salud, como los doctores, auxiliares médicos y parteras que contribuyen a proporcionar servicios de planificación familiar y salud reproductiva en las clínicas, hospitales y comunidades mediante servicios de extensión y actividades en la comunidad. Trabajan en el sector público y privado, a distintos niveles de la jerarquía de atención a la salud y pueden tener diversos grados de educación y responsabilidad en la supervisión.

Los proveedores de atención también son clientes del sistema de sanidad, porque su trabajo depende de la infraestructura, supervisión, equipo y contexto físico que les proporciona el sistema. Asimismo, al igual que sus clientes, se ven influidos por la cultura de su entorno, por lo que reflejan las creencias y prejuicios locales de género, nivel social, origen étnico, etc. y frecuentemente se ven limitados por todo ello.

¿Por qué son importantes?

Son el principal punto de contacto entre los clientes y el sistema de sanidad, por lo que tienen un

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

Los proveedores de atención sanitaria juegan un papel importante en identificar y satisfacer las necesidades de salud de sus clientes, y pueden tener considerable efecto en la impresión que éstos tienen de los servicios que reciben.

papel esencial en detectar y satisfacer las necesidades de estos últimos. Su respuesta a dichas necesidades depende de su capacidad técnica y de su trato con el cliente, así como de la infraestructura del sistema y de las percepciones de los clientes acerca de qué constituye atención de calidad; y, si sus servicios o conducta no responde a los criterios de los clientes, éstos pueden buscar atención médica en otra parte, o simplemente dejar de acudir al sistema de salud; si bien puede que, en algunas áreas, los clientes se vean forzados a aceptar atención de baja calidad, simplemente porque no existe otro tipo de personal sanitario a quien acudir.

La Iniciativa para Maximizar el Acceso y la Calidad/Maximizing Access and Quality (MAQ) ha identificado 25 indicadores de la atención sanitaria de calidad: 13 de ellos se refieren al desempeño laboral del personal sanitario, ocho reflejan las condiciones en las instalaciones de atención médica, tres se refieren a la participación de los clientes en la atención que reciben y uno tiene

que ver con otro personal clínico (véase el informe no. 1, “Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: Definiciones y mediciones de la calidad”). La proporción de indicadores sugiere que el desempeño laboral de los proveedores y la infraestructura clínica que los apoya son los principales factores que determinan la atención de calidad.

¿En que consiste la atención de calidad, según la definición de los propios proveedores de ella?

La información que se tiene sobre lo que los proveedores consideran atención sanitaria de calidad es sorprendentemente limitada. Algunos reconocen que su entorno laboral debería mejorarse, pero piensan que la situación no está bajo su control. Por ejemplo, la mayoría de las 54 auxiliares de enfermeras y parteras entrevistadas en un estudio hecho en la India no supieron definir en qué consistía la atención de calidad, ni sugerir formas de mejorar los servicios de planificación familiar. Los médicos que participaron en ese mismo estudio se concentraron principalmente en las deficiencias en infraestructura clínica, equipo, material y medicinas (Khan et al. 1995). Sin embargo en un estudio en Kenya se observó que los clientes y los proveedores estaban de acuerdo en la importancia de ciertos elementos de la atención sanitaria, como la asequibilidad del precio, la ubicación adecuada, la buena actitud de los proveedores, la existencia de espacio privado y confidencialidad, y la disponibilidad de materiales (Ndhlovu 1995). En algunos casos los proveedores pueden mostrarse renuentes a tomar medidas para mejorar la calidad de la atención, porque piensan que ello incrementará su carga de trabajo. En Malawi, por ejemplo, éstos temían que se facilitara más la obtención de servicios de planificación familiar, por pensar que ello incrementaría las responsabilidades del personal (Tavrow et al. 1995).

Limitaciones en la mejora de la atención sanitaria

Existe una multitud de factores que a veces se presentan en combinación y pueden afectar la capacidad de los proveedores de atención sanitaria para proporcionar servicios de salud reproductiva de

calidad. Entre los más comunes están los cambios en el sistema de sanidad, los puntos fuertes o débiles del sistema o establecimientos específicos, la disponibilidad de equipo e insumos, las limitaciones que imponen los reglamentos y el nivel de competencia del personal (Paine et al. 1998).

Cambios en el sistema de salud a nivel más grande

La reforma del sistema de salud en muchos de los países menos desarrollados está cambiando tanto el financiamiento como la provisión de servicios de atención a la salud. Si bien la reforma tiene como objeto ampliar el acceso y mejorar la calidad de la atención sanitaria en general, algunos cambios probablemente causen ciertas perturbaciones en los servicios de salud reproductiva. La descentralización por ejemplo, puede llevar a algunas autoridades a reducir los servicios de salud reproductiva o a subir los precios. La falta de estabilidad financiera en el sector puede crear conflictos en las prioridades institucionales, o bajar la moral o el nivel de desempeño de los proveedores de la atención (Gauri 2001).

Muchos programas están reorganizando sus servicios para ofrecer un conjunto integral de información y servicios de salud reproductiva, que incluya materiales y atención a la salud materno-infantil, a las infecciones de transmisión sexual, el VIH y el SIDA y la planificación familiar. Pero al ofrecer servicios integrales se elevan las responsabilidades de los proveedores y se les exige que tengan conocimientos en varias áreas de salud. Dichos cambios sistémicos suelen preocupar al personal y lo distraen del objetivo de mejorar la calidad de la atención. Un informe realizado en 1998 sobre el proceso de reforma del sector sanitario de Zambia indicó que los proveedores de atención sanitaria en una clínica de CARE (Cooperative for Assistance and Relief Everywhere) se sentían “impotentes, sin estímulo y sobrecargados de trabajo” y señalaban que la falta de medicinas había reducido el flujo de clientes (Munro 1998: 43).

Condiciones de trabajo difíciles

La situación dentro de las clínicas en sí, o grupos de clínicas, puede también constituir un obstáculo para la atención de alta calidad. Muchos proveedores de servicios de salud piensan que las condiciones laborales afectan seriamente sus ta-

“Doy servicio a 11 aldeas con una población total de 6.504 [personas]... con frecuencia estoy exhausta y no puedo completar todo el trabajo que se me asigna. Esta carga tan grande de trabajo y la ausencia de medios de transporte adecuados está afectando mi salud y mis relaciones familiares”.

—Auxiliar de enfermera y partera, India (Bhatia 1995: 48)

reas y se quejan de que las instalaciones no cuentan con suficiente equipo, o que trabajan demasiadas horas por salarios bajos y reciben poco reconocimiento. Más de la mitad de los 82 profesionales de la salud entrevistados en Zambia dijeron que estaban descontentos con sus condiciones laborales, por la excesiva carga de trabajo, la escasez de equipo y medicinas, los bajos salarios y la falta de cursillos de actualización de conocimientos (Faxelid et al. 1997). Las auxiliares de enfermeras y parteras entrevistadas en un estudio llevado a cabo en la India dijeron que no podían visitar todas las aldeas en su área de trabajo debido a la falta de transporte adecuado y a que no les asignaban suficientes viáticos para viajes (Khan et al. 1995).

La supervisión influye considerablemente en la moral y la conducta laboral, y puede verse afectada por la reforma sanitaria. Una evaluación de ocho programas nacionales de planificación familiar descubrió deficiencias de supervisión en varios países (Fondo de Población de Naciones Unidas 1994). La falta de supervisión suele ir acompañada de inspecciones superficiales y fuertes críticas, en vez de proporcionar la orientación y tutoría que estimule al personal a esforzarse lo más posible.

Materiales inadecuados

Incluso cuando el personal de salud recibe otro tipo de apoyo del sistema de salud, frecuentemente carece de insumos médicos básicos, como métodos anticonceptivos, equipo para prevenir infecciones y guantes. Existen muchos estudios que documentan este problema. En Bangladesh y la India, por ejemplo, solamente alrededor de una tercera parte de los proveedores de atención, agentes de servicios basados en la comunidad y administradores entrevistados afirmaron que tenía materiales suficientes para realizar debidamente su trabajo (Huezo 2001; Khan et al. 1995). En dos estudios de 39 puntos de prestación de servicios en Perú se descubrió que la mayoría de

ellos carecían de personal calificado y de suficiente infraestructura, equipo y suministros (León et al. 1997).

Obstáculos causados por actitudes y reglamentos

Varios obstáculos pueden limitar la capacidad del personal para proporcionar atención de calidad. Uno de ellos son las lagunas en el conocimiento, ya sea por falta de calificaciones o habilidades del personal del personal, o debido a las creencias o “mitos” de la comunidad (véase el informe no. 2, “Calidad centrada en el cliente: Perspectivas de los clientes y obstáculos para recibir atención”) (Best 2002). Los prejuicios vinculados al género y las restricciones de orden moral también pueden limitar la atención que se proporciona. En Brasil, por ejemplo, los proveedores de servicios desalientan el uso de los métodos femeninos de barrera y el condón masculino, porque creen que las mujeres no pueden aprender a utilizarlos debidamente, que sus parejas no van a querer usarlos y que reducen el placer del hombre (Moore y Helzner 1996).

También existen obstáculos y prácticas médicas basados en razonamientos médicos dudosos que limitan el acceso de los clientes a los métodos anticonceptivos (Shelton et al. 1992). Por ejemplo, un análisis de la calidad de la atención en cinco países africanos mostró que entre el 18% y el 63% de los proveedores imponían restricciones en la planificación familiar, dependiendo de la edad, estado civil, consentimiento del esposo y número de hijos de sus clientes (Miller et al., “How providers restrict access”, 1998). Por otra parte algunas políticas nacionales, como los requisitos de que únicamente ciertos especialistas pueden hacer esterilizaciones o recetar anticonceptivos inyectables, también limitan el acceso a la atención de calidad.

Dichos obstáculos llevan a impedir que los clientes obtengan métodos anticonceptivos y hacen que se vean expuestos al riesgo de embara-

“Como el espéculo no estaba muy limpio me rehusé a que me examinaran con él...La proveedora del servicio me dijo que no me iba atender de ninguna otra forma”.

—Cliente de planificación familiar, Malawi (Tavrow et al. 1995: 72)

zos no deseados. También puede que los clientes se desanimen y no busquen otro tipo de servicios de salud reproductiva, pero en la mayoría de los casos los proveedores de servicios de salud tratan de proteger a sus clientes.

Insuficiente capacidad técnica o falta de habilidades en las relaciones interpersonales

Algunos proveedores carecen de la suficiente capacidad técnica o no saben cómo dirigirse debidamente al cliente para proporcionarle servicios de alta calidad. Por ejemplo en Jamaica, uno de cada ocho médicos privados que ofrecen servicios de planificación familiar dijo que no había sido capacitado para proporcionar servicios de planificación familiar y uno de cada cuatro afirmó que no había sido entrenado sobre cómo aconsejar a los clientes (Hardee et al. 1995). En los lugares donde las infecciones de transmisión sexual son frecuentes, es esencial hablar con los clientes de sus relaciones sexuales y de los riesgos que conllevan; pero los análisis de situación en cinco países mostraron que pocos proveedores de servicios tocan el tema (Haberland et al. 1998).

Asimismo, las diferencias de clase social entre clientes y proveedores pueden influir en la calidad de la atención, aunque las reacciones de los proveedores diferirán de una región a otra (Schuler y Hossain 1998). En un estudio de caso realizado en Kenya, se observó que había mayores probabilidades de que el personal de salud proporcionara información sobre los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos si los clientes eran mayores o tenían más educación (Ndhlovu 1995). Como el sistema de salud tradicionalmente ha considerado a los proveedores de servicios como los encargados de tomar las decisiones, porque saben lo que es mejor para la gente, al enseñar a éstos la importancia de los enfoques centrados en el cliente se les puede ayudar a ofrecer servicios que sean más acordes a las circunstancias de cada cliente (Shelton 2001).

¿Qué necesitan los proveedores de atención sanitaria?

Dado que representan el principal punto de contacto entre los clientes y el sistema de salud, los proveedores necesitan diversos tipos de apoyo para proporcionar atención de alta calidad. La Federación Internacional de Planificación Familiar exige que se ofrezca una diversidad de métodos, así como condiciones de seguridad, privacidad, confidencialidad, dignidad, bienestar y continuidad en el servicio (véase el informe no. 1, “Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: Definiciones y medidas de la calidad”); pero para asegurarse de que los clientes reciban todos estos componentes del servicio de calidad, los proveedores tienen que contar con el conocimiento, las destrezas, los materiales, el contexto clínico y el estímulo necesario.

Intervenciones para mejorar la calidad de la atención

Antes de tratar de mejorar la calidad de la atención es importante averiguar qué factores contribuyen a reducirla. Los enfoques cuantitativos e herramientas de auto-evaluación como la Mejora Continua de la Calidad (Continuous Quality Improvement), los Servicios de Proveedores Eficaces Centrados en el Cliente (Client-Oriented Provider-Efficient Services) y la Mejora del Desempeño (Performance Improvement), pueden ayudar a las organizaciones a conocer sus puntos fuertes y débiles en la prestación de servicios y a encontrar soluciones (véase el informe no. 1, “Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: Definiciones y medidas de la calidad”).

También es vital entender qué es lo que puede incentivar al personal médico a proporcionar atención de alta calidad. Existen pocos datos sobre por qué los proveedores perseveran en condiciones difíciles y qué les insta a hacer mayores esfuerzos por mejorar la calidad de la atención, aunque su principal motivo parece ser el deseo de

hacer algo bueno por los demás y contribuir con algo a la comunidad (Tavrow et al. 1995; Huezó 2001). Los interesados en buscar formas de mejorar la calidad de la atención estarán en mejores condiciones de hacerlo si entienden los motivos y necesidades de los proveedores.

Los expertos han creado varias intervenciones, primordialmente bajo el control de los directores de instalaciones y programas de salud reproductiva, para contribuir a mejorar los servicios de salud reproductiva; pero, a pesar de que dichos cambios se han aplicado extensamente, siguen sin estudiarse de forma rigurosa en pruebas controladas. Asimismo, la mayor parte de los programas utilizan intervenciones múltiples, por lo que es difícil determinar la eficacia de las mismas por separado. En general las intervenciones más eficaces parecen ser las que combinan varios enfoques.

Desarrollar normas y pautas de servicio

Los expertos recomiendan que los gerentes de programas locales y nacionales adopten pautas en la prestación de servicios que reflejen normas o las denominadas mejores prácticas, que sean de rigor científico y aceptadas internacionalmente. Por ejemplo la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus organizaciones asociadas lanzaron un programa de mejores prácticas en salud reproductiva (Implementing Best Practices en Reproductive Health) para asegurar la aplicación extensiva de normas y criterios de atención a la salud reconocidos internacionalmente. Dicha iniciativa hace que las principales autoridades encargadas de la toma de decisiones a nivel nacional participen en la aplicación, dentro de los sistemas locales de atención a la salud, de las prácticas que se ha comprobado que producen los mejores resultados. Una vez que se establecen las redes de los grupos interesados, los participantes comparten lo aprendido, hacen análisis de problemas, planean y realizan las intervenciones apropiadas, y evalúan el impacto de las mismas (Consortium on Implementing Best Practices, 2001). Tanto los proveedores como sus supervisores deben recibir capacitación sobre el uso de pautas para que al aplicarlas logren el máximo efecto sobre la calidad de la atención (Best 2002).

Mejora de los sistemas de logística y apoyo

Un elemento esencial para proporcionar atención de calidad es asegurarse de que los sistemas insti-

tucionales funcionan debidamente. Habrá que estructurar los procesos de financiamiento, contabilidad y el manejo del flujo de clientes, de forma que promuevan una alta calidad en la atención sanitaria y habrá que reforzar los sistemas de logística para garantizar que los proveedores cuenten con métodos anticonceptivos, insumos clínicos y demás equipamiento necesario.

Se puede elevar la calidad de la atención, incluso con sólo mejorar la disponibilidad de un tipo de materiales, como en el caso de los métodos anticonceptivos. Se han realizado estudios en Kenya y Tanzania que indican que al menguar la falta de existencias de uno o más productos anticonceptivos, se observó un aumento en el uso en general de los mismos (ver Figura 1, página 6); y en Jordania, la reducción en la falta de existencias coincidió con un aumento en el número de métodos anticonceptivos distribuidos (Family Planning Logistics Management/John Snow, Inc. 2000).

Pero un estudio de caso en Kenya mostró que la calidad de la atención no siempre mejora cuando las clínicas están totalmente equipadas y tienen personal debidamente capacitado para proporcionar buen servicio (Ndhlovu 1998). Un análisis de servicios de planificación familiar en cinco países africanos mostró que las deficiencias en el servicio se debían, no a una escasez de recursos, sino a que los proveedores no utilizaban suficientemente los recursos existentes, como por ejemplo agua para lavarse las manos (Haberland et al. 1998). Las organizaciones de salud reproductiva tienen que asegurarse de que las políticas, protocolos y la dirección del personal de salud actúen de forma conjunta para facilitar el uso eficaz de los sistemas de apoyo.

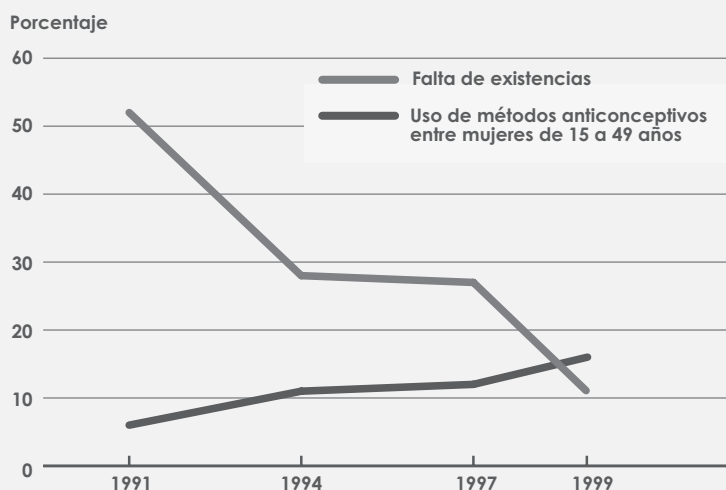
Mejorar la capacitación del personal

Los expertos suelen sugerir que se entrene al personal para mejorar su conocimiento. Dicha capacitación puede tener lugar de diversas formas, pero los métodos de capacitación eficaces suelen tener ciertas características en común.

Un enfoque específico

Generalmente da mejores resultados restringir la capacitación a un área concreta, que adoptar un enfoque más amplio. Existen estudios y análisis de situación realizados en África que muestran que la capacitación intensiva y concentrada en habilidades y conocimientos específicos tiene un mayor

Figura 1

Falta de existencias de métodos anticonceptivos y prevalencia en Tanzania

FUENTE: Family Planning Logistics Management/John Snow, Inc., *Programs that deliver* (2000): 7.

efecto sobre la calidad que una instrucción más general (Miller et al., *Clinic-based family planning*, 1998). En Egipto el Ministerio de Salud introdujo un programa de capacitación para enfermeras que dedicó más tiempo a la enseñanza de destrezas prácticas que a cuestiones teóricas y se descubrió que los clientes de las clínicas participantes acabaron sabiendo más sobre planificación familiar, e incluso se elevó considerablemente el uso de los DIU en una de las áreas (Halawa et al. 1995).

Atención a la comunicación interpersonal

Para que la capacitación tenga éxito, hay que poner énfasis en mejorar la comunicación, porque los proveedores tienen que poder trabajar estrechamente con sus clientes en una variedad de temas sensibles. En Nigeria las enfermeras que aprendieron a asesorar a los clientes dieron un servicio de mayor calidad que las del grupo testigo, en la opinión de los propios consumidores del servicio y de las observaciones hechas por un experto en consejería. Los clientes atendidos por dichas enfermeras tendían más a volver a consultas posteriores (Kim et al. 1992).

Ejercicios prácticos

El personal entrenado que puede poner en práctica lo aprendido antes de volver a su trabajo suele

responder mejor que los que no tienen la oportunidad de hacer prácticas. En un estudio hecho en Tailandia se utilizaron dos enfoques para enseñar a 300 parteras a poner el DIU. Lo normal era tener una charla en un aula, seguida de prácticas clínicas, pero en el nuevo enfoque se utilizaron también modelos anatómicos y pautas clínicas. Las parteras que adoptaron este último enfoque lograron un buen rendimiento al cabo de un promedio de 1,5 colocaciones de DIU, mientras que se necesitaron 6,5 intentos para que supieran hacerlo las que recibieron la capacitación tradicional (Limpaphayom et al. 1997).

Reforzar lo aprendido

El personal tiene más posibilidades de retener lo aprendido si lo utiliza con regularidad y recibe cursos de actualización periódica. En un estudio en Kenya se descubrió que los proveedores que recibían capacitación sobre la forma de examinar y asesorar a los clientes, tenían mayores posibilidades de retener lo aprendido si lo practicaban. La práctica era más importante que el tiempo transcurrido desde la capacitación (Valadez et al. 1997).

Reforzar la supervisión y gerencia del personal

Los directores del programa pueden elegir entre contribuir a mejorar la labor del personal, o hacer más difícil la prestación de servicios de alta calidad. En Eritrea por ejemplo, la falta de claridad en la descripción de los puestos de trabajo, el retraso en los ascensos y la ausencia de supervisión orientada han contribuido a bajar la moral y el rendimiento del personal, con la consecuente reducción en la calidad de la atención (Family Planning Service Expansion and Technical Support/John Snow, Inc. 2000).

Al estimular a los supervisores a que hagan un trabajo más eficaz se puede promover la dedicación a la calidad empezando desde arriba. EngenderHealth recomienda que la supervisión facilite y estimule la realización del trabajo, en vez de lo que tradicionalmente se ha venido haciendo (Ben Salem y Beattie 1996). Este tipo de supervisión pone mayor énfasis en la enseñanza, la resolución conjunta de problemas y la comunicación, en ambos sentidos, entre los supervisores y el personal de salud, lo que puede alentar a estos últimos a trabajar mejor. Al capacitar a los supervisores en Ghana, no sólo se aumentó su conocimiento y habilidades, sino que también se

logró un efecto positivo en los agentes de distribución en la comunidad que tenían a su cargo (Combary et al. 1999).

Los empleados de los servicios de salud reproductiva no suelen tener puestos asignados formalmente, no reciben retroalimentación, ni se les dice si lo que hacen cumple con los objetivos de la organización (Lande 2002). Los supervisores estimulan el deseo de superación de sus empleados cuando reconocen la labor de éstos y los premian si dan buen servicio (Jennings et al. 2000).

La supervisión se enfrenta con frecuencia a problemas logísticos, porque quizás los supervisores no puedan visitar todos los puestos de salud en su región o estar suficiente tiempo en cada clínica (Ahmed 1994; Valadez et al. 1990), pero existen varias opciones a la supervisión tradicional que se ha comprobado que funcionan.

Supervisión en grupos

Dos estudios en Kenya y Guatemala descubrieron que este tipo de control, en el que el supervisor se reúne con cuatro o cinco proveedores de atención de la salud a la vez, es eficaz a nivel individual y permite a los supervisores cubrir un área geográfica más amplia a menor costo (Jacobson et al. 1987; Vernon et al. 1994).

Trabajo en equipo entre los supervisores y los proveedores del servicio

En Zimbabwe los resultados de un estudio sobre la relación entre los supervisores y el personal bajo su cargo, llevó a las autoridades normativas a abandonar el enfoque de 'superior a inferior', para sustituirlo por el trabajo en equipo, en el que los supervisores y los proveedores del servicio comparten responsabilidades y actúan de forma conjunta (Kim et al., "Self-assessment and peer review", 2000). Estos enfoques nuevos y prometedores pueden ayudar a los proveedores de servicios a mantener el nivel de calidad.

Proporcionar herramientas de auto-evaluación

La auto-evaluación es otra alternativa a la supervisión tradicional. Las herramientas de auto-evaluación, como COPE (Servicios de Proveedores Eficaces Centrados en el Cliente/Client-Oriented Provider-Efficient services), permiten a los trabajadores de salud detectar problemas y buscar soluciones por su cuenta, si bien no podrán resolver problemas que estén fuera de su control, como la

escasez de personal o insumos. Una evaluación de 11 lugares en África descubrió que el 73% de los problemas que no requerían ayuda externa (como los largos períodos de espera o los problemas de moral y comunicación entre el personal) podían solucionarse con COPE (Lynam et al. 1993).

Las herramientas de auto-evaluación también pueden servir para reforzar conocimientos y destrezas, e incrementar la productividad: En Indonesia, más de 200 proveedores de atención de la salud asistieron a un curso de capacitación sobre el asesoramiento centrado en el cliente, antes que se les dividiera en tres grupos. El primer grupo no recibió ningún tipo de seguimiento, el segundo realizó auto-evaluaciones semanales y el tercero asistió a reuniones de revisión entre iguales y también se autoevaluó semanalmente. El estudio descubrió que las auto-evaluaciones y críticas entre iguales contribuyeron a mantener las mejoras logradas en la actuación de los proveedores después de la capacitación (Kim et al., "The quality of supervisor-provider interactions in Zimbabwe", 2000).

Asegurarse de que los proveedores de atención de la salud utilicen ayudas visuales en su trabajo

Este tipo de ayudas visuales, como manuales, carteles, rotafolios y gráficas de flujo, pueden ser de gran utilidad. Se trata de algo económico y representa menos tiempo y dinero de lo que supone la capacitación fuera del lugar de trabajo (Knebel et al. 2000).

Dichos materiales también pueden ayudar a los clientes a elegir el método que mejor se ajuste a sus objetivos de reproducción. Por ejemplo, un análisis de situación llevado a cabo en Kenya reveló que los proveedores que usan muestras de métodos anticonceptivos y modelos anatómicos al asesorar a los clientes, proporcionan más información sobre el método, tal como la forma de usarlo, los posibles efectos secundarios y qué hacer frente a los problemas que puedan surgir (Ndhlovu 1998).

Muchos proveedores no utilizan materiales de este tipo, porque piensan que reducen su credibilidad ante los clientes, mientras que otros no los usan porque no han recibido suficiente instrucción o supervisión para saber usarlos. En un estudio en Perú, sólo el 44% del personal capacitado en el empleo de ayudas visuales estaban usándolos en su trabajo, pero los que los utilizaban proporcionaban atención de mucha mejor

Figura 2

Cómo el uso de ayudas visuales en el trabajo afectó la opinión sobre la calidad del servicio proporcionado por el personal de salud peruano

Calificación media de la calidad de la atención



FUENTE: F. León, *Peru PCI-QOC project bulletin* (2001).

calidad, según una lista de verificación que enumeraba 80 características deseadas en la conducta del personal de salud (ver la Figura 2; León et al. 1998; León 2001).

Implicaciones normativas

Los proveedores y los sistemas de salud que los apoyan juegan un papel vital en mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva. Para mejorar dichos servicios se necesita dedicación a todos los niveles del sistema de salud. Las autoridades encargadas del establecimiento de políticas pueden dirigir este esfuerzo, instando a mejorar la calidad de la atención y asegurándose de que existan los sistemas de apoyo necesarios para que el personal pueda cumplir con las normas de calidad. Los directores de programas deben crear un clima de apoyo que premie a quienes se esfuerzan por ofrecer atención de calidad, y deben asegurarse de que exista buena logística para que no falten medicinas y otros insumos. Tanto las autoridades normativas como los directores de programas pueden promover estudios que pongan a prueba las intervenciones normalmente utilizadas para

mejorar la calidad de la atención de salud, con objeto de saber si dan buenos resultados. Si existen el apoyo y la supervisión adecuada, los proveedores pueden ofrecer servicios de calidad, lo que eleva la satisfacción del cliente y mejora la salud reproductiva en general.

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.

Reconocimientos

Kristina Lantis, Cynthia P. Green y Stephanie Joyce, de FRONTERAS, prepararon este informe en colaboración con John Townsend, de Population Council, y Liz C. Creel, Justine C. Sass y Nancy V. Yinger, de Population Reference Bureau.

Population Council aprecia y reconoce el apoyo proporcionado al proyecto por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El 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 o measure@prb.org
Sitio Web: www.prb.org o www.measurecommunication.org



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
Sitio Web: www.popcouncil.org/frontiers/frontiers.html