Universidad de Costa Rica

ESCUELA DE ESTADISTICA

MAESTRIA PROFESIONAL EN POBLACION Y SALUD

PROYECTO DE GRADUACIÓN

ESTRATEGIA DE SUPERVISIÓN PARA EL PROYECTO DE APOYO AL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA DE LA DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL BENI *(PATHFINDER INTERNATIONAL)*

ELABORADO POR:
MA. PATRICIA RIVEROS HAMEL

JULIO 2000

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN 1

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN 2

1.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE BOLIVIA Y DEL DEPARTAMENTO DEL BENI 2

1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS 3

1.3 PATHFINDER INTERNATIONAL EN PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA 4

1.4 PATHFINDER INTERNATIONAL EN EL SECTOR PÚBLICO 4

CAPITULO 2: ANTECEDENTES 6

2.1 JUSTIFICACIÓN 6

2.2 PROYECTO DE APOYO AL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA DE LA DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD (SECTOR PÚBLICO) DEL BENI – PATHFINDER INTERNATIONAL 6

CAPITULO 3: MARCO TEÓRICO 8

3.1 LA SUPERVISIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR 8

3.2 CALIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD 9

3.3 ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD 10

3.4 MÉTODOS Y HERRAMIENTAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN 13

CAPITULO 4: OBJETIVOS 16

4.1 OBJETIVO GENERAL 16

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 16

CAPITULO 5: MÉTODOS DE TRABAJO 17

CAPITULO 6: ANÁLISIS 18

6.1 ESTRATEGIA DE SUPERVISIÓN 18

6.2 CARACTERÍSTICAS DE LA ESTRATEGIA DE SUPERVISIÓN 20

6.3 MÓDULOS DEL INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN 21

6.3.1 INDICADORES DE EVALUACIÓN 22

6.3.2 AUTOEVALUACIÓN 24

6.3.3 ENTREVISTAS CON LOS USUARIOS 26

6.3.4 ANÁLISIS DEL FLUJO DE USUARIOS 26

6.3.5 PLAN DE ACCIÓN 27

6.3.6 SEGUIMIENTO 28

CONCLUSIONES 29

RECOMENDACIONES 30

ANEXOS 31

BIBLIOGRAFÍA 46

RESUMEN

Pocos proyectos contemplan en su diseño inicial las técnicas de evaluación, monitoreo y supervisión que se usarán durante la vida del proyecto. Generalmente éstas son elaboradas al finalizar las actividades del proyecto y como una necesidad para detectar el origen de problemas o errores que surgen durante la implementación, o para responder a las exigencias de las entidades financiadoras.

El Proyecto de Apoyo al Programa de Salud Reproductiva de la Dirección Departamental de Salud del Beni implementado por Pathfinder International no es una excepción. A pesar de estar obteniendo resultados favorables relacionados con la cobertura de usuarios de métodos de planificación familiar, las actividades pueden ser realizadas de maneras más eficientes y efectivas que aseguren aún mejores resultados.

Para detectar y prevenir problemas operativos, administrativos, técnicos, y de otra índole, se recurre a un sistema de supervisión que permita establecer una buena comunicación entre el personal de los establecimientos de salud y la contra parte, que en este caso es la organización financiadora e implementadora del proyecto (Pathfinder International). De esta manera, los aspectos que permiten el ofrecimiento de un servicio con calidad de atención en los establecimientos de salud pueden ser constantemente supervisados.

Un método de supervisión que ha mostrado buenos resultados a nivel mundial es el que involucra directamente al personal de los establecimientos de salud por medio del uso de formularios de auto evaluación, donde los proveedores de salud se preguntan a sí mismos sobre las fallas del proyecto, y de la misma manera se plantean ellos mismos las soluciones de acuerdo a sus propias posibilidades y realidades. También se usan instrumentos de flujo de usuarios que permite identificar cuellos de botella en el proceso del servicio que se ofrece a los usuarios.

Con la ayuda de los instrumentos elaborados, el plan de supervisión diseñado para este proyecto permitirá identificar problemas o fallas en las actividades diarias en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud en Trinidad.

A pesar de que el campo principal de trabajo de Pathfinder International es el de los servicios de planificación familiar, este sistema de supervisión mejorará la calidad de atención de todos los servicios en general ofrecidos por los establecimientos de salud de la red del Ministerio de Salud en Trinidad.

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE BOLIVIA Y DEL DEPARTAMENTO DEL BENI

Bolivia se encuentra en el centro de América del Sur, teniendo como países limítrofes a Brasil, al norte y al este; a Paraguay y Argentina al sur; a Perú y Chile al oeste. En su territorio de 1,098,591 kilómetros cuadrados se distinguen tres grandes zonas ecológicas: el Altiplano, al oeste del país, que ocupa el 16% del territorio con el 43% de la población; el Valle en la región central, ocupa el 19% del territorio con el 30% de los habitantes; y en la región norte y oriental se encuentra el Llano que constituye la región más extensa del país abarcando el 65% del territorio con solamente el 27% de la población. Bolivia se divide política y administrativamente en nueve departamentos: La Paz, Oruro y Potosí en el Altiplano; Chuquisaca, Cochabamba y Tarija en el Valle; y Santa Cruz, Beni y Pando en el Llano.[1]

El último censo nacional de población y vivienda, realizado en 1992, enumeró a 6.4 millones de personas. Según los datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística (INE), para 1998 se estimaba la población en 7.9 millones, lo cuál significa una densidad poblacional de aproximadamente 7.2 personas por kilómetro cuadrado. Esto ubica a Bolivia como uno de los países menos densamente poblados de América Latina, con una tasa de crecimiento anual promedio de 2.3 por ciento. De mantenerse esta tasa de crecimiento, la población se duplicará en unos 30 años.[2]

Trinidad, la capital de Beni, es una ciudad tropical fundada el año 1.556 por el Padre Cipriano Barace. Tradicionalmente, Trinidad ha sido el centro de la industria ganadera de Bolivia. Recientemente, los granjeros empezaron a usar tecnología de punta en agricultura, la cuál ha sido usada para el cultivo de arroz. En muchas regiones del Beni, grupos indígenas sobreviven con sus cultivos, ganadería y artesanía.[3]

Trinidad no se ha visto muy beneficiada por la estrategia del Gobierno en materia de salud materno-infantil. Esta estrategia está expresada en el actual Seguro Básico de Salud como "...una estrategia nacional de salud, que organiza, norma y provee financiamiento público para otorgar a la población boliviana, un conjunto esencial de prestaciones en salud de alto impacto y bajo

---

[1] Instituto Nacional de Estadística, Demographic and Health Surveys. Bolivia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1998. Diciembre 1998. Pp 1.

[2] Ibid

[3] Internet: InetPub\wwwroot\btourism\cities\beni\txtscr. An Insiders's Guide To Bolivia: The Frontier Beni Region.

costo".[4] Se basa en tres líneas de acción como ser la atención a la salud y nutrición del menor de 5 años, la atención de la salud de la mujer y la planificación familiar y atención de las endemias.

1.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

El siguiente cuadro comparativo detalla los indicadores demográficos y de salud más importantes de acuerdo a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1994 y la de 1998.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y DE SALUD (ENDSA 1994 y ENDSA 1998)

	BOLIVIA 1998	BENI Y PANDO 1994	BENI Y PANDO 1998
Tasa global de fecundidad	4.2	5.6	5.3
Promedio de nacidos vivos	5.1	6.4	6.3
Número de nacimientos[5]	5,265	215	315
Mediana del intervalo (en meses)	30.5	27.5	28.2
Edad mediana al primer nacimiento[6]	21.5	18.7	18.9
Fecundidad de adolescentes[7]	13.7	40.2	28.1
Conocimiento de métodos de PF[8]			
Conoce cualquier método	89.3	91	96.9
Conoce métodos modernos	86.2	89.5	95.9
Uso de métodos de PF[9]			
Cualquier método	48.3	40.4	56.2
Métodos modernos	25.2	23.6	36.4
Demanda total de PF[10]	74.4	69.4	78.5
Necesidad insatisfecha de PF[11]	26.1	22.3	22.3
Mortalidad infantil[12]	73	69	58
Mortalidad en la niñez[13]	99	102	74
Cuidado prenatal[14]			
Médico	62.6	42.3	66.0
No recibió cuidado prenatal	30.3	52.7	30.2
Lugar del parto[15]			
Servicio de salud	55.9	36.6	52.9
En la casa	43.4	60.0	44.8

[4] Ministerio de Salud y Previsión Social. **Seguro Básico de Salud.** La Paz, enero de 1998.

[5] Distribución porcentual de nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta por número de meses desde el nacimiento anterior, según características socioeconómicas seleccionadas

[6] Mujeres de 25 a 49 años por edad actual, según características seleccionadas

[7] Porcentaje de adolescentes (15-49 años) que son madres o están embarazadas por primera vez.

[8] Porcentaje de mujeres en unión.

[9] Distribución porcentual de las mujeres en unión. Aún predomina el uso de los métodos tradicionales

[10] Porcentaje de mujeres en unión

[11] Porcentaje de mujeres en unión

[12] Todas las tasas están basadas en más de 500 casos (personas expuestas). Tasas para los diez años anteriores a la encuesta

[13] Todas las tasas están basadas en más de 500 casos (personas expuestas). Tasas para los diez años anteriores a la encuesta

[14] Distribución porcentual de nacimientos en los tres años que precedieron a la encuesta

[15] Distribución porcentual de nacimientos en los tres años que precedieron a la encuesta

De acuerdo a los datos arriba detallados, todos los indicadores han mejorado notablemente en los departamentos del Beni y Pando a excepción del promedio de nacidos vivos que presenta un leve descenso y la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar que se ha mantenido al mismo nivel desde 1994 hasta 1998.

1.3 PATHFINDER INTERNATIONAL EN PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

Pathfinder International como Agencia de Cooperación, provee apoyo a programas de Salud Reproductiva y Planificación Familiar de los sectores privado y público de Bolivia desde 1970. La experiencia de Pathfinder International en el apoyo de servicios integrales de salud reproductiva en el sector público se basa en las actividades realizadas con el Programa de Salud Reproductiva de la Caja Nacional de Salud (CNS). Pathfinder ha venido dando apoyo a las actividades de entrega de servicios, capacitación de recursos humanos, actividades de IE&C (Información, Educación y Comunicación) y fortalecimiento institucional a la CNS y al Ministerio de Salud desde el inicio de sus actividades en Salud Reproductiva.[16]

1.4 PATHFINDER INTERNATIONAL EN EL SECTOR PÚBLICO

El personal especializado de Pathfinder International, tanto a nivel central como regional, trabajó en una planificación de cinco años de continuidad con el objetivo de crear una línea estratégica de apoyo a los programas de salud reproductiva con carácter prioritario para el sector público. Debido a que el proyecto de la Caja Nacional de Salud se iniciaba con muchas dificultades, e inclusive barreras por parte de los mismos proveedores, Pathfinder International coordinó actividades con el Ministerio de Salud. El enorme deseo y buena predisposición por parte del entonces director del Servicio Departamental de Salud (SEDES) en Beni (Dr. Luis Suárez, actualmente Coordinador en Trinidad de Pathfinder International) para la intervención de Pathfinder en el fortalecimiento de los servicios, fue un factor decisivo para implementar el proyecto de apoyo al Ministerio de Salud en Beni.

Este es el inicio del Proyecto de Apoyo al Programa de Salud Reproductiva de la Dirección Departamental de Salud del Beni. El proyecto consistía de dos elementos fundamentales: el fortalecimiento de la red de salud de la ciudad de Trinidad (Hospital Materno Infantil y consultorios de área), y la creación de un centro de capacitación.

Para fortalecer la red de salud de Trinidad, se proveyó de equipamiento tanto al Hospital Materno Infantil como a algunos centros. No todos los centros recibieron equipamiento debido a que el proyecto del BID ya se había comprometido a equipar algunos, como es el caso del centro de

---

[16] Pathfinder International. Propuesta de Proyecto. Julio 1996. Pp 3.

salud del área de Pompeya. El equipamiento permitió una mejora en los servicios ofrecidos y un consiguiente aumento en la demanda debido a que la gente empezó a acudir más a los centros de salud.

Para la creación del centro de capacitación, el Hospital Materno Infantil cedió un área físico para su construcción y JHPIEGO (ONG de capacitación) presentó la posibilidad de traer los insumos de tipo técnico como ser modelos pélvicos, retro proyectora, etc. Pathfinder International contrató en forma de consultores a dos capacitadores, uno para el área clínica y otro para el área de orientación o consejería. Pathfinder se encargó de los gastos para las construcciones, sueldos a los capacitadores y de la mayoría para el equipamiento. Los capacitadores pasarían eventualmente a planillas del Ministerio de Salud. Este componente presentaba mayor complejidad debido a que la capacitación iba a ser ofrecida a personal de salud no solo de Trinidad, sino de otras provincias y ciudades intermedias.

CAPITULO 2: ANTECEDENTES

2.1 JUSTIFICACIÓN

El trabajo de evaluación y documentación del Proyecto de Apoyo al Programa de Salud Reproductiva de la Dirección Departamental de Salud (Sector Público) del Beni[17] reflejó que existieron mejoras en las coberturas y en la demanda de servicios de planificación familiar en Trinidad desde la implementación del proyecto. Sin embargo, algunos centros tuvieron una disminución en los servicios de atención integral a la mujer. La evaluación reveló también que una de las debilidades más grandes del proyecto fue la falta de una supervisión capacitante adecuada en los establecimientos de salud. Actualmente, las visitas de supervisión a los establecimientos de salud son esporádicos y carecen de una estrategia clara. Una de las recomendaciones del informe de evaluación, enfatizó la necesidad de incluir supervisiones capacitantes que garanticen el uso efectivo de los recursos presupuestados y abastecidos por Pathfinder International para los establecimientos de salud del Ministerio de Salud en Trinidad.

En los programas de planificación familiar la supervisión es importante por dos razones principales: para averiguar qué pasa en los establecimientos de salud y para renovar el entusiasmo del personal. Los supervisores deben contribuir a que el personal se desempeñe mejor ofreciéndole apoyo, capacitación, ayuda logística y de recursos, lo mismo que seguimiento y evaluación.[18]

La supervisión es un problema crónico en los programas de planificación familiar. Dado que las visitas de supervisión a los puntos de prestación de servicios en los programas gubernamentales son costosas, se hacen con muy poca frecuencia, y cuando se concretizan tienden a ser idiosincrásicas en su propósito y en su contenido.

2.2 PROYECTO DE APOYO AL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA DE LA DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD (SECTOR PÚBLICO) DEL BENI – PATHFINDER INTERNATIONAL

Pathfinder International ingresó en Trinidad, Beni (Bolivia) con el objetivo de apoyar a la red de servicios de salud del Ministerio de Salud en el área de salud sexual y reproductiva. El apoyo consistió en ayuda económica para las mejoras en infraestructura, equipamiento y capacitación de proveedores de salud de Trinidad y otras provincias aledañas, incluyendo profesionales de Pando.

---

[17] Riveros, P. Evaluación y Documentación de Proyecto: Apoyo al Programa de Salud Reprodutiva de la Dirección Departamental de Salud (Sector Público) del Beni. Febrero 2000

Este apoyo integral para los servicios de salud tiene como fin mejorar la calidad de atención, y por consiguiente mejorar las coberturas logrando una mayor captación de usuarios.

De acuerdo al estudio de evaluación y documentación del proyecto[19], la cobertura de usuarios en el área de planificación familiar aumentó desde 1996 en todos los métodos ofrecidos por los establecimientos de la red del Ministerio de Salud en Trinidad. Los usuarios de condones aumentaron en un 67%, las usuarias de píldoras en un 257%, las usuarias de DIUs en un 27%, las usuarias de depoprovera en un 1,324% y los usuarios en métodos naturales y consejería en un 304%.

En cuanto a los servicios impartidos en atención integral de la mujer (todos los servicios relacionados con el control de embarazo), cada establecimiento de salud muestra diferencias que deben ser analizadas a fondo y de acuerdo a sus condiciones y particularidades. Sin embargo, desde la intervención del programa, el puesto de salud del área de Villa Vecinal y el centro de salud de Pompeya han aumentado su cobertura en todos los servicios relacionados con el control de embarazo. Contrario a esto, el puesto de salud 12 de abril ha experimentado problemas de cobertura en la atención de embarazos de alto riesgo detectable y el centro de salud de Trinidad aumentó su promedio de consultas de embarazo y disminuyó en las otras atenciones.

Dentro de la cobertura en atenciones médicas como ser a niños menores de 5 años, niños mayores de 5 años, controles prenatales, tomas de papanicolau y atención a personas con enfermedades de transmisión sexual, desde octubre de 1996 a junio de 1999 todos los servicios han aumentado a excepción de la atención a niños mayores de cinco años. La atención a niños menores de cinco años aumentó un 66% y la atención de enfermedades de transmisión sexual aumentó un 51%. Con menor impacto, los controles prenatales y las tomas de papanicolau aumentaron 14% y 11% respectivamente. Es necesario llevar a cabo estudios específicos para establecer las razones por las que cada tipo de servicio aumentó, no aumentó lo suficiente, o disminuyó como en el caso de la atención a niños mayores de cinco años. En general, se observa un incremento del 19% de cobertura en las atenciones médicas.

El informe de Evaluación y Documentación de Proyecto: Apoyo al Programa de Salud Reproductiva de la Dirección Departamental de Salud (Sector Público) del Beni[20] contiene los datos y el análisis respectivo de la evaluación realizada en Trinidad.

---

18 Wolff, J., et al. The familiy Planning Manager's Handbook: Basic Skills and Tools for Managing Family Planning Programs. Hartford, CT: Kumarian Press.

19 Ibid

20 Ibid

CAPITULO 3: MARCO TEÓRICO

3.1 LA SUPERVISIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Para cumplir con las responsabilidades a largo plazo y las actividades diarias, el personal requiere del apoyo directo del supervisor. Las instrucciones, sesiones de capacitación, normas y procedimientos escritos no son suficientes. Estos son buenos métodos para comunicar lo que se quiere hacer y cómo hacerlo; sin embargo, sin importar qué tan bien se apliquen estos métodos, se observa que es esencial el contacto personal, directo y periódico con el equipo sobre una base regular. Dicho contacto es importante por dos razones: primero para descubrir lo que realmente está pasando (en todos los aspectos del trabajo, particularmente aquellos que nunca consideran las estadísticas) y segundo, para renovar el entusiasmo del personal por el trabajo que realiza. El contacto personal es necesario para asegurar el funcionamiento efectivo del programa y para mantener la motivación y dedicación del personal. El propósito de la supervisión es guiar, apoyar y asistir al personal en todos los niveles de una organización para un buen desempeño en la realización de sus tareas. La función principal del supervisor es ayudar al personal a desempeñar mejor su trabajo proporcionándole: orientación y capacitación; asistencia con recursos y suministros; apoyo, estímulo y preocupación por sus derechos; y seguimiento y evaluación.[21]

Los supervisores en todos los niveles y en todas las secciones de la organización tienen un número de funciones básicas, que incluyen:

- Establecer **objetivos de desempeño individuales** (las actividades que un empleado debe realizar a cierto plazo) en forma participativa para que cada uno sepa lo que se espera de él.
- Resolver cualquier conflicto o **problema de desempeño** que se presente y motivar a los empleados para que hagan mejor su trabajo.
- Tener un **contacto regular con el personal** mediante sesiones de supervisión para motivar y dar retroalimentación, solucionar problemas y proporcionar orientación, asistencia y apoyo.
- Diseñar un **sistema de supervisión**, que incluya un plan de sesiones de supervisión con temas específicos para supervisar durante cada sesión.
- Preparar un **calendario de supervisión** que muestre la fecha y la hora de cada sesión de supervisión y señale los temas a tratar. Este debe actualizarse periódicamente.
- Realizar, con regularidad, **evaluaciones de desempeño** para revisar el trabajo anterior de un empleado y asegurar que se cumple con los objetivos propuestos.

3.2 CALIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

El tema de la calidad está recibiendo cada vez mayor atención en los programas de planificación familiar y en el sector de la salud en general. En 1994, la Conferencia Internacional en Población y Desarrollo estableció una agenda más amplia para que los programas puedan cumplir las necesidades de los clientes a través del ofrecimiento de diversos servicios de calidad de atención en salud reproductiva. Como resultado, se requiere que los programas ofrezcan más y mejores servicios a los nuevos grupos de clientes y a un mayor número de clientes que antes. Los programas han adoptado el mejoramiento de la calidad debido a que se espera que aumente el nivel de satisfacción del cliente, el uso de servicios por parte del cliente, y eventualmente que obtenga un impacto positivo en la salud reproductiva y en la salud en general. Finalmente, se espera que las mejoras en calidad llevarán a un aumento en la eficiencia y en un mejor uso de los recursos.

La calidad es a menudo definida como el cumplimiento de las necesidades de los clientes. Los programas que se encuentran concentrados en los clientes frecuentemente involucran a los clientes al definir sus necesidades y al diseñar los servicios. Para obtener servicios sostenibles es fundamental proveer servicios de calidad. El ofrecer y consecuentemente, mantener servicios de calidad sólo puede ser logrado a través de la resolución continua de problemas y del mejoramiento de la calidad.[22]

Los investigadores que han elaborado estudios empíricos sobre el significado de la calidad por lo general han enfocado el tema de manera indirecta, preguntando acerca de los atributos deseables de los doctores o las clínicas, o identificando aquellos atributos que se correlacionan con la satisfacción o insatisfacción expresada por estos proveedores de servicios. A través de estos medios indirectos, parecemos obtener respuestas igualmente indirectas, que varían de acuerdo con el papel del respondiente. Los administradores tienden a hablar acerca de la manera como está montada y dirigida una clínica. Los médicos describen los elementos de la atención, poniendo generalmente énfasis en sus componentes técnicos. Los pacientes describen las amenidades de una clínica y la forma como se comportan los médicos al interactuar con ellos. Generalmente, la calidad se define no en términos de las consecuencias de la atención sino en términos de los atributos de los proveedores y su comportamiento. Algunas personas ponen mayor énfasis en los elementos afectivos del proceso interpersonal, mientras que otras dan más

---

[21] Management Sciences for Health, Pathfinder International. Manual del Administrador de Planificación Familiar: Técnicas para Mejorar la Gestión de Programas. 1991. Pp 111

importancia a los elementos técnicos de la atención. Sin embargo, el interés personal y la competencia son una pareja inseparable de atributos funcionalmente relacionados, por los que se espera que el interés personal asegura que la competencia de un médico será empleada en beneficio del paciente.[23]

Finalmente, debemos hacer frente a la aserción de que los atributos de la buena atención, o de un buen doctor o una buena clínica, son tantos y tan variados que es imposible derivar de ellos un concepto unificador o una sola medición empírica de la calidad. Como corolario sería poco realista esperar que la actuación de cualquier profesional en particular, o de una institución en su conjunto, sea tan uniforme a través de estos muchos ingredientes de la calidad, que la bondad de un aspecto señale la presencia de bondad en muchos otros.

3.3 ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

En 1990, Judith Bruce, del Consejo de Población (The Population Council), en Nueva York, formuló seis elementos básicos que constituyen, en conjunto, la calidad.[24] Desde entonces, este "Marco de Bruce", como se le llama en la actualidad, ha servido de principal punto de referencia para la investigación sobre la calidad de la atención en la planificación familiar. A continuación presentamos los seis elementos:

ELECCIÓN DE MÉTODOS

La posibilidad de elección no sólo es el primer elemento, sino el fundamental para proporcionar servicios de calidad. Hay pruebas abrumadoras de que la oferta de una gama de métodos atrae más aceptantes y fomenta el cambio entre unos métodos y otros, que es la base de un uso satisfactorio y sostenido. La tarea de proporcionar opciones es compleja. La introducción improvisada de una tecnología no constituye una real expansión de la elección; es preciso proveer métodos con un elevado estándar de atención técnica e interpersonal. De hecho, es necesario tener una visión de largo plazo; el proveedor no es un simple abastecedor de tecnologías, sino que debe brindar una fuente de apoyo continuo a los individuos, a medida que éstos van cambiando sus requerimientos.

INFORMACIÓN A LOS USUARIOS

El número de hombres y mujeres que conoce los anticonceptivos modernos y los ha usado parece que va en aumento. Pero entre el público en general, e incluso entre los usuarios reales, persiste

---

[22] Internet: www.avsc.org

[23] Donavedian, A. La Calidad de la Atención Médica: Definición y Métodos de Evaluación. 1984. Ediciones Científicas. La Prensa Médica Mexicana, S. A. pp.86-87

un conocimiento deficiente sobre el uso adecuado así como sobre los riesgos y beneficios de los anticonceptivos. La falta de información es una razón para discontinuar la aplicación de un método, y la creencia en rumores puede disuadir de su uso. El contacto entre el usuario y el proveedor después del primer encuentro es irregular. Esto sucede porque se ha prestado muy poca atención al establecimiento de mecanismos de seguimiento y continuidad, y por las características de los usuarios –su movilidad geográfica y el deseo de privacidad, entre otros factores que posiblemente tiendan a que se utilicen diferentes puntos de suministro. Por último, a pesar de los esfuerzos realizados, aún existen niveles de información muy inadecuados entre proveedores de servicios clínicos, comerciales y comunitarios.

COMPETENCIA TÉCNICA

La disparidad entre los estándares articulados de competencia técnica –con frecuencia basados en los estándares occidentales de competencia- y lo que se encuentra en campo, debe abordarse mediante una evaluación de la calidad. Es posible que los estándares no sean realistas o que no estén definidos adecuadamente. Por ejemplo, si no está disponible una forma determinada de esterilización, los proveedores deben buscar alternativas realistas. Cuando existe un riesgo real de que las agujas, los trócares y otros dispositivos clínicos se vuelvan a usar –y ese reúso sea peligroso-, el personal de campo debe rechazar en su conjunto el procedimiento o bien dar instrucciones para prevenirlo.

Con respecto a la competencia técnica, quizás lo más adecuado sea establecer un sistema por niveles, con personal capacitado sólo hasta determinado rango, después del cual se remita a los clientes al siguiente nivel. La atención interpersonal y la competencia técnica deben ir juntas, y los proveedores deben entender la importancia de observar estándares clínicos seguros. Cuando los trabajadores no se lavan las manos antes de insertar un DIU, es sensato cuestionar su capacitación.

RELACIONES INTERPERSONALES

A pesar de que existen relatos negativos, sigue habiendo muchos trabajadores en quienes sus pacientes confían, aún cuando tengan suministros irregulares de anticonceptivos, dispongan de muy poco tiempo y reciban salarios insuficientes. Sin embargo, el sistema de servicio ha de desarrollar estándares comprensibles, observables y alcanzables de interacción interpersonal, y alterar los factores del programa que la dificulten. En programas bien establecidos, es necesario conocer la percepción del usuario. Algunas de las técnicas utilizadas hasta la fecha incluyen discusiones a fondo con el personal a todos los niveles con respecto a su percepción del proceso

---

[24] Bruce, J. Elementos Fundamentales de la Calidad de la Atención. Un Marco Conceptual Sencillo. Population Council/INOPAL III. Documentos de Trabajo, núm.21, 1998. Pp. 7-41

interpersonal con los usuarios, observación de las transacciones entre usuarios y proveedores, usuarios "simulados", estudios de flujo de usuarios, grupos focales con usuarios, y entrevistas de salida y post-servicio.

Esta clase de estudios revelarán, en último término, qué es necesario desde la perspectiva del usuario, aunque el conocimiento que tenga el proveedor de su propio sistema y de los puntos de intervención será vital para resolver los problemas que se presenten. Entre las probables intervenciones está la revisión de enfoques en la capacitación, el desarrollo de criterios explícitos para la interacción interpersonal, el análisis de las cargas de trabajo de los proveedores y la distracción de las presiones laborales, el apoyo a la supervisión y otras. El avance de esta área depende de una buena disposición de los administradores del programa para orquestar la dimensión interpersonal de la atención con tanto fervor como lo hacen con la dimensión técnica; para muchos clientes, el maltrato es peor que no recibir atención alguna.

CONTINUIDAD Y SEGUIMIENTO

En las tres últimas décadas, desde que se formuló por primera vez la noción de seguimiento, las características de los programas y los usuarios han cambiado, en algunos casos de manera espectacular. Más y más mujeres en todo el mundo están informadas superficialmente, son auto referidas y pasan por alto el consejo médico formal cuando inician el uso de anticonceptivos.

Apoyar la continuidad de uso entre todos los usuarios puede seguir siendo una meta deseada, pero se han de establecer las prioridades para un seguimiento específico. Las visitas repetidas, en algunos casos, pueden ser una pérdida de tiempo y debilitan el ánimo de los trabajadores. Hay que distinguir entre las necesidades de una pareja que declara se deseo de tener más hijos, un usuario que desde hace tiempo y de manera estable usa un método que depende del proveedor, y una joven y nueva usuaria de un método de auto empleo. El concepto de usuarios nuevos se podría extender a todos aquellos que están dentro del primer año de uso de un nuevo método –y no a los que sólo hicieron una visita inicial. Este grupo podría recibir mensajes educativos reforzados oral y visualmente, así como un seguimiento especial en la etapa temprana de adopción del método.

Allí donde la infraestructura de salud es muy débil, con servicios y trabajadores escasos, las visitas de seguimiento para PF podrían integrarse a las que se realizan con otros fines. Se podría usar un sistema de registro integrado, de base doméstica, en el que se consigne el estado de salud tanto de los adultos como de los niños. Otro modo de servir a las mujeres que viven en las áreas rurales remotas podría ser formar una red de voluntarias, de tal modo que a las nuevas usuarias se les dieran los nombres de otras mujeres de la zona que usan el mismo método.

Los medios de comunicación –sobre todo la radio, anuncios en lugares donde se adquieren anticonceptivos, folletos dentro de los empaques –se podrían emplear como recordatorio a los usuarios y para proporcionar información relevante para la salud, como la verificación del DIU o de los implantes, desalentar el uso de la pastilla entre las fumadoras, y así sucesivamente. El seguimiento efectivo y el apoyo a los usuarios exige algunos nuevos recursos, pero también reclama un mayor sentido de la mercadotecnia e ideas innovadoras.

CONSTELACIÓN APROPIADA DE SERVICIOS

Aunque las necesidades de una mujer en el transcurso de su vida están biológica y psicológicamente integradas, los servicios suelen segmentar esas necesidades, a veces de modo extremo y perjudicial. Una mujer embarazada no recibe mucha información sobre anticoncepción o terminación de embarazo; a una madre con un parto reciente se la bombardea con principios de anticoncepción cuando está centrada en la salud del bebé, extenuada por el parto, anovulatoria y probablemente sin actividad sexual, por lo menos durante seis semanas. Asimismo, a una mujer que da el pecho plenamente y busca anticoncepción varios meses después del parto se le niega el servicio porque se considera que ha podido estar expuesta al embarazo y sus menstruaciones no se han reanudado; a una adolescente sexualmente activa se le niega información sobre anticonceptivos porque es una menor y sólo se convierte en una adulta social si se embaraza o se casa. En nuestros programas abundan las contradicciones. La constelación de servicios apropiados es la que corresponde a los ritmos de los usuarios y a conceptos integrales de salud más que a demarcaciones médicas inflexibles. Son ejemplos la integración de la planificación familiar en la salud materno infantil, servicios postparto y otros servicios de salud reproductiva.

3.4 MÉTODOS Y HERRAMIENTAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Algunos expertos en planificación familiar, buscando un enfoque integral para mejorar los programas, han recurrido a la Gestión de la Calidad Total (Total Quality Management) técnica gerencial cuyo precursor fue desarrollado a inicios del siglo 20. Varios grupos internacionales para la atención de la salud han incluido la Gestión de Calidad Total en sus enfoques, mientras que otros han desarrollado sus propios métodos para el mejoramiento de la calidad. A continuación se describen las herramientas elaboradas por organizaciones no gubernamentales que se usaron para elaborar el plan de supervisión:

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CON USUARIOS

Esta herramienta a ser publicada próximamente, fue desarrollada en IPPF/RHO. Es utilizada para obtener la perspectiva del cliente sobre las organizaciones que prestan servicios. Consiste en un

cuestionario de una página con 29 preguntas. La meta para la muestra de usuarias a ser entrevistada es 100. Se recomienda utilizar una persona externa a la asociación para realizar entrevistas, pero en aquellas clínicas donde se piense que las usuarias puedan leer, el cuestionario puede ser auto-administrado y dejado confidencialmente en una caja cubierta. El enfoque de esta metodología está en analizar críticamente las respuestas en las cuales hubo insatisfacción, en vez de las respuestas satisfactorias, para así poder identificar áreas de mejora. La metodología no es costosa, es fácil de usar, y los resultados están disponibles rápidamente.[25]

COPE (CLIENTES – ORIENTADOS POR PROVEEDORES - EFICIENTES)

Esta herramienta de evaluación y fortalecimiento fue desarrollada por AVSC para hacer que los programas de planificación familiar sean sensibles a las necesidades de los usuarios, y ayuden a proveedores a brindar un mejor servicio. Existen tres etapas en la evaluación: análisis de flujo de usuarias, auto-evaluación del personal, y un plan de seguimiento. La evaluación es realizada por una persona externa que facilita el proceso y por el personal de la organización. La evaluación inicial dura hasta tres días. Se utiliza el sistema computarizado desarrollado por el Centro de Control de Enfermedades (CDC-EEUU) o una versión no-computarizada para hacer el análisis de flujo de usuarias y así determinar cómo las usuarias y el personal utilizan el tiempo en las clínicas. Después el personal y la persona facilitando la evaluación completan una lista de chequeo, lo cual examina todos los aspectos de entrega de servicios. Los resultados son revisados y el personal se reúne y desarrolla un plan de acción. Después de varios meses, la persona que facilitó el proceso regresa al puesto de servicio para evaluar el progreso y brindar asistencia técnica. COPE ofrece una manera eficiente y costo efectiva para analizar una clínica. Involucra a todo el personal e identifica problemas y cuellos de botella en las clínicas. Además, es orientada hacia la usuaria. Sin embargo, el proceso a veces se basa en las impresiones de personas en vez de un sistema formal de recolectar datos para tomar decisiones sobre las mejoras necesarias para la calidad de atención.[26]

DEFINICIÓN DE CALIDAD Y SU EVALUACIÓN

Esta herramienta fue creada por el Consejo de Población, y define el estándar de calidad como un conjunto de atributos. Requiere que la administración y las personas prestando servicios evalúes los niveles ideales y actuales de calidad para cada atributo dentro de su organización de planificación familiar. La metodología toma en cuenta que la definición de una alta calidad va a variar entre diferentes locales y depende en las realidades políticas y limitaciones de recursos.

---

[25] International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region. Módulo de Autoevaluación de la Capacidad Institucional para Mejorar la Calidad de Atención. Pp. 19

[26] Ibid, pp 20

Vale destacar que la evaluación es subjetiva y no debería reemplazar evaluaciones directas. Este es el primer paso en definir y mejorar calidad.[27]

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

También creada por el Consejo de Población, Análisis de Situación es una metodología que examina a los puestos de entrega de servicio en un área geográfica definida para determinar la disponibilidad y funciones de calidad de las actividades de salud y planificación familiar. A un nivel más complejo puede analizar la relación entre resultados y la calidad de servicios provistos y recibidos. Finalmente, puede ser utilizada para determinar si mejoras en calidad tendrán un impacto en la aceptación y continuación de uso de anticonceptivos. Se pasa un día evaluando cada puesto de servicio en siete sistemas, o áreas: suministros/logística, instalaciones, capacitación del personal, supervisión, IEC, y documentación. Se recopila información a través de observación directa y por medio de entrevistas con proveedores y usuarias. Los equipos de investigación deberían incluir por lo menos a una persona con experiencia clínica y a alguien con antecedentes en las ciencias sociales y en metodología de entrevistas. Cada supervisor debería tener a su cargo tres, o menos equipos de investigación. Por lo general la capacitación demora ocho días. Una ventaja de Análisis de Situación es que ofrece un análisis comprensivo sobre la entrega de servicios en una región específica. Identifica áreas que requieren mejora y los datos pueden ser fácil y rápidamente recopilados, analizados y estar disponibles para la toma de decisiones. La desventaja de Análisis de Situación es que los resultados podrían ser un poco sesgados ya que el personal estará en su mejor comportamiento durante el análisis. Además la evaluación no será completamente correcta si se limita a un día para cada puesto de servicio. Es particularmente difícil obtener la perspectiva de la usuaria durante una visita de un día.[28]

---

[27] Ibid

[28] Ibid

CAPITULO 4: OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar una estrategia de supervisión adecuada para realizar un control de calidad de atención de servicios de salud reproductiva del Proyecto de Apoyo al Programa de Salud Reproductiva de la Dirección Departamental de Salud (Sector Público) del Beni a ser implementada en el Hospital Materno Infantil, los seis centros de salud y los dos puestos de salud que conforman la red del Ministerio de Salud en Trinidad.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar estrategias de supervisión de control de calidad de atención usadas actualmente en organizaciones de salud para adaptarlas a la realidad del proyecto implementado por Pathfinder International.
- Establecer indicadores de evaluación que se encuentren relacionados con la calidad de atención en los establecimientos de salud de la red del Ministerio de Salud.
- Elaborar los instrumentos necesarios para implementar la estrategia de supervisión del proyecto.

CAPITULO 5: MÉTODOS DE TRABAJO

Se recurrió a la definición de los conceptos elementales de calidad de atención y supervisión para diseñar un plan de supervisión que se adapte a las necesidades específicas del Proyecto de Apoyo al Programa de Salud Reproductiva de la Dirección Departamental de Salud del Beni, a la realidad política y limitaciones de recursos del departamento de Beni.

Para obtener una visión de lo que se requiere para lograr un buen servicio en términos de calidad de atención, se describieron los seis elementos básicos que conforman la calidad de atención en servicios de planificación familiar. También se definió el concepto de supervisión en servicios de planificación familiar y se describieron los métodos y herramientas más usadas por organizaciones de salud para mejorar la calidad de atención.

Los antecedentes del proyecto y el marco teórico obtenido sirvieron de insumo para elaborar el plan de supervisión. Para establecer la estrategia de supervisión y las características del instrumento, se realizó una investigación bibliográfica extensa y se llevaron a cabo entrevistas informales con personal de salud especializado en actividades de evaluación y monitoreo.

La elaboración de los instrumentos de supervisión requirió una investigación bibliográfica, entrevistas informales con personal de salud especializado en actividades de evaluación y monitoreo, entrevistas formales con proveedores de salud y usuarios de los nueve establecimientos de salud del Ministerio de Salud en Trinidad (Hospital Materno Infantil, Centro de Salud Pedro Marbán, Centro de Salud Pompeya, Centro de Salud San José, Centro de Salud San Vicente, Centro de Salud Cipriano Barace, Centro de Salud Central, Puesto de Salud Villa Vecinal y Puesto de Salud 12 de Abril) y reuniones con un especialista de Pathfinder International en elaboración de entrevistas y encuestas.

A pesar de que todos los formularios – guía incluidos en este plan de supervisión son instrumentos flexibles que pueden ser modificados durante las sesiones, el formulario – guía de Entrevistas con los Usuarios es un instrumento que fue puesto en práctica con cincuenta usuarios en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud en Trinidad. Este formulario permitió obtener información valiosa respecto a los servicios ofrecidos en estos establecimientos, de manera que se confirma su utilidad y efectividad.

CAPITULO 6: ANÁLISIS

6.1 ESTRATEGIA DE SUPERVISIÓN

Ricardo Vernon y otros colegas[29] realizaron un cuasi-experimento para demostrar la ventaja de dos estrategias alternativas de supervisión (indirecta y de auto-evaluación) sobre el esquema tradicional de visitar los establecimientos de salud. El estudio intentó reducir el costo de las visitas de supervisión y mejorar los resultados del programa a través de un intento sistemático por mejorar la calidad. Como resultado del estudio, la supervisión indirecta fue menos costosa que la tradicional o que los métodos de auto evaluación, y cerca de 80% de los problemas identificados por el equipo de trabajo que llevaron a cabo las dos alternativas de supervisión, se corrigió en el mismo año en que fue identificado. El estudio concluye que cualquiera de las dos estrategias alternativas podría ser empleada provechosamente.

La Región del Hemisferio Occidental del International Planned Parenthood Federation (IPPF) también realizó un estudio con el objetivo de comparar los instrumentos para mejorar la calidad de atención más usados por las diferentes organizaciones de salud.[30] El estudio además incluye una evaluación de las características metodológicas de cada uno de los instrumentos. Uno de los criterios usados en este estudio fue el de verificar si los instrumentos cumplen con cada una de las etapas de evaluación de proyectos de salud. Estas etapas son la de definición, la diagnóstica, la de mejoramiento y la de evaluación.

La etapa de definición, define el nivel de calidad esperado y sus atributos en cada uno de los diferentes establecimientos de salud, de acuerdo a las realidades políticas y limitaciones de recursos de cada área. La etapa diagnóstica se refiere a la recolección de todos los datos necesarios para realizar un diagnóstico preliminar de la situación actual del establecimiento de salud, lo cuál llevará a la definición de los problemas y el planteamiento de sus soluciones. La etapa de mejoramiento es el proceso durante el cuál se llevarán a cabo las acciones correspondientes para solucionar los problemas encontrados durante la etapa de diagnóstico. Finalmente, es durante la etapa de evaluación que se realizan los análisis respectivos para determinar si los objetivos del proyecto se están cumpliendo y si eventualmente el proyecto está causando el impacto deseado dentro de la comunidad meta.

---

[29] Vernon, R., et al. **Una Prueba de Estrategias Alternativas de Supervisión para Servicios de Planificación Familiar en Guatemala.** En:Investigación Operativa en Planificación Familiar. Editores: Foreit, J., Frejka, T.

[30] International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region. **Módulo de Autoevaluación de la Capacidad Institucional para Mejorar la Calidad de Atención.** Pp. 25

De acuerdo a esta evaluación, y para los propósitos específicos del proyecto de Pathfinder International, las herramientas Encuesta de Satisfacción, COPE, Análisis de Situación y Definición de Calidad y su Evaluación pueden ser combinadas para obtener una estrategia de supervisión completa y que incluya las cuatro etapas de evaluación de un proyecto.

A continuación se muestra un resumen de la evaluación de la IPPF según las características metodológicas de las cuatro herramientas:

INSTRUMENTO	Uso* (interno o externo)	Facilidad de recopilación / Análisis de datos	Participación del personal	Control de Sesgo**	Retroalimentación rápida de resultados	Comparación a través del tiempo / monitoreo
Encuesta de Satisfacción	Ambos	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓
COPE	Ambos	✓✓	✓✓✓	✓	✓✓✓	✓
Definición de Calidad y su Evaluación	Ambos	✓✓	✓✓✓		✓✓	✓
Análisis de Situación	Externo	✓	✓	✓✓✓	✓	✓✓✓

* Examina si los resultados obtenidos por medio del instrumento son estrictamente orientados para el uso de personal "interno" (ej. personal clínico, personal de proyecto), o si los resultados pueden usarse por la administración de alto nivel o directores fuera del ambiente inmediato del trabajo ("externo"). Bajo el uso "externo" también se consideran los instrumentos que proveen resultados útiles para informes externos a donantes o legisladores.

** Mientras que muchos de los instrumentos desarrollados para la evaluación de calidad de atención no se ha sometido a las pruebas estrictas de confiabilidad y validez, es importante considerar el hecho de que los instrumentos provean al menos algún mecanismo de "control" de sesgo. En este caso se examinaron aspectos tales como el sesgo de cortesía y los mecanismos para controlar el sesgo por selección.

Como se puede observar en la tabla comparativa, algunas de las características metodológicas presentan mayores ventajas o desventajas dependiendo del instrumento usado. De los cuatro instrumentos arriba mencionados, COPE es el que ha sido usado con más frecuencia y con mejores resultados en proyectos de salud. Para 1993, más de 50 clínicas y hospitales en nueve países africanos y dos latinoamericanos habían utilizado COPE, entre otras cosas, para mejorar la privacidad y la capacitación del personal, reducir el tiempo de espera de los clientes y

proporcionar más información por escrito sobre la planificación familiar,[31] y para 1998 su uso se extendió a aproximadamente 35 países en todo el mundo.[32] Además, según la doctora Pamela Lynam, subdirectora de programas especiales para la oficina de Africa de la AVSC, asegura que el COPE es fácil de instaurar, muy transferible y eficaz en cuanto al costo.

El instrumento final diseñado en este trabajo para el proyecto de Pathfinder International incluye algunas técnicas del COPE como base, algunas técnicas de los otros tres instrumentos, y el complemento de otras técnicas para obtener un solo instrumento completo y que se ajuste a las necesidades del proyecto implementado por Pathfinder International.

6.2 CARACTERÍSTICAS DE LA ESTRATEGIA DE SUPERVISIÓN

La estrategia de supervisión para el proyecto de Apoyo al Programa de Salud Reproductiva de la Dirección Departamental de salud del Beni debe contar con las siguientes características:

- **Supervisor del establecimiento de salud**, que debe ser capacitado para que se convierta en "facilitador del establecimiento", cuya responsabilidad será manejar los ejercicios del instrumento de supervisión y hacerles seguimiento. Lo ideal es que un supervisor de Pathfinder International trabaje con el del establecimiento al menos durante la primera sesión, aunque algunos estudios han demostrado la necesidad de la presencia del supervisor externo (Pathfinder International) para asegurar la correcta ejecución de los ejercicios. El supervisor debe indagar información formulando preguntas abiertas, mostrar empatía hacia el personal del establecimiento en todo momento, usar la técnica de parafraseo para establecer ideas claras, propiciar el sentido de la autonomía entre el personal, mostrar entusiasmo, ser positivo para subir el ánimo del personal, hablar de las fortalezas lo mismo que de los problemas, ser flexible, propiciar la participación entre el personal y dar ejemplos sobre problemas y soluciones encontradas en otros proyectos siempre manteniendo la confidencialidad en relación a nombres e instituciones.
- **Preparación para un ejercicio del instrumento de supervisión**, que incluye tener contacto con el establecimiento de salud (visita previa, programación de las actividades, cartas al establecimiento que destacan la importancia del compromiso tanto de los ejecutivos como del personal del establecimiento) y la elaboración o preparación de los materiales y suministros necesarios (manuales, formularios y otros materiales de escritorio).
- **Reunión preliminar**, con el propósito de estimular a los participantes para que analicen el significado de un *servicio de calidad* y discutan su compromiso con el mejoramiento de la

---

[31] Network. **Métodos para Mejorar la Calidad de la Atención.** Family Health International, Volumen 8, Número 4. Octubre 1993. Pp. 7

calidad, presentar el instrumento de supervisión y explicar cómo funciona, despertar la conciencia entre el personal de que ellos tienen el poder de mejorar la calidad de sus servicios, y finalmente, identificar equipos de trabajo.

- **Frecuencia del ejercicio**, a ser definida por el supervisor de Pathfinder International y el personal del establecimiento de salud. Sin embargo, para permitir que un solo supervisor aplique el instrumento en los nueve establecimientos de salud de la red del Ministerio de Salud uno a la vez, se aconseja realizar la supervisión en cada establecimiento una vez cada tres meses, en vez de la tradicional supervisión mensual o quincenal. Un estudio realizado en Brasil determinó que la reducción en la frecuencia de las visitas de supervisión de una vez al mes a una cada tres meses no tenía impacto alguno sobre el rendimiento del programa[33]. Este hallazgo permite ahorros considerables en los costos.
- **Duración de la sesión de supervisión**, depende del establecimiento en el que se estará realizando la supervisión. En el caso del Hospital Materno Infantil, debido al alto flujo de usuarios, la supervisión puede tener una duración de hasta tres días. Para el caso de una menor afluencia de usuarios, en los seis centros de salud la actividad puede llevarse a cabo en dos días. Finalmente, los dos puestos de salud que actualmente no cuentan con muchos usuarios, esta actividad se puede llevar a cabo en un solo día. A medida que la afluencia de usuarios aumente en los centros y puestos de salud, la duración de supervisión puede aumentar, pero nunca sobrepasar los tres días.

6.3 MÓDULOS DEL INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN

Los seis módulos que conforman la estructura del instrumento de supervisión para el proyecto de Apoyo al Programa de Salud Reproductiva de la Dirección Departamental de salud del Beni son:

- **Indicadores de Evaluación**, cumpliendo de esta manera con la definición de los indicadores de salud a evaluarse durante todo el proceso.
- **Autoevaluación**, realizada mediante el uso de formularios elaborados para garantizar servicios de planificación familiar de calidad.
- **Entrevistas con los Usuarios**, llevadas a cabo por el personal con la ayuda de un formulario para entrevistas.
- **Análisis del Flujo de Usuarios**, usado para realizar el seguimiento de los usuarios de un servicio de planificación familiar, desde el momento que ingresan hasta que salen del establecimiento de salud.

---

[32] Network. Calidad de la Atención. Family Health International, Volumen 19, Número 1. Primavera 1998

- **Plan de Acción**, preparado por el personal usando los módulos anteriores; describe los problemas identificados, las soluciones recomendadas y las personas responsables de realizar las acciones antes de una fecha específica.
- **Seguimiento**, que incluye el seguimiento de las recomendaciones sobre el Plan de Acción y permite realizar comparaciones a través del tiempo (monitorear las actividades).

6.3.1 INDICADORES DE EVALUACIÓN

En la siguiente lista, los indicadores se encuentran por categorías de acuerdo a los seis elementos del Marco de Bruce. Donde fue posible, los indicadores están presentados, dentro de cada elemento, en secuencia cronológica, es decir, el orden en el cual se esperaría que los eventos sucedieran en los establecimiento que ofrecen servicios de salud dentro de la red del Ministerio de Salud en Trinidad. La información para estos indicadores debe ser proporcionada por el establecimiento de salud a Pathfinder International cada tres meses como parte de las actividades regulares de monitoreo del proyecto.

ELEMENTO: ELECCIÓN DE MÉTODOS

Indicadores:

1. Número de métodos aprobados para el uso en un puesto de salud
2. Número / rango de métodos disponibles en un puesto de salud
3. Proveedor ofrece todos los métodos apropiados
4. El proveedor no incluye restricciones innecesarias para la elección de un método
5. El cliente recibe atención en el método de su elección
6. El proveedor refiere al cliente a un establecimiento existente y accesible para obtener los métodos que no se encuentran disponibles en el puesto de salud

ELEMENTO: INFORMACIÓN A LOS USUARIOS

Indicadores:

7. El proveedor demuestra buenas destrezas de conocimiento (ej. brindar información, requerir información, responder dudas)
8. El proveedor cuenta con una lista de los temas a tratarse durante una sesión informativa
9. El proveedor proporciona una opinión informada y libre de sesgos para todos los métodos
10. El proveedor proporciona información precisa y relevante sobre el método elegido (cómo usarlo, sus ventajas y sus desventajas, sus efectos secundarios, las precauciones primarias y

---

[33] Foreit, J., Foreit, K. Quarterly versus Monthly Supervision of CBD Family Planning Programs: An Experimiental Study in Northeast Brazil. En: Studies in Family Planning. 1984, Vol. 15, Núm. 3. Pp 112-120

secundarias, cuáles complicaciones requieren atención médica, re abastecimiento, otra información importante)

11. El proveedor le pide al cliente que repita la información más importante sobre el método elegido (cómo usarlo, efectos secundarios, qué hacer cuando éstos ocurren, etc.)
12. El cliente explica correctamente los aspectos del método elegido (cómo usarlo, posibles efectos secundarios, qué hacer cuando presenta algún síntoma de un efecto secundario, cuándo retornar al establecimiento de salud, dónde acudir)
13. Disponibilidad de materiales de información (impresos, modelos, ejemplos, etc.) sobre métodos específicos
14. Es aceptable el nivel de privacidad para la orientación y el examen (si fuera necesario)

ELEMENTO: COMPETENCIA TÉCNICA

Indicadores:

15. Existen procedimientos escritos en el puesto de salud sobre la práctica de planificación familiar
16. Existen descripciones de trabajo para cada posición
17. Existen mecanismos formales para revisar / supervisar a proveedores de servicios potenciales
18. Existe un criterio de educación / capacitación para las actividades de servicio
19. El nuevo personal es capacitado de acuerdo a los procedimientos del establecimiento
20. Los médicos han recibido capacitación relevante a su trabajo
21. Todo el personal recibe sesiones de reciclaje
22. Existe el equipamiento básico para ofrecer los métodos disponibles en el puesto de salud (equipo de esterilización, guantes, alumbramiento adecuado, agua, otros)
23. El proveedor puede explicar la anticoncepción (cómo usarla, sus ventajas y desventajas, sus efectos secundarios, las precauciones primarias y secundarias, las complicaciones que requieren atención profesional, re abastecimiento)
24. El proveedor demuestra sus destrezas en los procedimiento clínicos (de acuerdo a los reglamentos del establecimiento)
25. El proveedor demuestra su habilidad para reconocer / identificar contraindicaciones (de acuerdo a los reglamentos del establecimiento)
26. El proveedor evita exámenes, revisiones y tiempos de espera que no son médicamente justificables
27. El proveedor lleva a cabo los procedimientos de desinfección

28. El puesto de salud puede recibir casos de VIH, otras ETSs, e infecciones del tracto reproductivo (identificación, diagnosis, orientación sobre la prevención, tratamiento y orientación)
29. El cliente recibe un método apropiado (médicamente apropiado o apropiado de acuerdo al estilo de vida sexual, incluyendo riesgo de ETSs y VIH)

ELEMENTO: RELACIONES INTERPERSONALES

Indicadores:

30. Los proveedores de servicios están capacitados en relaciones interpersonales
31. El proveedor establece una buena relación al evaluar la situación personal (circunstancias familiares, la naturaleza de las relaciones sexuales)
32. El cliente dice sentirse bienvenido por el personal, tener confianza para formular preguntas, tratado con respecto / cortesía por los proveedores

ELEMENTO: CONTINUIDAD Y SEGUIMIENTO

Indicadores:

33. El proveedor estimula al cliente para retornar al establecimiento cuando sea necesario
34. El plan de seguimiento es apropiado y razonable
35. El cliente puede re abastecerse fácilmente (el abastecimiento de todos los métodos que se ofrecen en el puesto de salud es adecuado y/o el sistema de re abastecimiento es confiable)
36. Pueden ser identificadas las visitas de seguimiento no cumplidas por el cliente
37. Los clientes que faltaron a sus visitas de seguimiento son contactados
38. Pueden ser identificadas las razones por las que un cliente no retorna

ELEMENTO: CONSTELACIÓN APROPIADA DE SERVICIOS

Indicadores:

39. Los clientes y los no-usuarios perciben que la privacidad / confidencialidad en las sesiones de orientación es aceptable, la privacidad / confidencialidad durante los exámenes es aceptable, el tiempo de espera es aceptable, el tiempo de consulta es aceptable, el horario de atención es aceptable, el personal es aceptable en términos de género, grupo étnico, edad)
40. Los clientes y los no-usuarios perciben que la infraestructura es adecuada (salas de espera, sala de consulta, limpieza / higiene, agua, baños, otros)

6.3.2 AUTOEVALUACIÓN

La herramienta de autoevaluación es utilizada por equipos de miembros del personal, quienes usan seis Formularios – Guía para analizar cuidadosamente cada uno de los elementos fundamentales de la calidad de la atención. En el anexo A aparece una copia de cada uno de los

formularios. Su finalidad es aplicarlos a todos los usuarios (hombres, mujeres, adolescentes, etc.) y a todos los servicios de salud reproductiva (anticonceptivos, infecciones del tracto reproductor, materno infantil, atención post aborto, etc.). La siguiente es una sinopsis de cada formulario:

- **Formulario de Elección de Métodos**, se refiere al derecho que tienen los usuarios de elegir un método anticonceptivo apropiado.
- **Formulario de Información a los Usuarios**, dirigido al personal que proporciona la información a los usuarios y se refiere a la disponibilidad de información a través de las actividades pertinentes, la consejería y los materiales educativos para el usuario.
- **Formulario de Competencia Técnica**, se refiere al mantenimiento de condiciones asépticas, cumplimiento de los protocolos y disponibilidad de personal competente en la realización de las técnicas clínicas.
- **Formulario de Relaciones Interpersonales**, con el cuál el personal considera puntos relacionados con la interacción con los usuarios. Guarda relación con aspectos tales como el grado de empatía demostrada en la actitud del personal y el tiempo dedicado a cada paciente.
- **Formulario de Continuidad y Seguimiento**, se centra en la necesidad de los usuarios de tener una continuidad en el servicio y trata el interrogante de si las instalaciones cuentan con sistemas eficientes para garantizar la continuidad de la atención.
- **Formulario de Constelación Apropiada de Servicios**, relacionada con la disponibilidad de servicios de planificación familiar aceptables y cómodos.

El supervisor debe entregar los formularios al personal mientras los está discutiendo durante la reunión preliminar. El supervisor debe insistir en lo siguiente:

- Los formularios no se recogerán: solamente son para uso de los participantes.
- No es necesario que los participantes respondan todas las preguntas, sino que analicen aquellas que consideran que requieren un análisis más profundo.
- Los participantes pueden incluir en el formulario otros temas que consideran importantes.
- Los participantes tienen que ser lo más específicos y concretos posible.

Los equipos del personal deben reunirse para comparar las anotaciones en los formularios, identificar soluciones a los problemas encontrados y presentarlos al supervisor en el siguiente formato:

PROBLEMA	RECOMENDACION	PERSONA RESPONSABLE	FECHA LIMITE

6.3.3 ENTREVISTAS CON LOS USUARIOS

La finalidad de la herramienta de entrevista con el usuario es estimular al personal para que pregunten rutinariamente a los usuarios qué piensan de la calidad de los servicios del establecimiento. Las entrevistas con los usuarios contribuyen para que Pathfinder International averigüe qué saben los usuarios acerca de los servicios ofrecidos, qué piensan los usuarios acerca de los servicios ofrecidos y sugerencias de los usuarios para mejorar los servicios.

No se necesita una muestra grande de usuarios. De 10 a 15 entrevistas son adecuadas para cada ejercicio. Es posible que cada voluntario acuerde entrevistar dos o tres usuarios, asegurándose que la misma persona no sea entrevistada más de una vez.

El procedimiento a llevarse a cabo para la aplicación de esta herramienta debe tomar en cuenta los siguientes puntos:

- **Entrevistadores**. Es preciso que los entrevistadores comuniquen a los usuarios el hecho de que el establecimiento sinceramente desea mejorar los servicios, evitando de esta manera que el usuario responda positivamente a todas las preguntas con el fin de agradar al entrevistador.
- **Técnica de entrevista**. Los entrevistadores deben ser lo más informales que puedan, aunque las entrevistas deben llevarse a cabo en un recinto privado.
- **Uso del formulario.** El entrevistador no tiene que ceñirse al formato y al cuestionario del formulario. El personal puede usar el formulario para hacer anotaciones acerca de las respuestas del usuario a las preguntas o puntos importantes mencionados por el usuario, pero los formularios no tienen que llenarse ni entregarse a nadie. La finalidad de la entrevista es obtener ideas de los usuarios.
- **Registro de las entrevistas con los usuarios.** Los entrevistadores deben registrar los problemas en el formato arriba detallado para los formularios de autoevaluación (problema, recomendación, persona responsable y fecha límite).

El anexo B contiene una copia del Formulario de Entrevistas con los Usuarios.

6.3.4 ANÁLISIS DEL FLUJO DE USUARIOS

El Análisis del Flujo de Usuarios (AFU) describe el flujo de usuarios y el uso del personal en un servicio. Para realizarlo, el personal utiliza diagramas y los gráficos de datos recopilados en una sesión clínica para ayudar a identificar los mejoramientos potenciales. Estos diagramas y gráficos permiten evaluar rápidamente el flujo de usuarios: demuestran visualmente cómo se usan el tiempo del usuario y el del personal.

Los pasos a seguirse durante el AFU son:

- **Recopilación de datos.** El anexo C contiene el Formulario de Registro del Usuario que los usuarios llevan consigo en todo momento desde que ingresan al establecimiento, presentándolo a cada miembro del personal con quien tengan contacto.
- **Tabla del Flujo de Usuarios.** El anexo D contiene un ejemplo de la Tabla de Flujo de Usuarios que resume todos los formularios de registro del usuario.
- **Gráfico del Flujo de Usuarios.** La Tabla del Flujo de Usuarios nos permitirá obtener la gráfica cuyo ejemplo se encuentra en el anexo E. Esta gráfica permite ver los tiempos de espera de los clientes y los tiempos de consulta por tipo de consulta, de esta manera pudiendo fácilmente identificar los cuellos de botella y ver posibilidades de reducir los tiempos de espera de los usuarios en determinadas etapas del servicio ofrecido.
- **Gráfico del Uso del Personal.** Al igual que el Gráfico del Flujo de Usuarios, el Gráfico del Uso del Personal se utiliza para ofrecer una representación gráfica y visual de los datos. Nuevamente, el insumo para este gráfico es la Tabla del Flujo de Usuarios. El anexo F contiene un ejemplo de este gráfico. Las preguntas que este gráfico puede ayudar a contestar incluyen ¿se utiliza eficientemente el personal del establecimiento? ¿son unos pocos miembros del personal responsables de la mayor parte de los servicios, y por qué? ¿se podría usar mejor el tiempo del personal? ¿sería posible reorganizar el tiempo del personal para reducir el período de espera de los usuarios?
- **Registro de los resultados.** Con base a los gráficos, el personal deben registrar los problemas encontrados en el formato detallado para los formularios de auto evaluación (problema, recomendación, persona responsable y fecha límite).

6.3.5 PLAN DE ACCIÓN

Durante la reunión sobre el Plan de Acción, que se realiza el último día de la supervisión, los equipos presentan sus resultados de las herramientas de auto evaluación, Entrevistas con los Usuarios y Análisis del Flujo de Usuarios. Los propósitos de la reunión son:

- Presentar los resultados obtenidos de las herramientas
- Averiguar las posibles causas de los problemas
- Identificar soluciones para los problemas
- Asignar un miembro del personal para que se responsabilice de implementar la solución en una fecha establecida
- Acordar una fecha para realizar un ejercicio de seguimiento

6.3.6 SEGUIMIENTO

El propósito del seguimiento es permitir que el personal vigile y evalúe el progreso que lograron en el cumplimiento de las metas establecidas en el previo Plan de Acción. La programación de una reunión de seguimiento con la presencia del supervisor estimula al personal a ejecutar sus propias sugerencias y les da un incentivo para concentrarse en los cambios que decidieron hacer.
La reunión de seguimiento debe realizarse al inicio del siguiente ejercicio de supervisión (cada tres meses). Es posible que durante el seguimiento se descubra que algunos asuntos resultaron no ser problemas. Los participantes también pueden observar que algunas recomendaciones fueron implementadas en mayor o menor tiempo del asignado. Los problemas no resueltos para los cuales hay una solución posible deben incorporarse en el próximo Plan de Acción.

CONCLUSIONES

El Plan de Supervisión propuesto en este trabajo para el Proyecto de Apoyo al Programa de Salud Reproductiva de la Dirección Departamental de Salud del Beni, permitirá detectar y prevenir problemas operativos, administrativos, técnicos, y de otra índole, por medio de la implementación de un sistema que genera una buena comunicación entre el personal de los establecimientos de salud y la entidad financiadora y supervisora del proyecto.

Eventualmente, los resultados de varias sesiones de supervisión, se traducirán en mejoras en la calidad de atención de los servicios de los nueve establecimientos de salud de la red del Ministerio de Salud en Trinidad, y a su vez, esto llevará a obtener mayores coberturas y captaciones de usuarios satisfechos con los servicios. El fin último del proyecto es que Trinidad cuente en un futuro con índices de salud más altos comparados a los índices actuales.

Aunque el Proyecto de Apoyo al Programa de Salud Reproductiva de la Dirección Departamental de Salud del Beni tiene como objetivo centrarse en servicios de planificación familiar, este sistema de supervisión mejorará la calidad de atención de todos los servicios en general ofrecidos por los establecimientos de salud del Ministerio de Salud de Trinidad.

RECOMENDACIONES

Este plan de supervisión está diseñado para el uso específico del Proyecto de Apoyo al Programa de Salud Reproductiva de la Dirección Departamental de Salud del Beni implementado por Pathfinder International, y de acuerdo a la realidad política y límites de recursos de los establecimientos de salud de la red del Ministerio de Salud en Trinidad (Bolivia).

Aspectos como la frecuencia de aplicación de los instrumentos elaborados, necesidad de supervisores externos, duración de las sesiones de supervisión, y el contenido de los formularios – guía, han sido establecidos de acuerdo a las necesidades y la afluencia de usuarios de los nueve establecimientos de salud del Ministerio de Salud del Beni.

Antes de poner en práctica las sugerencias de este plan de supervisión, es recomendable llevar a cabo una sesión experimental en por lo menos un tipo de establecimiento; es decir, realizar el ejercicio completo en un centro de salud con mayor afluencia de usuarios como el Centro de Salud Cipriano Barace, un puesto de salud con mayor afluencia de usuarios como el Puesto de Salud 12 de Abril, y finalmente en el Hospital Materno Infantil. Esta sesión experimental permitirá detectar omisiones o redundancias en los instrumentos de supervisión elaborados y además permitirá al supervisor externo establecer puntos de referencia iniciales sobre cómo y cuándo llevar a cabo las actividades.

Cabe recalcar que los instrumentos elaborados y las características de las sesiones de supervisión, no son parámetros fijos, sino que pueden ser modificados conforme pase el tiempo y las necesidades y requerimientos de los establecimientos de salud vayan cambiando debido a cambios de políticas internas, cambios en las necesidades o demandas de los usuarios, etc. Además, es importante mencionar que no es necesario usar todos los instrumentos en todos los establecimientos en cada sesión de supervisión. Especialmente en el caso de los puestos de salud que actualmente no cuentan con mucha afluencia de usuarios, es posible omitir el uso del instrumento de Análisis de Flujo. Si embargo, es necesario poner en práctica todos los instrumentos por lo menos una vez inicialmente para establecer si las futuras sesiones incluirán el instrumento o no.

ANEXO A

FORMULARIOS – GUÍA DE AUTOEVALUACIÓN

FORMULARIO DE ELECCIÓN DE MÉTODOS

Si una de las preguntas siguientes es un problema en su servicio o si usted considera que necesita mayor discusión, anote sus comentarios en el rotafolio, usando el siguiente formato: «PROBLEMA; RECOMENDACIONES; PERSONA RESPONSABLE; FECHA LIMITE». Si usted está enterado de un problema que no se plantea en esta guía, por favor inclúyalo.

1. ¿Ofrece su institución una variedad de elecciones anticonceptivas apropiadas para las necesidades de los usuarios? ¿Disponen de métodos temporales y permanentes?
2. ¿Existen métodos que no se ofrecen en su institución y que usted piensa que se podrían suministrar?
3. Si algunos métodos no están disponibles en su institución, ¿sabe el personal cómo y a dónde remitir a los usuarios para obtenerlos? ¿lo hacen?
4. ¿Se les ofrece a los usuarios una gama completa de métodos apropiados para sus intenciones reproductivas, condición de lactancia, situación post aborto y vida personal, incluyendo su sexualidad?
5. ¿Reciben los usuarios el método que eligen?
6. ¿Se ofrece consejería a todos los nuevos usuarios para ayudarles a elegir el método más apropiado para sus necesidades?
7. ¿Suministra el personal servicios de planificación familiar a los usuarios incluso si no se puede encontrar su historia clínica?
8. ¿Conoce el personal las normas sobre planificación familiar recomendadas por el Ministerio de Salud? ¿Conoce el personal los criterios de elegibilidad para los usuarios (edad, paridad, estado civil, etc.)? ¿Son estos requisitos barreras en los servicios para algunas mujeres y hombres?

OTROS TEMAS QUE USTED CONSIDERA IMPORTANTES

9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN A LOS USUARIOS

Si una de las preguntas siguientes es un problema en su servicio o si usted considera que necesita mayor discusión, anote sus comentarios en el rotafolio, usando el siguiente formato: «PROBLEMA; RECOMENDACIONES; PERSONA RESPONSABLE; FECHA LIMITE». Si usted está enterado de un problema que no se plantea en esta guía, por favor inclúyalo.

1. ¿Está *todo* el personal en capacidad de comunicar a un usuario potencial de planificación familiar sobre cómo obtener información y servicios? ¿Puede todo el personal responder las siguientes preguntas:
   - ¿Cuál es el horario de atención del establecimiento de salud?
   - ¿Qué servicios se ofrecen en este establecimiento?
   - ¿Qué métodos de planificación familiar están disponibles?
2. ¿Se informa a los usuarios acerca de la planificación familiar y los servicios disponibles, incluso si ellos acuden por otros motivos? ¿También se informa a los usuarios acerca de otros asuntos de salud reproductiva, como examen del seno, citología, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por VIH?
3. ¿Existen en su establecimiento carteles perfectamente visibles acerca del horario de atención? ¿acerca de los costos, si los hay, de los servicios?
4. ¿Existen folletos, afiches y material impreso adecuados acerca de planificación familiar disponibles para los usuarios en el establecimiento?
5. ¿Se dispone de materiales didácticos como rotafolios, modelos y muestras de métodos para informar e instruir a los usuarios? ¿Se mantienen estos elementos limpios y ordenados y son de fácil acceso? ¿Se usan?
6. ¿Existe una sala o espacio físico adecuado para llevar a cabo charlas informativas para los usuarios? ¿Se mantiene esta área limpia y ordenada?
7. ¿Se realizan sesiones informativas regulares acerca de todos los métodos y servicios de planificación familiar? ¿Se llevan a cabo suficientes sesiones?
8. ¿Se asigna tiempo suficiente a la consejería? ¿Existe algún obstáculo para que no se asigne tiempo suficiente a esta actividad?
9. ¿Informa el personal a los usuarios acerca de los métodos que protegen y los que no protegen contra las enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por VIH?
10. ¿Recibe el usuario la siguiente información sobre el método que elige?:
    - Eficacia del método
    - Cómo funciona el método
    - Cómo se usa
    - Efectos secundarios y/o complicaciones potenciales
    - Beneficios para la salud asociados a su uso
    - Seguimiento necesario
    - Cómo obtener nuevos suministros
11. ¿Pregunta el personal a los usuarios si entienden la información que reciben y si desean saber algo más?
12. ¿Pide el personal a los usuarios que repitan la información esencial acerca del método que eligieron para asegurarse que la entendieron?
13. ¿Informa el personal a los usuarios si tienen alguna contraindicación para el método que desean? Les explican los métodos alternativos?
14. ¿Se les hace saber a los usuarios que pueden descontinuar o cambiar los métodos temporales en el momento que lo deciden?

FORMULARIO DE COMPETENCIA TÉCNICA

Si una de las preguntas siguientes es un problema en su servicio o si usted considera que necesita mayor discusión, anote sus comentarios en el rotafolio, usando el siguiente formato: «PROBLEMA; RECOMENDACIONES; PERSONA RESPONSABLE; FECHA LIMITE». Si usted está enterado de un problema que no se plantea en esta guía, por favor inclúyalo.

1. ¿Está el personal familiarizado con las normas del Ministerio de Salud sobre planificación familiar y prevención de infecciones? ¿Tiene le personal acceso a ellas?
2. ¿Se siente *todo* el personal capaz de ofrecer información básica sobre planificación familiar?
3. ¿Se siente *todo* el personal competente para ofrecer los servicios de planificación familiar?
4. ¿Tiene el establecimiento suficientes proveedores capacitados en planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva?
5. ¿Se ofrecen cursos de actualización y capacitación? ¿Estos cursos cumplen con las necesidades del personal y de la demanda de los usuarios?
6. ¿Se ofrecen cursos de reciclaje? ¿Se ofrecen con la frecuencia deseada?
7. ¿Existe un número adecuado de médicos, personal clínico o enfermeras competentes en el establecimiento de acuerdo a las necesidades de los usuarios?
8. ¿El personal conoce los requerimientos, ventajas, desventajas y efectos secundarios de todos los métodos que se ofrecen en el establecimiento? Por ejemplo, ¿qué mujeres no son buenas candidatas para usar la píldora? o ¿cuál es el efecto secundario más importante de la Depoprovera?
9. ¿El personal practica las siguientes normas de prevención de infecciones?:
   - Uso de agujas y jeringas desechables siempre que es posible
   - Esterilización adecuado del material reutilizable
   - Uso de guantes estériles o sometidos a desinfección de alto nivel cuando se necesitan
   - Disposición de agujas y material corto punzante en recipientes seguros antes de desecharlos
   - Uso de la solución de hipo clorito de sodio para la esterilización de materiales e instrumental
10. ¿Qué hace el personal para crear un ambiente de confianza para el usuario?

OTROS TEMAS QUE USTED CONSIDERA IMPORTANTES

11. _____
12. _____
13. _____
14. _____

FORMULARIO DE RELACIONES INTERPERSONALES

Si una de las preguntas siguientes es un problema en su servicio o si usted considera que necesita mayor discusión, anote sus comentarios en el rotafolio, usando el siguiente formato: «PROBLEMA; RECOMENDACIONES; PERSONA RESPONSABLE; FECHA LIMITE». Si usted está enterado de un problema que no se plantea en esta guía, por favor inclúyalo.

1. ¿Cuenta su establecimiento con un espacio privado donde los usuarios no están a la vista ni se escuchan durante la consejería en planificación familiar?
2. ¿Existen normas para garantizar que no habrá interrupciones cuando el usuario recibe la consejería? ¿funcionan estas normas?
3. ¿Explica el personal a los usuarios el tipo de examen que se le está practicando y por qué?
4. ¿Tienen los usuarios privacidad durante los exámenes?
5. Si un tercero está presente durante una sesión de consejería o un examen, ¿explica el personal al usuario la presencia de esa persona y le pide su autorización?
6. ¿Respeta el personal la confidencialidad del usuario evitando comentarios acerca de esta persona, a no ser que sea para solicitar consejos de otros personal clínico?
7. ¿Se controla estrictamente el acceso a la historia clínica del usuario?
8. ¿Tratan todos los empleados (porteros, recepcionistas, personal de planificación familiar, contabilidad, farmacia, etc.) a los usuarios con cortesía y consideración?
9. ¿Utiliza el personal un lenguaje comprensible para los usuarios?
10. ¿Anima el personal a los usuarios para que formulen preguntas o den sugerencias?
11. ¿Considera usted que los períodos de espera de los usuarios son razonables?
12. ¿Se programan las visitas de seguimiento teniendo en cuenta la conveniencia del usuario?

OTROS TEMAS QUE USTED CONSIDERA IMPORTANTES

13. _____
14. _____
15. _____
16. _____

FORMULARIO DE CONTINUIDAD Y SEGUIMIENTO

Si una de las preguntas siguientes es un problema en su servicio o si usted considera que necesita mayor discusión, anote sus comentarios en el rotafolio, usando el siguiente formato: «PROBLEMA; RECOMENDACIONES; PERSONA RESPONSABLE; FECHA LIMITE». Si usted está enterado de un problema que no se plantea en esta guía, por favor inclúyalo.

1. ¿Cuenta el establecimiento con suficientes suministros de planificación familiar? (incluyendo guantes, agujas, etc.)
2. ¿Se mantiene un inventario que le permita saber cuándo hacer un nuevo pedido?
3. ¿El sistema de re abastecimiento de suministros es eficiente y efectivo? ¿Piensa que este sistema les permite brindar servicios de calidad a los usuarios?
4. ¿Existe un espacio seguro, limpio, fresco y con ventilación para almacenar los anticonceptivos y otros suministros del programa?
5. ¿Se verifica periódicamente la fecha de vencimiento de los anticonceptivos para distribuir primero los que están próximos a vencerse?
6. ¿Sabe Ud. qué hacer con los anticonceptivos vencidos? ¿Lo hace?
7. ¿Se programa una cita de control a todos los usuarios de planificación familiar? ¿es necesaria esa cita?
8. ¿Se dan las citas para control y re abastecimiento de métodos en horarios convenientes para el usuario?
9. ¿Obtienen los usuarios que regresan el método que van a solicitar? ¿Pueden obtener estos métodos sin tener que esperar mucho?
10. Si un usuario desea discontinuar un método, ¿se le da consejería acerca de métodos alternativos?
11. ¿Se hace algún tipo de seguimiento de los usuarios que han abandonado el programa de planificación familiar?

OTROS TEMAS QUE USTED CONSIDERA IMPORTANTES

12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____

FORMULARIO DE CONSTELACIÓN APROPIADA DE SERVICIOS

Si una de las preguntas siguientes es un problema en su servicio o si usted considera que necesita mayor discusión, anote sus comentarios en el rotafolio, usando el siguiente formato: «PROBLEMA; RECOMENDACIONES; PERSONA RESPONSABLE; FECHA LIMITE». Si usted está enterado de un problema que no se plantea en esta guía, por favor inclúyalo.

1. ¿Tienen las mujeres (incluidas las prenatales, postparto y post aborto) y los hombres fácil acceso a la información y servicios de planificación familiar y otros de salud reproductiva?
2. ¿Reciben las mujeres que han tenido un hijo consejería y servicios de planificación familiar cuando regresan para el primer control postparto o para la salud del bebé?
3. ¿Piensa el personal que los siguientes aspectos del servicio son aceptables?:
   - La privacidad / confidencialidad en las sesiones de orientación
   - La privacidad / confidencialidad durante los exámenes
   - El tiempo de espera
   - El tiempo de consulta
   - El horario de atención
   - El personal es aceptable en términos de género, grupo étnico, edad
   - El personal es amable y respetuoso con los clientes
4. ¿Piensa el personal que los siguientes aspectos de la infraestructura del establecimiento son adecuados?:
   - Salas de espera
   - Sala de consulta
   - Limpieza / higiene
   - Agua
   - Baños

OTROS TEMAS QUE USTED CONSIDERA IMPORTANTES

5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

ANEXO B

FORMULARIO – GUÍA DE ENTREVISTA CON LOS USUARIOS

CUESTIONARIO PARA USUARIOS/AS DE SERVICIOS

I. IDENTIFICACIÓN

1. Número de cuestionario ☐

2. Tipo de Establecimiento
   a. Hospital
   b. Centro de salud
   c. Puesto de salud
3. Nombre del Establecimiento _____
4. Fecha de entrevista _____/_____/2000

II. INFORMACIÓN GENERAL

1. Sexo:
   a. Femenino
   b. Masculino
2. Nivel de educación:
   a. Ninguna
   b. Básico
   c. Intermedio
   d. Medio
   e. Universidad
   f. Otro _____
3. Edad (en años cumplidos): _____
4. Estado civil:
   a. Soltero/a
   b. Casado/a
   c. Viudo/a
   d. Separado/a o divorciado/a
   e. Unión libre

III. SATISFACCIÓN

5. ¿Qué servicio o qué tipo de atención vino a buscar en este establecimiento?
   a. Planificación familiar
   b. Control prenatal
   c. Control del puerperio
   d. Complicaciones obstétricas y perinatales
   e. Atención ginecológica no gestacional
   f. Detección y/o control de cáncer uterino
   g. Detección y/o control de cáncer de mama
   h. Detección de ETS
   i. Otro _____
6. ¿Cuántas veces ha usado los servicios de salud de este establecimiento?
   a. Una vez
   b. Dos veces
   c. Tres veces
   d. Más de tres veces (indique el número): _____
7. ¿Por qué escogió venir a este establecimiento?

   _____

8. ¿Cuánto tiempo esperó para ser atendido?
   a. Mucho
   b. Poco
   c. Nada
   d. Otro _____
9. Durante su espera para ser atendido, ¿se le acercó alguien para darle una charla sobre los servicios que ofrece este establecimiento?
   a. si b. no
10. Lo/a atendió un/a:
    a. Mujer
    b. Varón
11. ¿Se sintió cómodo/a siendo atendido por (lo respondido en 10)?
    a. si b. no
12. ¿Durante la consulta se le atendió amablemente?
    a. si (pasa a 14) b. no (pasa a 13)
13. ¿Por qué dice que no le atendieron amablemente?

    _____
14. ¿Se sintió cómodo/a durante la consulta?
    a. si (pasa a 16) b. no (pasa a 15)
15. ¿Qué faltó para que se sintiera cómodo/a?

    _____
16. Durante la consulta, ¿le examinaron los senos?
    a. si b. no
17. ¿Le hicieron el papanicolau?
    a. si b. no
18. ¿Le dieron la orden para la vacuna contra el tétanos?
    a. si b. no
19. ¿Le tomaron la presión?
    a. si b. no
20. ¿El doctor o la enfermera le explicaron lo que tenía y qué debía hacer?
    a. si (pasa a 22) b. no (pasa a 21)
21. ¿Ud. entendió todo lo que el doctor o la enfermera le explicaron?
    a. si b. no
22. ¿El doctor o la enfermera le dieron la oportunidad de hacer preguntas?
    a. si b. no
23. ¿Mientras usted estaba en consulta, alguien o algo interrumpió al doctor o a la enfermera?
    a. si b. no
24. ¿Había en la sala alguien más aparte de las personas que lo/a estaban atendiendo?
    a. si (pasa a 25) b. no (pasa a 26)
25. ¿Quién más estaba en la sala? _____
26. ¿Cómo lo/la trataron durante la consulta?
    a. bien (pasa a 28) b. mal (pasa a 27)
27. ¿Por qué piensa que lo/la trataron mal?

    _____
28. ¿El doctor o la enfermera acordó con Ud. su próxima visita?
    a. si b. no
29. ¿El doctor o la enfermera le entregó un folleto, panfleto o volante informativo después de la consulta?
    a. si b. no
30. ¿Cuánto gastó Ud. en total, incluyendo pago por atención, medicinas, análisis de laboratorio, etc.? _____

31. ¿Cómo calificaría usted el servicio que recibió?
    a. Excelente
    b. Bueno
    c. Regular
    d. Malo
    e. Pésimo
32. ¿Por qué califica usted de (respuesta dada en 31) el servicio recibido?

_____

_____

_____

SI LA CONSULTA FUE SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

33. ¿Qué método para evitar el embarazo deseaba usar antes de venir a la consulta?

_____

34. ¿Por qué?

_____

_____

35. ¿Qué métodos para evitar el embarazo le mencionó el doctor o la enfermera que lo/a atendió?

_____

36. ¿Está usando o usará el método que eligió?
    a. si (pasa a 38) b. no (pasa a 37)
37. ¿Por qué?

_____

38. ¿Está satisfecha con la información que recibió sobre el método que va a usar?
    a. si (pasa a COMENTARIOS) b. no (pasa a 39)
39. ¿Por qué?

_____

_____

IV. COMENTARIOS

_____

_____

_____

AGRADECER AL ENTREVISTADO

ANEXO C

ANÁLISIS DE FLUJO
FORMULARIO DE REGISTRO DEL USUARIO

Número del usuario: _____ Método anticonceptivo: _____

❑ Hombre ❑ Mujer Tipo de visita: _____

❑ Nueva visita ❑ Primera visita Hora de llegada del cliente: _____

	Iniciales Del miembro	Iniciación del personal	Terminación del servicio	Contacto total del servicio (min.)
Primer contacto	_____	_____	_____	_____
Segundo contacto	_____	_____	_____	_____
Tercer contacto	_____	_____	_____	_____
Cuarto Contacto	_____	_____	_____	_____

Comentarios: _____

_____

ANEXO D

ANÁLISIS DE FLUJO
TABLA DE FLUJO DE USUARIOS

INSTITUCIÓN _____ FECHA _____ Página _____

No. usuario	Hora Llegada	Hora Salida	Total minutos	Minutos contacto	Minutos espera	Código visita	Código método	Comentarios

Códigos del método:

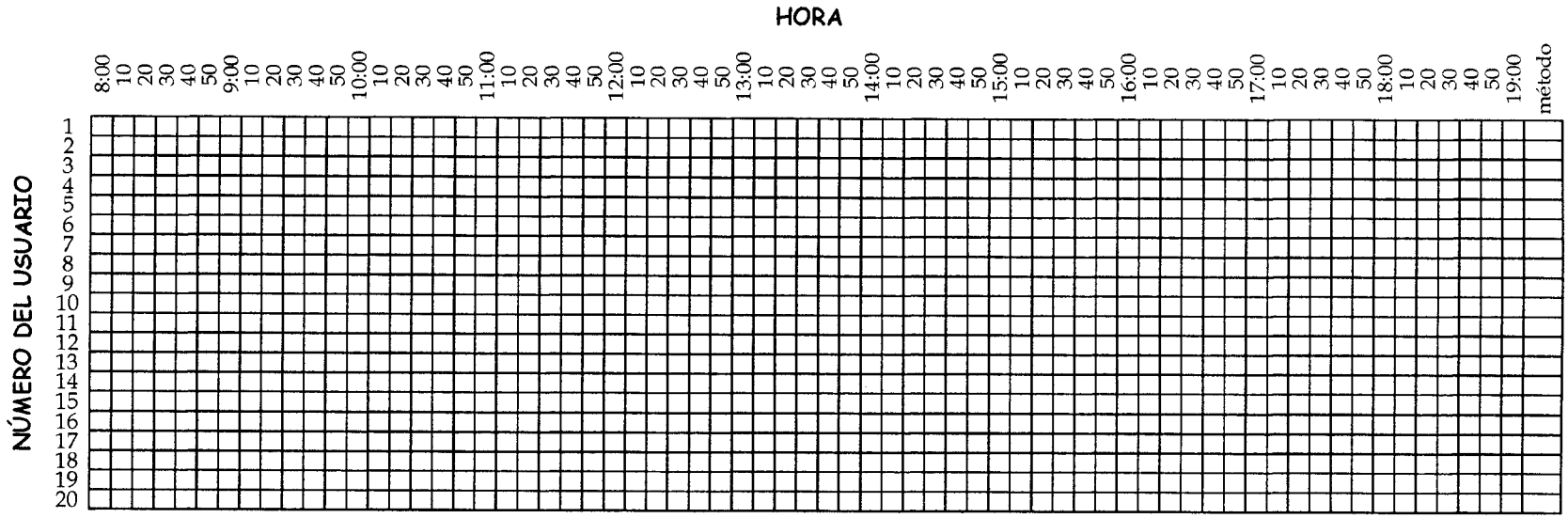
I Inyectable
P Píldora
C Condón
D DIU
N Natural (ritmo / retiro)
F AQV Femenina
M AQV Masculina
O Otro

Códigos de la visita:

I Visita inicial
N Visita nueva

ANEXO E

ANÁLISIS DE FLUJO
GRÁFICO DE FLUJO DE USUARIOS



Códigos del método:

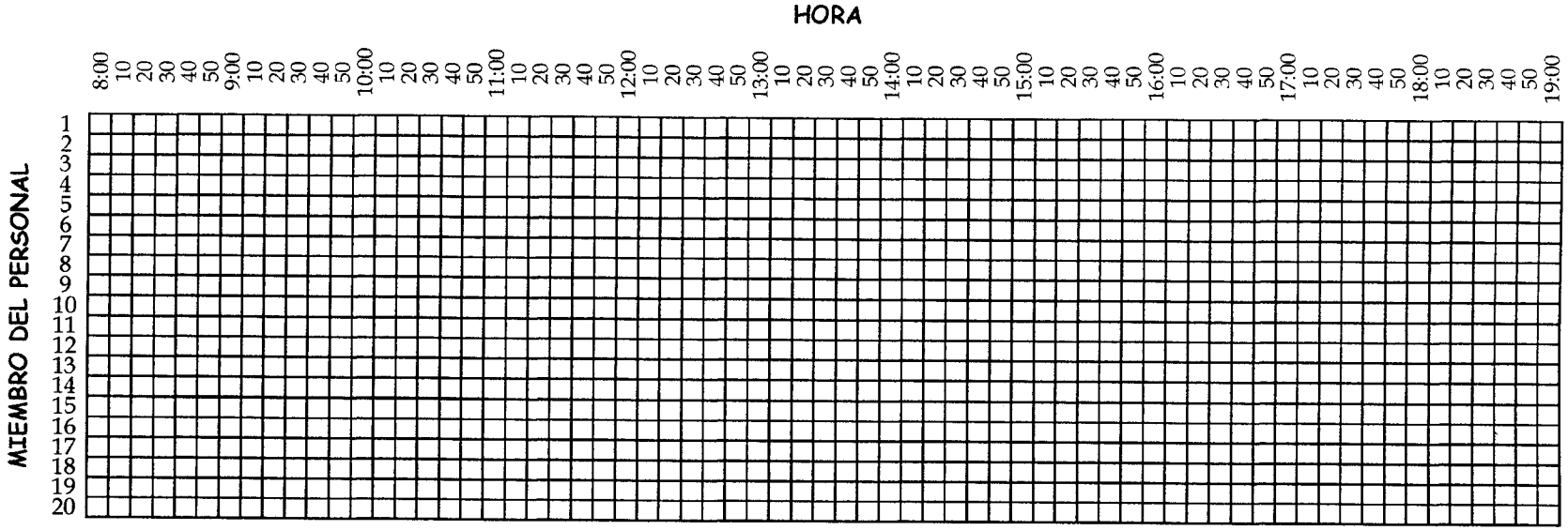
I	Inyectable
P	Píldora
C	Condón
D	DIU
N	Natural (ritmo / retiro)
F	AQV Femenina
M	AQV Masculina
O	Otro

Símbolos del flujo:

✳	Hora de llegada del usuario
——┤	Hora de salida del usuario

ANEXO F

ANÁLISIS DE FLUJO
GRÁFICO DEL USO DEL PERSONAL



1 Nombre:
2 Nombre:
3 Nombre:
4 Nombre:
5 Nombre:
6 Nombre:
7 Nombre:
8 Nombre:
9 Nombre:
10 Nombre:

11 Nombre:
12 Nombre:
13 Nombre:
14 Nombre:
15 Nombre:
16 Nombre:
17 Nombre:
18 Nombre:
19 Nombre:
20 Nombre:

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Pro – Bienestar de la Familia Guatemalteca. **Improving the Performance of Distributors in APROFAM's CBBD Program in Indigenous Areas.** Final Report.

Argandoña, A. **Valoración de Necesidades para Trinidad.** Bolivia. 30 de agosto de 1996

AVSC International. **COPE.** 1996

Ben Salem, B., Beattie, K. **Facilitative Supervision: A Vital Link in Quality Reproductive Health Service Delivery.** AVSC International. Documentos de Trabajo, No. 10 / August 1996

Bertrand, J., et al. **Handbook of Indicators for Family Planning Program Evaluation.** The Evaluation Project.

Bradley, J., et al. Whole-Site Training: **A New Approach to the Organization of Training.** AVSC International. Documentos de Trabajo, No. 11 / August 1998

Bruce, J. **Elementos Fundamentales de la Calidad de la Atención. Un Marco Conceptual Sencillo**. Population Council/INOPAL III. Documentos de Trabajo, núm.21, 1998.

Campos, E., Vásquez, C. **Fichas Técnicas: Aprovechamiento en los Cursos de Capacitación.** 1996-1999.

Campos, E., Vásquez, C. **Guías Pedagógicas.** 1998

Care Bolivia. **Instrumento de Seguimiento y Retroalimentación.** 1998

Care Bolivia. **Orientación y Supervisión.** Módulo 3. Montero, marzo 1999.

Consultora de Educación y Capacitación "COECA-BENI". **Trabajo de Grupos Focales en la Ciudad de Trinidad-Beni**. 1998.

Del Barco, J., Suárez, L, Campos, E. **Informes de Supervisión Capacitante y Detección de Necesidades a Establecimientos de Salud de la Red Pública.** 1998

Diario "El Diario". **Arrancó Programa de Salud para la Mujer en Beni.** Trinidad, 29 de mayo de 1997.

Diario "La Palabra". **Alcaldía, Pathfinder y el SEDES Mejorarán la Infraestructura de Salud.** Trinidad, 13 de mayo de 1999.

Diario "La Palabra". **Centros de Salud Reciben el Apoyo de Pathfinder: Para Protección del Equipamiento en los Centros de Salud Piden que la Alcaldía Dé su Aporte.** Trinidad, 10 de junio de 1998.

Diario "La Palabra". **Se Entregó Equipamiento a Centros y Áreas de Salud de Trinidad: Satisfacción en Pathfinder y UNICEF por el Aporte al Programa de Salud Reproductiva.** Trinidad, 12 de agosto de 1997.

Diario "La Palabra". **Se Roban las Cosas de los Centros de Salud: Se Pide al Municipio que Mejore la Infraestructura para Mayores Garantías.** Trinidad, 14 de agosto de 1997.

Donavedian, A. **La Calidad de la Atención Médica: Definición y Métodos de Evaluación**. 1984. Ediciones Científicas. La Prensa Médica Mexicana, S. A.

Dwyer, J., et al. **COPE: A Self-Assessment Technique for Improving Family Planning Services.**AVSC Working Paper. Abril 1991.

Elizondo, J.R. **Identificación y Cuantificación de Factores de Riesgo Perinatal por Medio de Regresión Logística Múltiple**. Memoria de Seminario de Graduación. 1991.

Entrevista con la Lic. Soledad Díaz, consultora de la Caja Costarricense de Seguro Social de Costa Rica, 12 de abril, 2000

Entrevista con el Dr. Alfredo Ariñez, representante de Pathfinder International en Bolivia, 11 de febrero, 2000.

Entrevista con Ana Argandoña, oficial de proyectos de Pathfinder International en Bolivia, 19 de enero, 2000.

Entrevista con el Dr. César Reyes, Director del SEDES en Trinidad , 4 de febrero, 2000.

Entrevista con Nancy Riffs, Presidente OTB Zona Pompeya Germán Busch – Jefe Departamental de Nutrición y Micro nutrientes, 4 de febrero, 2000.

Entrevista con Rigoberto Román, Presidente de OTB Villa San Vicente, 4 de febrero, 2000.

Entrevista con el Dr. Mario Limpias, Responsable del Centro de Salud San Vicente, 31 de enero, 2000.

Entrevista con el Dr. Luis Eduardo Alí Jiménez, Jefe de Residencia del Hospital Materno Infantil, 2 de febrero, 2000.

Entrevista con el Dr. Hernán Velarde, Jefe del Departamento Gineco-obstetricia y Director del Hospital Materno Infantil, 2 de febrero, 2000.

Entrevista con el Dr. Wilfredo Ruiz, Responsable del Centro de Salud Área Central, 1 de febrero, 2000.

Entrevista con el Dr. Miguel Guardia Pedraza, Responsable del Centro de Salud Pompeya, 3 de febrero, 2000.

Entrevista con el Dr. Guillermo Cortéz, Director de Distrito 01 Trinidad, 3 de febrero, 2000.

Entrevista con el Dr. René Ramiro Mercado Camacho, Responsable del Centro Cipriano Barace, 3 de febrero, 2000.

Entrevistas a usuarios de servicios y proveedores de salud de la red de salud del Ministerio de Salud en Trinidad, 31 de enero a 4 de febrero.

Family Planning Management Development. **El Uso de Mapas para Mejorar los Servicios.** En: Actualidad Gerencial en Planificación Familiar. Volumne 1, Número 5. 1992-1993.

Foreit, J., Foreit, K. **Quarterly versus Monthly Supervision of CBD Family Planning Programs: An Experimiental Study in Northeast Brazil.** En: Studies in Family Planning. 1984, Vol. 15, Núm. 3

Instituto Nacional de Estadística, Demographic and Health Surveys. **Bolivia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1989.** Enero 1990.

Instituto Nacional de Estadística, Demographic and Health Surveys. **Bolivia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994.** Octubre 1994.

Instituto Nacional de Estadística, Demographic and Health Surveys. **Bolivia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1998**. Diciembre 1998.

International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region. **Módulo de Autoevaluación de la Capacidad Institucional para Mejorar la Calidad de Atención.**

Internet: InetPub\wwwroot\btourism\cities\beni\txtscr. **An Insiders's Guide To Bolivia: The Frontier Beni Region.**

Internet: www.pathfind.org\usaid regions\LAC. **Latin America & the Caribbean Resources.**

Internet: www.avsc.org, www.fhi.org, www.igc.org, www.jhpiego.jhu.edu, www.jsi.com, www.msh.org, www.nlm.nih.gov, www.popcouncil.org, www.tulane.edu

Jezowski, T., et al. **A Successful National Program for Expanding Vasectomy Services: The Experience of the Instituto Mexicano del Seguro Social.** AVSC International. Documentos de Trabajo, No. 8 / May 1995

Katz, K., et al. **Quality of Care in Family Planning, A Catalog of Assessment and Improvement Tools.** Research Triangle Park, North Carolina. Family Health International, 1993.

Kleinau, E. **Proposal for a Quality Assurance Framework and Supervision Strategies.** Ministry of Health, Eritrea. Julio 29, 1997.

Lang Frahn, A. **Stepping Up Supervision in Tanzania**. AVSC International. Documentos de Trabajo, Fall, Vol. 35, No. 3.

Lynam, P., et al. **Inreach: Reaching Potential Family Planning Clients within Health Institutions.** AVSC International. Documentos de Trabajo, No. 5 / April 1994

Lynam, P., et al. **The Use of Self-Assessment in Improving the Quality of Family Planning Clinic Operations: The Experience with Cope in Africa**. AVSC International. Documentos de Trabajo, No. 2 / December 1992

Management Sciences for Health, Pathfinder International. **Manual del Administrador de Planificación Familiar: Técnicas para Mejorar la Gestión de Programas.** 1991.

Ministerio de Salud, Guatemala. **Using Self – Assessment to Improve the Family Planning Program of Guatemala.** Final Report. Septiembre 15, 1991 – Noviembre 15, 1993.

Ministerio de Salud y Previsión Social. **Seguro Básico de Salud**. La Paz, enero de 1998.

Network. **Las Metas de "Calidad": a Favor de los Clientes, a Menudo Dependen del Personal.** Family Health International, Volumen 8, Número 4. Octubre 1993

Network. **Métodos para Mejorar la Calidad de la Atención.** Family Health International, Volumen 8, Número 4. Octubre 1993

Network. **Pasos para Mejorar la Calidad: Medirla, Vigilarla.** Family Health International, Volumen 8, Número 4. Octubre 1993

Network. **¿Qué es 'Calidad de la Atención'?** Family Health International, Volumen 8, Número 4. Octubre 1993

Onanga, B. **La Supervision Quantitative en Planification Familiale.** INTRAH Pochette d'Infornations de Formation. Abril 1989.

Pathfinder International. **Propuesta de Proyecto**. Julio 1996

Profamilia. **Comparison of Supervision Strategies in the Dominican Republic.** Julio 1987.

Riveros, P. **Evaluación y Documentación de Proyecto: Apoyo al Programa de Salud Reproductiva de la Dirección Departamental de Salud (Sector Público) del Beni.** Febrero 2000

Secretaria Nacional de Salud. **Salud Sexual y Reproductiva**. Texto de Referencia. Segunda Edición. 1996

The Family Planning Manager. **Improving Supervision: A Team Approach.** Octubre/Noviembre/Diciembre 1993. Vol II, Núm. 5

The Family Planning Manager. **Pocket Guide for Service Improvement.** Un Suplemento a la edición de Octubre/Noviembre/Diciembre 1993. Vol II, Núm. 5

Vernon, R., et al. **Una Prueba de Estrategias Alternativas de Supervisión para Servicios de Planificación Familiar en Guatemala**. En: Investigación Operativa en Planificación Familiar. Lecturas Selectas. Editores: James R. Foreit y Tomas Frejka. Population Council, 1999.

Wickham, R., et al. **Evaluation of the Family Planning Training for Paramedical, Auxiliary, and Community Personnel (PAC IIb) Project.** Preparado por la Oficina de Población. Bureau para la Investigación y Desarrollo. USAID. Febrero 1 – 22, 1993.

Wolff, J., et al. **The Family Planning Manager's Handbook: Basic Skills and Tools for Managing Family Planning Programs**. Hartford, CT: Kumarian Press.