

Capítulo IV

Adecuación de los servicios de planificación familiar

- Acceso
- Calidad de la Atención
- Imagen del Programa

INDICADORES PARA MEDIR LA ADECUACION DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Se espera que las operaciones de provisión de servicios que se esbozaron en el capítulo precedente surtan un efecto directo sobre las tres dimensiones de la provisión de servicios que se describen en este capítulo como **la adecuación de los servicios**: acceso, calidad de la atención e imagen del programa. Los indicadores de la adecuación de los servicios que se presentan en este capítulo se basan fundamentalmente en la perspectiva del cliente y en la respuesta a la pregunta: ¿Qué encuentra el posible cliente de planificación familiar cuando busca servicios anticonceptivos?

En el pasado, la evaluación de los programas ha tendido a concentrarse en medidas de la utilización de los servicios y la prevalencia anticonceptiva. Con demasiada frecuencia, se trata al programa como si fuese una "caja negra". Los resultados de dichas evaluaciones muestran el grado en el que el programa alcanza los resultados previstos, pero da poca indicación sobre por qué ha tenido éxito o ha fracasado. Suponiendo que la finalidad de la evaluación sea mejorar la provisión de los servicios en el futuro, la falta de atención a la operación interna del programa es una grave deficiencia.

De hecho, estos temas están recibiendo una atención creciente de investigadores y profesionales de la planificación familiar. Los adelantos en las metodologías de encuesta y la tecnología de los sistemas de información geográfica están abriendo nuevos horizontes para evaluar la idoneidad del acceso físico a los servicios de planificación familiar. Al propio tiempo, la calidad de la atención se ha convertido en un foco central de los proveedores de servicios en los esfuerzos por mejorar la provisión de servicios de planificación familiar. Como resultado, los investigadores se están esforzando por encontrar métodos de cuantificar lo que anteriormente se consideraba como demasiado subjetivo para la evaluación sistemática. De las tres categorías de adecuación de los servicios, la imagen del programa ha recibido hasta la fecha la menor cantidad de atención, sin embargo, sigue siendo un determinante clave de la utilización.

Como prefacio de este capítulo, sería útil abordar varios temas conceptuales, cuya resolución sirve de base a la elaboración de indicadores en esta área. Tal cuestión es la interrelación entre el acceso y la calidad en la provisión de servicios de planificación familiar. En los debates en grupos de trabajo sobre este tema, ha surgido una y otra vez el argumento de que un cliente no puede estar satisfecho con los servicios a menos que tenga acceso a los mismos. Así, pues, se argumenta que el acceso a los servicios ha de incluirse en la definición de la calidad de los servicios.

Sin embargo, pueden citarse muchos ejemplos de programas de planificación familiar que han logrado proporcionar un acceso razonable a los servicios para una gran proporción de la población beneficiaria del programa, pero los servicios no son bien recibidos y son subutilizados.

A fin de aclarar la relación entre estos dos conceptos, es útil distinguir los factores que determinan si una persona interesada en obtener servicios de planificación familiar llega realmente "a la puerta" (es decir, supera los diferentes tipos de barreras que a menudo afrontan los clientes de la planificación familiar cuando buscan servicios) frente a lo que dicho cliente encuentra "una vez que ha pasado por la puerta" (por ejemplo, la limpieza de las instalaciones, la eficiencia administrativa y las aptitudes de comunicación interpersonal de los proveedores de los servicios, tiempos de espera razonables, etc.) Adviértase que el término "puerta" se utiliza aquí en un sentido figurado; no se pretende referirse exclusivamente a los servicios basados en las clínicas, sino también a la "puerta" de la vivienda de un trabajador de distribución comunitaria o la farmacia local. Se considera que tanto el acceso como la

calidad son determinantes importantes de la satisfacción de los clientes (y, supuestamente, de la aceptación y continuación de los anticonceptivos). Sin embargo, se requerirían diferentes respuestas de la gerencia del programa para abordar los problemas encontrados en "llevar los clientes a la clínica" en comparación con "hacer que deseen regresar." Así, pues, es analíticamente útil considerar el acceso y la calidad como aspectos distintos (pero complementarios) del entorno de la oferta de planificación familiar.

Otra dimensión de los productos de los servicios es la imagen del programa. La imagen pública de un programa de planificación se refiere al grado en el que las percepciones del público acerca del programa son favorables. Cierta número de factores entran en la creación de esta imagen, entre ellos las percepciones de la población en general acerca de la planificación familiar y de los proveedores de servicios del sector público y privado, así como las percepciones (tanto fundamentadas como no fundamentadas) en torno a los propios servicios de planificación familiar. Puesto que estas últimas se ven influenciadas por otras dimensiones de lo que se llama en este capítulo productos de los servicios (es decir, acceso a los servicios y calidad de los servicios), la imagen del programa también se considera como un producto de los servicios en el grado en el que (al menos parcialmente) es controlable por la gerencia del programa. Por ejemplo, muchos programas tratan de mejorar su imagen mejorando la calidad de los servicios proporcionados. Los programas también pueden tratar de influir en las percepciones del público en cuanto a la legitimidad de los programas de planificación familiar mediante las actividades de I-E-C (que se tratan en el Capítulo III).

Aunque la imagen, el acceso y la calidad del programa son factores que, a menudo, están correlacionados (por ejemplo, los programas que brindan servicios de alta calidad y que son de fácil acceso tienen a menudo una imagen favorable), a veces ocurre que las mejoras en la imagen de un programa van a la zaga de las mejoras en otros productos de los servicios debido a percepciones erróneas que perduran acerca del programa. En consecuencia, la imagen del programa se conceptualiza como un resultado (output) importante de las iniciativas de los programas de planificación familiar que merece la atención de la gerencia del programa, además de la atención prestada a los temas de acceso y calidad.

Introducción

Sección A

ACCESO

Indicadores ilustrativos

- Número de POS situados a una distancia o tiempo de recorrido fijos de una comunidad dada (es decir, densidad de los servicios)
- Costos de un mes de suministro de anticonceptivos de un mes como porcentaje de los salarios mensuales
- Normas que restringen las opciones anticonceptivas en los programas
- Porcentaje de la población objetivo que conoce al menos de una fuente de servicios o suministros anticonceptivos
- Porcentaje de no utilización relacionada con barreras psico-sociales

La conceptualización y medición del acceso a los servicios de planificación familiar y la relación entre el acceso a los servicios y los resultados de la planificación familiar (por ejemplo, la aceptación y continuación de los anticonceptivos) han recibido una atención considerable en el curso de estos años por parte de los gerentes e investigadores de los programas de planificación familiar. No obstante, a pesar de la importancia ampliamente reconocida del acceso como característica clave del entorno de la oferta, existe poco consenso en cuanto a la forma o formas más apropiadas de medir el concepto.

Gran parte de la investigación realizada anteriormente en esta área se ha concentrado en un aspecto o dimensión del acceso: el acceso geográfico (o físico). En este contexto, acceso se refiere al grado de dificultad en llegar a los servicios de planificación familiar u obtenerlos. Se han propuesto en la literatura distintas medidas relativas a la distancia a los puntos de suministro y de servicios, el tiempo requerido para llegar a estos puntos y la densidad de puntos de servicios/suministros dentro de una zona geográfica especificada (Chayovan et al., 1984; Hermalin y Entwisle, 1985 y 1988; Hermalin et al., 1992; Tsui y Ochoa, 1992). Si bien las pruebas obtenidas hasta la fecha tienden a confirmar la relevancia de la proximidad geográfica para los servicios de planificación familiar como determinante importante del uso de los anticonceptivos, la fuerza de la relación entre la proximidad y el uso de los anticonceptivos en los estudios empíricos no ha sido tan fuerte como se pudiera haber previsto (Tsui y Ochoa, 1992; Boulier, 1985).

Aunque no hay duda de que esto se debe en parte a dificultades de medición, la no observación de una relación más fuerte entre las medidas del acceso físico y la utilización de los servicios en estudios previos indica que otros factores pudieran también ser pertinentes para definir el concepto del acceso. Ciertamente, algunos investigadores han argumentado que el acceso a los servicios no es solamente una cuestión de acceso físico sino que incluye también otras dimensiones (Chayovan et al., 1984; Foreit et al., 1978). Foreit, por ejemplo, sugiere lo siguiente como dimensiones o elementos de acceso relevantes (los autores utilizan el término "disponibilidad" en el texto original):

- acceso geográfico o físico,
- acceso económico,
- acceso administrativo,

- acceso cognoscitivo.

Las definiciones prácticas de estos elementos o dimensiones son las siguientes:

Acceso económico se refiere al grado en el que una gran mayoría de la población objetivo puede sufragar los gastos de llegar a los puntos de provisión de servicios o suministros y de obtener los servicios y suministros anticonceptivos. Las barreras económicas afectan al uso de los anticonceptivos tanto disuadiendo a los posibles clientes de buscar los servicios como dificultando la continuación de los anticonceptivos.

Acceso administrativo se refiere al grado en el que normas y reglamentos innecesarias que inhiben la opción y utilización de los anticonceptivos han sido eliminadas; por ejemplo, horas limitadas de clínica para servicios de planificación familiar, restricciones sobre la distribución de anticonceptivos durante las horas de las clínicas para otros servicios (por ejemplo, inmunización infantil, supervisión del crecimiento, etc.).

Acceso cognoscitivo atañe al grado en el que posibles clientes están conscientes de los lugares donde se ofrecen los servicios y del tipo de servicios disponibles en dichos lugares. Por ejemplo, un cliente puede no estar consciente de la existencia de un POS aun cuando tenga fácil acceso físico al mismo.

A éstas añadimos una quinta dimensión: el **acceso psico-social** o el grado en el que posibles clientes que desean espaciar o limitar la fecundidad se ven restringidos por factores psicológicos, de actitud o sociales en la búsqueda de servicios de planificación familiar. En algunos contextos, por ejemplo, posibles clientes pueden temer utilizar servicios cercanos debido al estigma social negativo que conlleva el hacerlo. Pueden mostrar desconfianza hacia ciertos procedimientos (por ejemplo, exámenes pélvicos) o pueden no estar en condiciones de buscar los servicios debido a que no se permite a las mujeres viajar solas para obtener servicios o suministros anticonceptivos.

Por lo tanto, el acceso a los servicios se conceptualiza como integrado por cinco elementos o dimensiones que constituyen posible barreras que han de abordar los gerentes de los programas de planificación familiar para promover una amplia utilización de los servicios disponibles; es decir, "llevar a los clientes a la puerta".

Al considerar los indicadores de cada uno de estos elementos, cabe tener presente que se ha dedicado una cantidad considerablemente mayor de trabajo a la medición del acceso físico que a los otros elementos del acceso. Como resultado, hay una base empírica considerablemente más fuerte para proponer indicadores para este elemento que para los otros. No obstante, incluso para esta dimensión no hay un consenso claro en cuanto al indicador más apropiado (Hermalin y Entwisle, 1988; Tsui y Ochoa, 1992). Por consiguiente, nosotros hemos adoptado la estrategia de proponer un indicador único, "ilustrativo", para cada elemento o dimensión de acceso a los servicios y una lista de posibles opciones, en la esperanza de que el estudio y pruebas de campo por parte de los programas de planificación familiar y las organizaciones de Atención Técnica en el curso de estos próximos años contribuyan a promover un consenso en torno a una pequeña serie de indicadores para cada elemento.

Acceso de los servicios de PF

Indicador

NUMERO DE POS SITUADOS A UNA DISTANCIA O TIEMPO DE RECORRIDO FIJOS DE UNA COMUNIDAD DADO (ES DECIR, DENSIDAD DE LOS SERVICIOS)

Elemento

Acceso físico.

Definición

El número de puntos de distribución de servicios y métodos anticonceptivos que están situados dentro de una distancia especificada (por ejemplo, 30 km) o un determinado tiempo de recorrido (por ejemplo, 2 horas) desde un lugar de referencia dado.

Datos necesarios

Información sobre el lugar y métodos anticonceptivos disponibles en POS en la comunidad.

Fuente o fuentes de datos

Cartografía cuidadosa de los POS (preferido).

Informes de personas locales conocedoras sobre los lugares de los POS (menos preferido).

Informes de participantes en encuestas sobre lugares de POS (menos preferido).

Finalidad y cuestiones

Este indicador proporciona una medida resumida de la densidad de los servicios de planificación familiar a disposición de los clientes (y posibles clientes) dentro de una zona geográfica definida.

Se ha propuesto en la literatura de investigación cierto número de indicadores posibles del acceso físico, entre los cuales figuran los siguientes:

- la proporción de poblados o barrios de ciudades que tienen un POS ubicado en el poblado o barrio;
- la distancia promedio al POS más cercano o un índice de las distancias promedio a una serie designada de POS que en conjunto brindan la gama completa de servicios o métodos de planificación familiar de que se dispone en un determinado país;
- el tiempo de recorrido promedio hasta el POS más próximo o un índice de los tiempos de recorrido a los POS designados.
- el número promedio de horas por mes empleadas en obtener servicios y suministros anticonceptivos;
- el número de tipos de métodos y servicios anticonceptivos disponibles en la instalación/fuente en la comunidad; y

Acceso de los servicios de PF

- el número promedio de visitas de trabajadores de planificación familiar recibidas durante un período especificado (por ejemplo, un trimestre) por los clientes del programa (para utilización en los programas de distribución/extensión a domicilio).

Si bien distintos indicadores tienden a estar correlacionados y, por tanto, parecen medir en cierto grado los fenómenos previstos, hay cierto número de diferencias sustantivamente importantes entre estos indicadores. Primero, cabe advertir que algunos indicadores corresponden al acceso a los servicios de planificación familiar en general y no al acceso a determinados métodos o marcas de anticonceptivos. Este tema es importante ya que la proximidad a los POS que brindan una gama insuficiente de servicios o métodos no constituye acceso en la forma prevista por el indicador.

Segundo, aun cuando algunos indicadores se fundamentan en medidas "objetivas", otros se basan en la información subjetiva proporcionada por los propios clientes de planificación familiar (o posibles clientes) o por expertos locales conocedores. Investigaciones previas indican que la información proporcionada por los participantes en encuestas puede verse influenciada por su experiencia en la utilización de los servicios (por ejemplo, los usuarios están más informados que los no usuarios) y, por tanto, pudieran dar medidas equívocas del acceso (Tsui y Ochoa, 1992).

Acceso de los servicios de PF

Indicador

COSTOS DE UN MES DE SUMINISTRO DE ANTICONCEPTIVOS COMO PORCENTAJE DE LOS SALARIOS MENSUALES

Elemento

Acceso económico.

Definición

Los "costos" para este indicador se refieren a gastos directos por concepto de suministros y servicios anticonceptivos.

Datos necesarios

Información sobre gastos mensuales por concepto de suministros y servicios anticonceptivos e ingreso mensual estimado.

Fuente o fuentes de datos

La información de encuestas demográficas sobre los costos-honorarios por concepto de servicios y suministros anticonceptivos también puede obtenerse en los registros de POS.

Finalidad y cuestiones

Este indicador proporciona una medida de la carga económica relativa que representan los costos mensuales por concepto de servicios y suministros anticonceptivos.

Costos de los servicios y suministros que superan el uno por ciento de los salarios mensuales para una proporción significativa de los clientes se considerarían como un indicio de la existencia de barreras económicas al uso de los anticonceptivos (Ross et al., 1992).

El indicador ilustrativo para este elemento se escogió entre varias opciones, en gran medida debido a que los datos requeridos para este cálculo probablemente existan ya en un número razonablemente extenso de países en desarrollo. Sin embargo, cabe reconocer que el indicador adolece de varias limitaciones importantes.

Una limitación es la de que no toma en cuenta otros costos del uso de los anticonceptivos que pueden ser barreras tan importantes, y quizás más importantes, para el uso de anticonceptivos que los costos directos de los servicios o suministros. Por ejemplo, los clientes de planificación familiar también pueden contraer gastos para el transporte hacia el POS y desde él, y (posiblemente) para la atención infantil, así como los "costos de oportunidad" del tiempo empleado yendo y viniendo del POS y el tiempo de espera para recibir los suministros o servicios una vez que llegan al POS. Así, pues, una medida más válida de los costos de los servicios de planificación familiar sería la de incluir estos costos en el cálculo del indicador.

Otra cuestión es la referente a la corriente de ingresos que debería considerarse al calcular el indicador. Puesto que no todo el ingreso (el ingreso bruto) estará probablemente disponible para utilizarlo en pagar los servicios anticonceptivos, una especificación más apropiada del indicador limitaría el denominador de la medida al *ingreso disponible* mensual. Además, puesto que hombres y mujeres no tienen igual acceso a los recursos financieros de la familia en muchas sociedades, un perfeccionamiento adicional pudiera ser limitar el denominador de la medida al ingreso o salarios *controlados* por el cliente (especialmente las mujeres).

No obstante, hay que reconocer que estos perfeccionamientos aumentan las necesidades de datos para calcular el indicador. En muchos países, la información requerida puede obtenerse sólo en estudios especiales. Para la mayoría de los fines prácticos, el indicador más simple bastaría para orientar las decisiones de la gerencia del programa con respecto a la capacidad de pago de los servicios anticonceptivos. En los programas en los que la recuperación de los costos y la sustentabilidad son temas gerenciales de prioridad, no obstante, los costos adicionales de recopilar los datos requeridos para medidas más perfeccionadas podrían estar justificados.

Acceso de los servicios de PF

Indicador

NORMAS QUE RESTRINGEN LAS OPCIONES ANTICONCEPTIVAS EN LOS PROGRAMAS

Elemento

Acceso administrativo.

Definición

Normas y reglamentos que restringen la opción de métodos anticonceptivos por razones no relacionadas con consideraciones médicas dictadas por el programa; por ejemplo, prohibiciones contra la recepción del implante NORPLANT por mujeres multíparas.

Datos necesarios

Criterios de elegibilidad para los métodos anticonceptivos brindados por el programa.

Fuente o fuentes de datos

Documentos del programa en los que se esbozan políticas y reglamentos.

Finalidad y cuestiones

Este indicador tiene por fin proporcionar una medida de la existencia de barreras que se interponen a la opción anticonceptiva en forma de políticas, reglamentos y procedimientos programáticos formales innecesarios; es decir, restricciones dictadas a nivel de política o programación, que no están justificadas por razones médicas.

Otros ejemplos de los tipos de barreras que se pretende medir con el presente indicador son:

- requisitos de consentimiento del cónyuge para ciertos métodos anticonceptivos;
- restricciones sobre ciertos métodos tomando como base el estado civil o la paridad;
- requisitos de pruebas de sangre o exámenes pélvicos con anterioridad a la distribución de anticonceptivos orales;
- requisitos de visitas múltiples para recibir ciertos métodos anticonceptivos (DIU, por ejemplo).
- requisitos de participación directa del médico para la entrega de anticonceptivos orales;
- un tiempo de espera obligatorio de varios días entre la asesoría sobre la anticoncepción quirúrgica voluntaria y el procedimiento propiamente dicho; y
- requisitos y procedimientos reglamentarios que restringen o retrasan la disponibilidad de métodos anticonceptivos que se consideran generalmente como inocuos en la comunidad científica.

Acceso de los servicios de PF

Se remite al lector al artículo de Shelton y colaboradores (1992), donde se tratan más en detalle estos temas.

Acceso de los servicios de PF

Indicador

PORCENTAJE DE LA POBLACION OBJETIVO QUE CONOCE AL MENOS DE UNA FUENTE DE SERVICIOS O SUMINISTROS ANTICONCEPTIVOS

Elemento

Acceso cognoscitivo.

Definición

La proporción de la población de edad reproductiva (total o por género) que puede citar uno o más lugares concretos donde pueden obtenerse métodos y servicios anticonceptivos.

Datos necesarios

Respuestas a preguntas de encuestas sobre conocimiento del lugar de suministro de métodos anticonceptivos por los servicios brindados en una comunidad dada.

Fuente o fuentes de datos

Encuestas demográficas.

Finalidad y cuestiones

Este indicador proporciona una medida aproximada del nivel de conocimiento o conciencia existente en la población general en relación con una fuente de servicios o suministros anticonceptivos. Como medida del acceso cognoscitivo, proporciona un indicio de la proporción de la población para la que son inaccesibles los servicios existentes debido a falta de conocimiento del lugar donde se ofrecen. Aunque es probable que el acceso cognoscitivo esté correlacionado con el acceso físico, el "mapa cognoscitivo" de los servicios disponibles puede ser incompleto o inexacto, contribuyendo así a limitar la utilización de los servicios.

En la mayoría de los países, una proporción considerable de la población está consciente de al menos una fuente de servicios o suministros anticonceptivos, pero no necesariamente de fuentes alternativas de servicios que pueden estar físicamente a su alcance. Esta falta de conciencia puede tener, en algunos casos, repercusiones importantes para el uso de los anticonceptivos. Por ejemplo, los clientes o posibles clientes pueden conocer sólo la instalación o punto de suministro más próximos que ofrecen servicios de planificación familiar, pero no conocer otros puntos de servicio a los que tienen acceso físico que pueden brindar métodos diferentes y quizás servicios de calidad superior. En tales casos, el descontento con la gama de métodos brindados o la calidad de los servicios proporcionados en el POS más próximo pueden resultar en una decisión de no adoptar la anticoncepción o de abandonarla.

En consecuencia, un indicador más perfeccionado del acceso cognoscitivo pudiera evaluar el grado en el que el "mapa cognoscitivo" de los servicios y métodos de la población en su conjunto concuerda con un "mapa objetivo" de la disponibilidad de los servicios y métodos; es decir, el grado de conciencia de las fuentes de servicios físicamente disponibles. Para tales fines, pudiera considerarse un indicador tal como "la proporción de la población que conoce qué métodos existen en una determinada zona y dónde

Acceso de los servicios de PF

pueden encontrarse". Este otro indicador requeriría preguntas convencionales de encuesta sobre conocimientos o percepción de fuentes de métodos y suministros anticonceptivos e información sacada de un plano "objetivo" de los puntos de provisión de servicios dentro de un radio especificado.

Acceso de los servicios de PF

Indicador

PORCENTAJE DE NO UTILIZACION RELACIONADA CON BARRERAS PSICO-SOCIALES

Elemento

Acceso psico-social.

Definición

La proporción de mujeres deseosas de limitar o espaciar los nacimientos que no están utilizando un método anticonceptivo debido a barreras de índole psico-social; por ejemplo, miedos de estigma social asociado con el uso de los anticonceptivos, miedos de someterse a determinados procedimientos (por ejemplo, exámenes pélvicos), miedo a los efectos secundarios, restricciones sociales sobre mujeres a quienes no se permite viajar solas para buscar servicios, etc.

Datos necesarios

Información sobre las razones para la no utilización de la anticoncepción entre las mujeres que desean limitar los nacimientos.

Fuente o fuentes de datos

Encuestas demográficas o debates en grupos focales.

Finalidad y cuestiones

Este indicador tiene por fin proporcionar una medida del grado en el que barreras psicológicas, de actitud o de origen social limitan el acceso a servicios de planificación familiar por lo demás accesibles. Se ha escrito mucho sobre este tema en los estudios que tratan de identificar los factores para la no utilización de la anticoncepción entre mujeres con una necesidad evidente de planificación familiar, aunque no necesariamente bajo el encabezamiento de factores psico-sociales que afectan al acceso a los servicios.

Al definir este indicador, es importante distinguir entre los factores psico-sociales que afectan a la demanda de planificación familiar y las barreras psico-sociales que se interponen al uso de los anticonceptivos. Los primeros consisten en amplios factores sociales y psicológicos que influyen en las normas de la sociedad en cuanto a la dimensión de la familia, la demanda de hijos (véase el Capítulo V) y la aceptabilidad y los costos sociales-psicológicos de la planificación familiar. Estos últimos, por el contrario, consisten en obstáculos que pudieran superar las personas motivadas para obtener servicios de planificación familiar; es decir, que tienen una demanda o necesidad de planificación familiar (véase el Capítulo VI donde se trata más detenidamente este concepto). Para las personas que no desean limitar o espaciar nacimientos futuros, el presente indicador no es pertinente ya que estas personas no tienen necesidad de servicios de planificación familiar. Sin embargo, para las personas que desean controlar la fecundidad futura, las barreras de origen psico-social pueden inhibir su búsqueda de servicios disponibles. Son las barreras u obstáculos de esta índole aquéllas en las que se concentra el presente indicador.

Dado son específicos para cada contexto que los factores que caen dentro de este encabezamiento, es

Acceso de los servicios de PF

probable que los factores concretos que desempeñan un papel importante en la no utilización de la anticoncepción varíen de un contexto a otro. Así, pues, puede ocurrir que la cifra numérica exacta asociada con una determinada barrera o factor sea menos importante que la clasificación de los problemas por rango. En vista de este hecho, los datos obtenidos de grupos focales (que no proporcionan resultados cuantitativos, tales como porcentajes o relaciones) pueden ser más valiosos para identificar las barreras de esta clase que los datos derivados de entrevistas estructuradas.

Sección B

CALIDAD DE LA ATENCION

Indicadores ilustrativos

- Número de métodos anticonceptivos disponibles en POS específicos
- Porcentaje de sesiones de asesoría con nuevos aceptantes en las que se discuten todos los métodos
- Porcentaje de visitas de clientes en las que el proveedor demuestra su competencia en los procedimientos clínicos, incluida la asepsia
- Porcentaje de clientes que declaran "tiempo suficiente" empleado con el proveedor
- Porcentaje de clientes informados de las horas, fechas y fuentes de abastecimiento o nuevas visitas
- Porcentaje de clientes que perciben que los horarios y días de atención son cómodos

La calidad de la atención se ha convertido en una importante cuestión para los profesionales de los programas internacionales de planificación familiar en años recientes. Esto no quiere decir que el personal del programa no se preocupara anteriormente de las necesidades e intereses de la población cliente. Sin embargo, los gerentes de los programas en muchos países de todo el mundo están ahora adoptando un enfoque más sistemático para la institucionalización del proceso de mejora continua de la calidad en la provisión de servicios de planificación familiar (CEDPA y FHI, 1992). Al propio tiempo, los especialistas en evaluación han estado atareados con la cuestión metodológica de medir la calidad.

Es útil examinar la cuestión de la calidad en una perspectiva histórica. Las primeras iniciativas de planificación familiar en las décadas de 1950 y 1960 estuvieron motivadas por preocupaciones demográficas; los países en vanguardia formularon programas de planificación familiar en un esfuerzo por controlar el rápido crecimiento de la población. Como tales, el objetivo último de estos programas (y de la mayoría de los programas que les han seguido) fue el de reducir la fecundidad. Esto se tradujo a un fuerte énfasis en los aspectos cuantitativos de la provisión de los servicios. ¿Cuántos aceptantes nuevos iniciaron el programa cada año? ¿Qué volumen de anticoncepción se distribuyó? ¿Qué porcentaje de la población sometida a riesgo utilizó un método anticonceptivo? En este sentido, ha predominado un interés en la cantidad en vez de en la calidad de la planificación familiar internacional en el curso de los años.

Sin embargo, ha habido un creciente reconocimiento del vínculo existente entre la cantidad y la calidad (Jain, 1989; Jain, 1992). La prevalencia anticonceptiva la determinan no sólo el número de parejas que adoptan la planificación familiar sino también la duración del período en que siguen practicando la anticoncepción. Además, los nuevos aceptantes se mostrarán más susceptibles de acudir en demanda de un servicio si perciben que su calidad es buena en vez de inferior. Así, pues, incluso quienes se ven impulsados por metas demográficas y objetivos programáticos están comenzando a reconocer la importancia de la calidad en los programas de planificación familiar. Además, hay muchos que apoyan el movimiento de la calidad partiendo de la premisa humanista de que todas las mujeres merecen recibir

los mejores servicios posibles dentro de los límites de las condiciones locales (Jain et al., 1993).

Otras razones posibles para el énfasis en la cantidad frente a la calidad ha sido la dificultad de medir esta última. Si bien es relativamente fácil contar el número de anticonceptivos distribuidos, es considerablemente más complejo medir la calidad de la atención.

Dos eventos a fines de la década de 1980 contribuyeron a avanzar la evaluación de la calidad. Primero, Judith Bruce (1990) formuló y publicó un marco conceptual para describir la calidad de la atención. Este marco incluye seis elementos: selección de métodos, información proporcionada a los clientes, competencia técnica, relaciones interpersonales, mecanismos de continuidad y constelación de servicios (modificada posteriormente por los profesionales a "idoneidad y aceptabilidad de los servicios").

Segundo, se organizó un subcomité sobre Calidad de la Atención bajo los auspicios del Grupo Especial de la USAID sobre Mejoramiento de los Indicadores del Desempeño de los Programas de Planificación Familiar. Este grupo adoptó el marco de Bruce y proporcionó indicadores ilustrativos para los seis elementos del marco. Animaron a sus colegas en el campo a "permitir que nazcan las 100 flores" (es decir, experimentar con enfoques diferentes para abordar la cuestión de medir la calidad) (Subcomité sobre Indicadores de la Calidad en la Provisión de Servicios de Planificación Familiar, 1990). Esta actividad preparó el camino para que distintas organizaciones formularan y sometieran a prueba métodos diferentes de abordar la calidad de acuerdo con sus necesidades institucionales.

A principios de 1992, un Grupo de Trabajo de Provisión de Servicios se reunió bajo los auspicios del Proyecto EVALUACION para examinar las cuestiones de la cantidad, la calidad y el costo en los programas de planificación familiar. Este grupo identificó la calidad como área que se beneficiaría óptimamente de un mayor perfeccionamiento de los indicadores y métodos de evaluación. Este grupo de trabajo, así como un subcomité de este grupo, trabajó para definir una lista básica de indicadores mensurables que concordase con el marco de Bruce (que ha sido adoptado ampliamente por los organismos que cooperan con la USAID), el cual podría convertirse en la norma para las entidades que trabajan en esta esfera. El proceso se benefició enormemente de la labor realizada por organizaciones que trabajan activamente en la medición de la calidad, tales como el Consejo de Población a través de su Análisis de Situación (Fisher et al., 1992; Mensch et al., 1993).

La lista básica de indicadores formulada por el subcomité en junio de 1992 figura en el Apéndice C (Proyecto EVALUACION, 1992b). Algunos han indicado que la lista actual de 42 indicadores debería reducirse a un número más manejable, en especial a la luz de la correlación recíproca probable entre los indicadores en cuanto a un elemento dado (es decir, un programa que recibiría una buena puntuación conforme a una segunda medida de la selección del método). Sin embargo, ha habido tan poca investigación con estos indicadores que no se conoce todavía cuáles son más prácticos de recopilar en el campo y cuáles están más correlacionados con las medidas del resultado (por ejemplo, continuación, prevalencia). Así, pues, se ha mantenido la lista completa durante la etapa actual de prueba. Sin embargo, para los fines del presente Manual, sólo un indicador por elemento se ha seleccionado y se describe en detalle. Como tales, los indicadores incluidos en el texto deberán considerarse como ilustrativos.

Calidad de la atención

Indicador

NUMERO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DISPONIBLES EN POS ESPECIFICOS

Elemento

Selección de métodos.

Definición

"Número disponible" se refiere a los observables en un POS dado, que no han expirado, para cuya administración se dispone de un proveedor capacitado (por ejemplo, inserción de DIU, ligadura de trompas de Falopio).

Datos necesarios

Recuento de los diferentes tipos de métodos disponibles en un POS que no han expirado, junto con verificación de que se dispone de los proveedores de servicios apropiados para proporcionar los métodos a los clientes.

Fuente o fuentes de datos

Observación en el POS (por ejemplo, tal como se hace en el análisis de situación).

Finalidad y cuestiones

Este indicador mide la "condición necesaria pero no suficiente" para asegurar una gama completa de métodos anticonceptivos para los clientes, uno de los seis elementos del marco de Bruce.

Para que se disponga de un método, se requiere acción en dos niveles: (1) al nivel gerencial, a fin de asegurar que se dispone en un lugar determinado de suministros de anticonceptivos no expirados y de proveedores capacitados; y (2) al nivel de proveedor, para brindar eficazmente todos los métodos apropiados a un cliente dado. (En este sentido, "apropiado" se utiliza con referencia a las intenciones reproductivas del cliente y posibles contraindicaciones médicas.) La observación de los suministros existentes mide la capacidad del gerente para almacenar todos los métodos apropiados para el tipo de instalación en cuestión. Para una medida de la disposición de un proveedor a ofrecer todos los métodos apropiados, véase el Indicador #6 en el Apéndice C.

Indicador

PORCENTAJE DE SESIONES DE ASESORIA CON NUEVOS ACEPTANTES EN LAS QUE SE DISCUTEN TODOS LOS METODOS

Elemento

Información proporcionada a los clientes.

Definición

"Todos los métodos" se refiere a los que están disponibles en el POS y son apropiados para el cliente en particular (en términos de intenciones reproductivas y posibles contraindicaciones).

Datos necesarios

Lista comprobatoria de los métodos descritos por el proveedor.

Fuente o fuentes de datos

Observación de la interacción entre proveedor y cliente (por un observador o, si es posible, por un cliente desconocido); entrevista a la salida de establecimientos (si no es posible la observación).

Finalidad y cuestiones

Este elemento se refiere a la pregunta: ¿es la información proporcionada a los clientes completa, exacta y comprensible? Se refiere al contenido de lo que se dice (en contraste al Elemento #4 que refleja el aspecto afectivo de cómo se dice).

Si el proveedor está consciente de ser observado, puede hacer una presentación de los métodos más minuciosa que la normal. Así, pues, el uso de un cliente desconocido (miembro del equipo de investigación que se presenta como cliente para los fines de observar la provisión del servicio "en condiciones normales") es especialmente apropiado para obtener esta información. Sin embargo, esta técnica no funcionará bien en marcos rurales o en los POS con una clientela conocida (por ejemplo, el programa de CBD) donde cualquier "cara nueva" podría considerarse con sospecha.

También pudiera entrevistarse a los clientes, a medida que salen de la instalación, acerca de los métodos que analizaron en la sesión. Sin embargo, este enfoque depende de la capacidad de recordar, por una parte, y de la mención de los métodos conocidos anteriormente (que no se presentaron realmente en la sesión), por la otra.

Calidad de la atención

Indicador

PORCENTAJE DE VISITAS DE CLIENTES EN LAS QUE EL PROVEEDOR DEMUESTRA SU COMPETENCIA EN PROCEDIMIENTOS CLINICOS, INCLUIDA LA ASEPSIA

Elemento

Competencia técnica.

Definición

La evaluación de "competencia" deberá fundamentarse en el seguimiento de las pautas para la provisión del servicio establecidas al nivel nacional e institucional. Quienes realizan la evaluación han de determinar los "procedimientos clínicos" concretos que se incluirán.

Datos necesarios

- Lista de procedimientos que se evaluarán
- Lista de criterios para evaluar la competencia
- Puntuación para cada procedimiento

Fuente o fuentes de datos

Observación por un grupo de profesionales clínicos a los que se juzga expertos en este campo.

Finalidad y cuestiones

La competencia técnica es vital para la cuestión de la calidad de la atención. Aunque el cliente puede no estar en condiciones de juzgar si se están utilizando en una determinada visita clínica los procedimientos clínicos correctos, incumbe al programa de planificación familiar establecer normas para la provisión de servicios de planificación familiar y vigilar el cumplimiento de dichas normas. Independientemente de lo modestas que sean las instalaciones físicas, es absolutamente necesario mantener un nivel mínimo de competencia técnica en los proveedores de los servicios.

La vigilancia puede llevarse al extremo de que se convierta en una barrera médica si se exigen pruebas y procedimientos innecesarios en aras de salvaguardar la salud del paciente. Sin embargo, este hecho no reduce la importancia de requerir que los proveedores de los servicios sean técnicamente competentes.

Este "indicador" requiere no uno sino muchos puntos de medición, de acuerdo con los diferentes procedimientos requeridos para proporcionar a los clientes la gama completa de métodos anticonceptivos. Una evaluación de esta índole podría ser prolongada, abarcando muchos aspectos diversos de la provisión de servicios, o podría limitarse a los 2 ó 3 aspectos que los expertos clínicos consideren más esenciales para salvaguardar la salud del cliente.

Si bien este tipo de evaluación es común en las instalaciones clínicas, puede adaptarse de forma que encaje también en los programas de CBD y mercadeo social de anticonceptivos. Concretamente, se determinaría lo que un trabajador de CBD o un empleado de la farmacia o establecimiento de venta debería hacer con respecto a cada método brindado a los clientes, y se diseñaría un instrumento que permita dar una puntuación a estos trabajadores en una situación real. Sin embargo, puesto que estos tipos de trabajadores no desempeñan

Calidad de la atención

procedimientos clínicos, esta evaluación se concentrará principalmente en los aspectos de asesoría de la provisión de servicios.

Calidad de la atención

Indicador

PORCENTAJE DE CLIENTES QUE DECLARAN "TIEMPO SUFICIENTE" EMPLEADO CON EL PROVEEDOR

Elemento

Relaciones interpersonales.

Definición

El cliente define la característica de "suficiente" de acuerdo con sus propias expectativas y percepciones; tomando como base el número de clientes interrogados durante un período dado (por ejemplo, día o semana).

Datos necesarios

Respuesta del cliente a la pregunta en el cuestionario.

Fuente o fuentes de datos

Entrevista a la salida del establecimiento, encuesta de seguimiento en el hogar del cliente.

Finalidad y cuestiones

Este indicador forma parte de una serie de indicadores que miden las actitudes de los clientes hacia sus interacciones con los proveedores de servicios. Se supone que dichas actitudes contribuyen a la satisfacción general del cliente con los servicios. (Otros rubros en este bloque de indicadores atañen al tiempo total de la visita, la facilidad o dificultad para hacer preguntas, la cortesía y el tratamiento respetuoso por el personal.)

Esta serie de rubros es muy susceptible a un sesgo de cortesía, en especial si el cliente considera que el entrevistador trabaja para el programa de planificación familiar. Además, en las sociedades en las que las poblaciones de bajos ingresos consideran que deben aceptar cualquier calidad de servicio disponible, los encuestados pueden no comprender plenamente la naturaleza de la pregunta que se les hace; pueden no comprender que podrían ofrecerse mejores servicios; o pueden considerar que no es apropiado hacer comentarios negativos acerca de los proveedores de los servicios o de los servicios brindados (Subcomité sobre Indicadores de la Calidad en la Provisión de Servicios de Planificación Familiar, 1990).

En vista de estas limitaciones, pudiéramos poner en tela de juicio el valor de obtener las opiniones de los encuestados sobre estos temas. Sin embargo, quienes trabajan en el área de la calidad de la atención argumentan que, durante décadas, los donadores y los gerentes de programas han decidido cómo deberían trabajar los servicios, sin tomar en cuenta la perspectiva de los clientes. Podría obtenerse una medida mucho más fiable del "tiempo empleado con el proveedor de los servicios" utilizando a un observador externo que mida el tiempo transcurrido; sin embargo, no se sabría cómo reaccionó el cliente ante esta espera. Un retraso de treinta minutos pudiera parecer largo en una sociedad, corto en otra. Así, pues, lo que es importante no es el tiempo real transcurrido sino más bien la actitud del cliente hacia el mismo, que se espera afecte a la probabilidad de que adopte y mantenga el uso de un anticonceptivo.

Indicador

PORCENTAJE DE CLIENTES INFORMADOS DE LAS HORAS, FECHAS Y FUENTES DE ABASTECIMIENTO O NUEVAS VISITAS

Elemento

Mecanismos para asegurar la continuidad.

Definición

Los clientes necesitan conocer:

- cuándo tienen que volver;
- a dónde volver (si es un punto distinto del POS); y
- dónde reabastecerse (si es distinto del mismo POS, en especial si otros posibles puntos son más cómodos).

Datos necesarios

Pruebas de que el proveedor informa al cliente de la hora, fecha y fuentes de reabastecimiento o nuevas visitas.

Fuente o fuentes de datos

Observación (de preferencia con un cliente simulado); entrevistas con los clientes a la salida del establecimiento.

Finalidad y cuestiones

La "necesidad de regresar" dependerá de las características personales del cliente, así como de la clase de método prescrito. Por consiguiente, esta parte de la evaluación debería medir la existencia de criterios claramente expuestos con respecto a las fechas de las nuevas visitas y el cumplimiento de dichos criterios por parte del proveedor.

Calidad de la atención

Indicador

PORCENTAJE DE CLIENTES QUE PERCIBEN QUE LOS HORARIOS Y DÍAS DE ATENCION SON COMODOS

Elemento

Idoneidad y aceptabilidad de los servicios.

Definición

(Autoexplicativo).

Datos necesarios

Respuestas de los clientes en entrevistas estructuradas o grupos focales.

Fuente o fuentes de datos

Entrevista a la salida de los establecimientos; seguimiento de los clientes; grupo focal de clientes.

Finalidad y cuestiones

Los indicadores de este elemento abarcan diversos aspectos de la provisión de los servicios que inciden en la satisfacción del cliente. Entre los indicadores adicionales para medir la idoneidad y aceptabilidad de los servicios figuran las percepciones del cliente con respecto a la privacidad mantenida en el asesoramiento, la privacidad del examen físico, el tiempo de espera, la cantidad de tiempo con el proveedor, las características sociodemográficas del personal (género, grupo étnico, edad) y la idoneidad de la instalación. Así, pues, aunque representa una categoría algo general, estas cuestiones influyen fuertemente en la decisión de un posible cliente de buscar servicios, adoptar un método anticonceptivo y mantener su uso.

En sociedades en las que poblaciones de bajos ingresos tienen pocas expectativas del sistema sanitario, los clientes pueden considerar que han de aceptar lo que puedan obtener; análogamente, las horas y días pueden estar tan fijos en un determinado contexto que nadie se preocupará de cuestionarlos. Tal como se indicó en relación con el indicador precedente "el cliente declara tiempo suficiente con el proveedor", puede haber un marcado sesgo de cortesía, en especial si se percibe que el entrevistador trabaja para el programa de planificación familiar.

Sección C

IMAGEN DEL PROGRAMA

- Número y tipo de actividades para mejorar la imagen pública de la planificación familiar durante un período de referencia (por ejemplo, un año)
- Porcentaje de la población objetivo favorable al programa (nacional) de planificación familiar

De los tres componentes de los productos de la adecuación del servicio—acceso, calidad e imagen del programa—se ha hecho mucho más trabajo en relación con los primeros dos que en relación con el tercero. Sin embargo, sobre la base de la experiencia de los especialistas en mercadeo en el sector privado, la imagen del programa puede tener un aspecto notable en la reacción del público ante la filosofía de planificación familiar y las actitudes individuales hacia el uso de los anticonceptivos.

Hay numerosos ejemplos de iniciativas encaminadas a configurar y mejorar la imagen pública de un programa, vinculados a menudo con cambios estructurales dentro de la organización. En Indonesia, la Campaña del Círculo Azul se lanzó para crear una fuerte imagen de calidad en la provisión de servicios de planificación familiar por parte del gobierno. En Guatemala, APROFAM (asociación privada de planificación familiar) fue objeto de un ataque sin tregua en los medios de información por parte de facciones conservadoras a mediados de la década de 1980. APROFAM respondió expandiendo sus servicios para incluir una gama más amplia de intervenciones de salud reproductiva y situándose como importante contribuyente al mejoramiento de la salud entre las mujeres de todo el país.

¿Qué éxito tienen tales actividades? Dado el costo de seguir las actitudes públicas hacia la planificación familiar, a menudo se han lanzado iniciativas encaminadas a mejorar la imagen del programa sin un monitoreo riguroso. Los fondos limitados para investigación que existan se dirigen a menudo a la investigación del público destinatario en relación con los grupos y mensajes más apropiados o en pruebas previas de los materiales antes de la producción.

En el pasado, una fuente común de datos sobre la opinión pública acerca de la planificación familiar fue la encuesta tradicional de conocimiento-actitud-práctica (KAP). Sin embargo, a medida que este tipo de encuesta evolucionó hasta convertirse en una Encuesta de Prevalencia Anticonceptiva y posteriormente en la EDS (Encuesta Demográfica y de Salud), la pregunta "blanda" sobre las actitudes generales hacia la aceptación de la planificación familiar se abandonó en países de prevalencia moderada a alta por razón de que las respuestas a dichas preguntas tenían poco valor cuando una proporción considerable de encuestados la constituían usuarios actuales de anticonceptivos. En la actualidad, el uso de este tipo de pregunta se limita principalmente a las encuestas destinadas a vigilar una iniciativa de comunicación concreta y en países de la EDS de baja prevalencia.

En esta sección, hemos establecido un paralelismo entre las actitudes hacia la planificación familiar en general y las actitudes hacia el programa (nacional) de planificación familiar. Si bien hay casos en los que el público hace una clara distinción entre ambas, en general las dos clases de actitudes tienden a ser similares. Si la distinción fuera importante, podríamos modificar los indicadores propuestos en consecuencia.

Por ahora, sólo se proponen dos indicadores para la imagen del programa.

Indicador

NUMERO Y TIPO DE ACTIVIDADES PARA MEJORAR LA IMAGEN PUBLICA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR DURANTE UN PERÍODO DE REFERENCIA

Definición

Cantidad de mensajes (bien a través de los medios de comunicación o a través de cauces interpersonales) u otras actividades que tratan explícitamente de colocar las metas y objetivos del programa en una luz favorable a fin de realzar la imagen institucional y mejorar la opinión pública hacia la planificación familiar en general.

Datos necesarios

Inventario de comunicaciones diseminadas durante un período dado (por ejemplo, un año).

Fuente o fuentes de datos

Departamento de I-E-C, empresa de publicidad contratada para tal fin.

Finalidad y cuestiones

Si bien este indicador puede proporcionar teóricamente esta clase de información, la mayoría de los evaluadores preferirían conocer la eficacia de dichos programas de comunicación en lo que respecta a cambiar las actitudes (suponiendo que éste sea uno de los objetivos). Así, pues, el indicador siguiente sobre la actitud pública hacia la planificación familiar es en mucho el más práctico y pertinente.

Indicador

PORCENTAJE DE LA POBLACION OBJETIVO FAVORABLE AL PROGRAMA (NACIONAL) DE PLANIFICACION FAMILIAR

Definición

Porcentaje de la población que da una respuesta positiva respecto a la actitud hacia la planificación familiar, en general, o hacia el programa nacional, en particular.

Datos necesarios

Porcentaje que da una respuesta positiva a una pregunta sobre actitudes en la encuesta.

Fuente o fuentes de datos

Encuestas demográficas de la población objetivo.

Finalidad y cuestiones

Este indicador puede utilizarse con respecto a la planificación familiar en general (abarcando a proveedores diferentes de servicios de planificación familiar en ese país) o a un programa o institución concretos (por ejemplo, el programa de mercadeo social). Sirve para determinar el sentimiento del público que puede influir en el comportamiento individual y permite vigilar la legitimación de la planificación familiar en el curso del tiempo.

Este indicador puede ser especialmente útil en poblaciones de difícil acceso (a menudo a nivel de proyecto). Por ejemplo, una investigación cualitativa entre los Mayas en un departamento de Guatemala indicó que muchas personas consideraban la planificación familiar como dar muerte a los niños por nacer de una mujer en particular (Ward et al., 1992). En esta situación, sería útil supervisar el efecto de las intervenciones del programa sobre esta actitud en el curso del tiempo.