

**Parte II.H**  
**El Entorno de la  
Entrega de los  
Servicios**

- 1. El Acceso**
- 2. La Calidad de la Atención**
- 3. La Integración de los Servicios**
- 4. La Equidad/Sensibilidad de Género**

## EL ENTORNO DE LA ENTREGA DE LOS SERVICIOS

### Razón Fundamental para Evaluar el Entorno de la Entrega de los Servicios

Las secciones anteriores del *Compendio* han centrado su atención en los factores relacionados con el entorno (la condición de la mujer, el entorno político) y las áreas operativas que dan apoyo a la provisión de los servicios de salud reproductiva (la administración, la capacitación, los suministros y logística, la comunicación para el cambio de comportamiento y la investigación/evaluación). Cada una de estas áreas contribuye a configurar el **entorno de la entrega de los servicios**; es decir, la situación que los clientes potenciales encuentran cuando buscan los servicios, tanto en términos de los factores tangibles (por ejemplo, la planta física, el personal, el equipo y los suministros) como en los intangibles (por ejemplo, el trato del personal). Cuanto más eficientes sean los insumos de cada una de estas áreas operativas, mejores serán los servicios disponibles. Aunque el término “entorno de los servicios” implica los servicios clínicos, el concepto también se adapta a los programas de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC), los cuales son programas de naturaleza educativa.

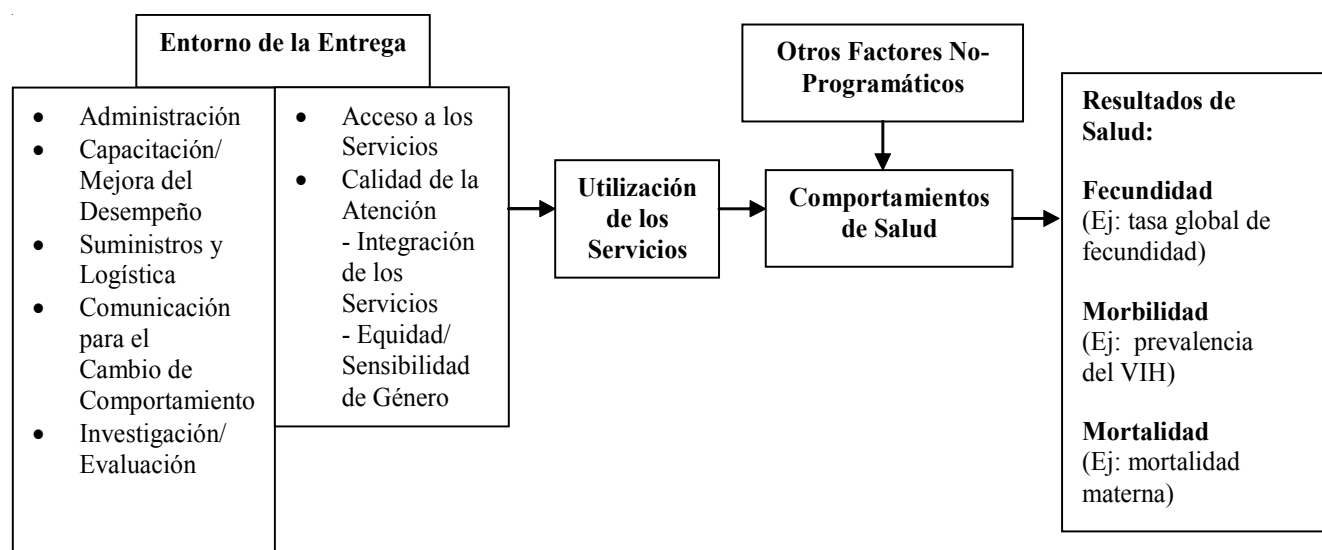
En los albores de la evaluación de los programas, la atención se centraba en hacer un recuento de las actividades realizadas (por ejemplo, el número de personas capacitadas, los folletos distribuidos); de los resultados obtenidos en términos de la entrega de servicios (por ejemplo, la cantidad de clientes, la cantidad de consultas en las clínicas, la cantidad de suministros distribuidos); de las tasas de uso (por ejemplo, la tasa de prevalencia de anticonceptivos, la tasa de lactancia materna); o de los resultados a largo plazo (por ejemplo, las tasas de fecundidad, la tasa de mortalidad infantil). Curiosamente, los evaluadores consideraban el funcionamiento de los programas como una especie de “caja negra” y no interiorizaban la calidad de la atención ni en la disponibilidad de servicios para la población del área de captación.

Sin embargo, durante la última década la situación ha cambiado en gran medida y los evaluadores prestan cada vez más atención a dos características que configuran el entorno de la entrega de los servicios: El acceso a los servicios y la calidad de la atención.<sup>1</sup> De estas dos, la calidad de la atención ha sido evaluada en mucho más detalle que el acceso a pesar del amplio reconocimiento que la importancia de este último ha tenido.

La razón fundamental para evaluar el acceso y la calidad se puede ver bajo dos ángulos: Primero, al evaluar estos factores, la atención del personal se centra en la necesidad de esforzarse por mejorarlas. Segundo, este tipo de evaluación mide el objetivo que están tratando de lograr las distintas áreas operativas—la administración, la capacitación, los suministros y logística, la comunicación para el cambio de comportamiento y la investigación/evaluación. O sea: lograr mejores servicios y mejores programas. Algunos sostienen que los evaluadores deberían valorar estas áreas operativas en términos del cambio de comportamiento de los clientes/de los participantes del programa o en términos de la población en general. Sin embargo, este argumento no reconoce que la contribución de las áreas operativas al logro de los objetivos del programa consiste precisamente en crear un mejor entorno para la entrega de los servicios, lo que a su vez incrementa la utilización de los servicios y la adopción del comportamiento deseado. Este segmento del marco conceptual (Gráfica I.1) se reproduce en la Gráfica II.H.1. De tal manera, resulta lógico evaluar las áreas operativas por el efecto que tienen en el entorno de la entrega de los servicios—particularmente, en el acceso y en la calidad de la atención (que son factores

<sup>1</sup> El *Manual de Indicadores para Evaluar Programas de Planificación Familiar* (Bertrand, Magnani y Knowles, 1994) incluye un tercer elemento: La imagen del programa. Sin embargo, los evaluadores han puesto poca atención a este aspecto, por lo que no se incluye en este volumen.

**Gráfica II.H.1 El Entorno de la Entrega de los Servicios**



que están bajo su control directo)—y no por resultados más distantes, que también se ven afectados por otros factores ajenos al programa. Aunque este *Compendio* no analiza el diseño de los estudios requeridos para hacer este tipo de vinculaciones causales, muchas de las organizaciones que trabajan en este campo han tenido a su cargo evaluaciones que vinculan ciertas actividades específicas (por ejemplo, la capacitación y la mejora del desempeño) con los resultados que estos producen en el entorno de la entrega de los servicios.

Debido a la importancia que se otorga a la calidad de la atención, los evaluadores han desarrollado múltiples enfoques para medir este factor en las distintas áreas de salud reproductiva. En este *Compendio* presentamos los indicadores que corresponden a tres enfoques para medir la calidad de la atención:

- **La Evaluación de la Provisión de Servicios (EPS):** Es un amplio conjunto de instrumentos que contienen una lista estandarizada de los indicadores que cubren varias áreas de la SR: Planificación familiar, ITS/VIH/SIDA, maternidad segura y supervivencia infantil;
- **La Investigación Rápida de la Calidad (IRC):** Un “listado breve” de 25 indicadores (un subconjunto de los indicadores que utiliza la EPS) para evaluar la planificación familiar únicamente; y

- **La Garantía de Calidad (GC):** Este enfoque forma parte de un proceso sistemático de evaluación que utiliza indicadores para medir las mejoras en los aspectos específicos de una clínica o de un conjunto de clínicas.

La integración de los servicios es un aspecto de la calidad de atención que se relaciona con la “constelación de los servicios” del marco conceptual elaborado por Bruce/Jain (Bruce, 1990), según el cual hay varias combinaciones (permutas) posibles de servicios que se pueden ofrecer. Sin embargo, debido a la poca experiencia que se tiene hasta la fecha en los indicadores para la integración de los servicios, presentamos únicamente los indicadores que ilustran la integración de la planificación familiar con las ITS/VIH/SIDA.

El último tema de esta sección del entorno de la entrega de los servicios involucra al factor género. Aunque la sensibilidad de género siempre ha formado parte de la buena interacción entre el cliente y el proveedor, no fue sino hasta en la última década que se puso mayor atención a este aspecto. Esta sección incluye también el concepto de la equidad de género en el contexto organizativo. (Este último funcionaría igual de bien en la sección sobre administración, pero se incluye en ésta en lugar de aquella por la estrecha vinculación entre los dos conceptos).

## **Instrumentos para Medir el Entorno de la Entrega de los Servicios: Las Encuestas a Nivel del Establecimiento**

Las herramientas para medir el entorno de la entrega de los servicios fueron diseñadas por los evaluadores varios años después de haber desarrollado los instrumentos para medir los resultados entre los clientes (por medio de las estadísticas del programa) o entre los miembros de la población en general (por medio de las encuestas representativas con muestras grandes).

A nivel nacional, el primer intento por documentar el funcionamiento del entorno de la entrega de los servicios de una manera sistemática se hizo con el Módulo de Disponibilidad del Servicio (MDS), el cual se diseñó como un módulo opcional de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y en 1986 comenzó a ponerse en práctica en Colombia. Desde ese entonces se han implementado más de 40 tipos de MDS en conexión con las DHS. El MDS mide el acceso de la población encuestada a los servicios de salud reproductiva y salud infantil. El MDS tradicional preguntaba a un grupo de informantes de la comunidad qué distancia había a los establecimientos de servicios de salud infantil y salud reproductiva más cercanos. En la mayoría de países, el equipo del MDS visitaba posteriormente el establecimiento más cercano de cada tipo dentro de un perímetro específico para verificar la distancia reportada y averiguar si el establecimiento ofrecía o no algunos servicios básicos (por ejemplo, servicios de vacunación a niños, planificación familiar). En algunos países, el cuestionario del MDS se amplió para abarcar un inventario más extenso, incluidos la información sobre la infraestructura, el equipo, los suministros, los medicamentos y el personal del establecimiento. Sin embargo, a pesar de que se hicieron muchos intentos para refinar el MDS, éste nunca logró tener la misma aceptación entre los formuladores de políticas y los evaluadores que las encuestas de hogares de las DHS.

El Análisis de Situación (Miller et al., 1997) es otra encuesta a nivel del establecimiento que logró captar el interés y la atención de la comunidad internacional que trabaja en salud reproductiva. El Análisis de Situación fue elaborado por el Population Council en 1998 en conexión con su proyecto de investigación operativa en África y se diseñó para medir el funcionamiento y la calidad de atención en los establecimientos de planificación familiar. Entre 1989 y 2000, el Análisis

de Situación se condujo en aproximadamente 21 países africanos y en 16 países en vías de desarrollo en otras regiones del mundo.<sup>2</sup>

El Análisis de Situación creó una conciencia generalizada del valor de las encuestas a nivel del establecimiento para evaluar el entorno de la entrega de los servicios. A partir de 1999, el MDS se combinó con el Análisis de Situación para formar un nuevo conjunto de instrumentos que incorpora ciertos elementos de ambos y se conoce como la Evaluación de la Provisión de Servicios (EPS). La EPS cuenta con varios instrumentos para recopilar los datos y es mucho más completa que el Análisis de Situación o el MDS en el sentido de que cubre la planificación familiar, la maternidad segura, la atención del recién nacido, la supervivencia infantil y las ITS/VIH/SIDA. Para el año 2001, la EPS se había conducido en un país (Kenia) y estaba en fase final preparatoria en otros tres (Ruanda, Ghana y Egipto).

## **Desafíos Metodológicos para Evaluar el Entorno de la Entrega de los Servicios**

La evaluación del acceso a los servicios presenta desafíos muy distintos a los que enfrenta la calidad de la atención (y sus componentes: Integración de los servicios y sensibilidad de género). De hecho, cada tipo de acceso presenta aspectos metodológicos distintos. Por lo tanto, presentamos los desafíos en la medición del acceso como componente del apartado de Temas a Considerar para cada uno de los indicadores.

Para la calidad de la atención, la mayoría de los indicadores se derivan de una de las siguientes cuatro fuentes: Las auditorías del establecimiento, la observación, las entrevistas de salida a clientes o la revisión de los expedientes médicos/clínicos. Los desafíos metodológicos más importantes para medir la calidad de la atención se relacionan con la conceptualización de la calidad, con las técnicas para recolectar los datos o con los sesgos en el muestreo.

---

<sup>2</sup> Es difícil cuantificar de manera precisa el número de Estudios de Análisis de Situación conducidos hasta la fecha, ya que varios países adaptaron o utilizaron el Análisis de Situación por cuenta propia.

- **Las opiniones de los clientes probablemente difieran de las de los expertos internacionales en cuanto a “lo que es importante” en términos de la calidad de la atención.**

Para decidirse a utilizar los servicios, es probable que la privacidad y la confidencialidad, por ejemplo, sean factores mucho más importantes para los clientes que otros elementos de la lista. Los expertos internacionales que definen los elementos que se deben incluir en los instrumentos tratan de abarcar una amplia gama de temas; y, al hacerlo, probablemente den menos valor a algunos aspectos que son muy importantes para los clientes. Lo mismo puede suceder cuando los distintos grupos de interés no se ponen de acuerdo en cuanto a los indicadores más importantes. Por consiguiente, el primer paso importante al diseñar una evaluación es lograr consensos entre los distintos grupos de interés.

- **Es probable que los datos recolectados por dos o más observadores tengan baja fiabilidad inter-calificador (*inter-rater reliability*)**

El mejor método para medir el nivel de cumplimiento con los estándares de la atención clínica suele ser la observación directa, siempre y cuando los observadores estén bien capacitados. Sin embargo, si la capacitación ha sido inadecuada, podría haber inconsistencias entre las calificaciones, disminuyendo la validez de los hallazgos. Para mejorar la fiabilidad inter-calificador, los observadores múltiples (múltiples se puede referir a dos o más) deben observar y calificar la misma sesión entre el cliente y el proveedor, ya sea en una situación de simulación de papeles o con video grabaciones de las verdaderas sesiones de consejería. Los responsables de capacitar a los observadores deben comparar los resultados y retroalimentar respecto a la mejor manera de codificar aquellos elementos que tengan baja fiabilidad inter-calificador.

- **Es probable que los proveedores se desempeñen mejor que lo usual cuando están siendo observados (es decir, el efecto Hawthorne).**

El efecto Hawthorne se refiere a la tendencia a actuar de diferente manera (por lo general, mejor) cuando las personas saben que se les está observando (Rossi, Freeman, y Lipsey, 1999). Por consiguiente, la presencia de un observador en el salón durante las sesiones clínicas y de consejería podría provocar que el proveedor ponga mayor atención a sus obligaciones que de costumbre.

Aunque algunos proveedores muestren un mejor desempeño cuando se les observa, la experiencia hasta la fecha sugiere que sí es posible identificar las deficiencias específicas de un proveedor por medio de la observación. Si el proveedor no sabe algo, o si se muestra incompetente para cierto procedimiento, la presencia del observador no cambiará esa realidad. Y si al proveedor se le califica como descortés durante una sesión observada, se puede asumir que él o ella será igualmente descortés, más cuando no se le está observando.

- **No siempre es posible hacer una observación directa.**

El método preferido para medir el cumplimiento con las normas de atención clínica es la observación directa; sin embargo, la observación se utiliza, en la práctica, muy poco para monitorear la atención materna. Esto es así por las siguientes limitaciones: Es difícil observar la atención que se presta en las emergencias; los partos suelen ocurrir de noche cuando los observadores no están presentes; los partos pueden durar varias horas, demandando demasiado tiempo del observador; hay pocas oportunidades de observar eventos fuera de lo común. Por consiguiente, el medio más factible para evaluar el desempeño de los proveedores de salud contra los estándares clínicos suele ser la revisión de los expedientes médicos. Desafortunadamente, sin embargo, muchas veces estos están incompletos o no tienen suficiente información. En muchas situaciones, el uso de “clientes incógnitos” para recopilar los datos ofrece buenos resultados, aunque no en todas (por ejemplo, en los procedimientos quirúrgicos o invasivos).

- **Es probable que los clientes no recuerden con exactitud lo que ocurrió durante la consejería y las sesiones clínicas (sesgo de recordación).**

Es probable que los clientes no recuerden con toda precisión lo que ocurrió durante una sesión con un proveedor y la fiabilidad de sus respuestas podría variar según la acción del proveedor a evaluar. Debido a esto, la entrevista de salida con clientes que incluye el cuestionario de la IRC contiene algunas preguntas directas con base en hechos reales (por ejemplo, ¿qué método quería cuando llegó acá?). Los resultados de las validaciones de campo del Cuestionario de la IRC muestran un nivel de consistencia relativamente alto entre lo que los clientes y el observador reportan que ocurrió durante la sesión de consejería, sugiriendo que

el nivel de recordación de los clientes en estos aspectos es satisfactorio (Bessinger y Bertrand, 2001).

- **Es probable que los clientes reporten estar satisfechos con los servicios, aunque no lo estén (sesgo de cortesía)**

En los estudios realizados, se demuestra que es probable que los clientes reporten sentirse satisfechos con los servicios y no hablen negativamente de la clínica o del personal durante la entrevista de salida del establecimiento (Williams et al., 2001). Por lo tanto, los resultados de estas entrevistas tienden a tener sesgos hacia lo positivo con relación al nivel de satisfacción de los clientes. Los entrevistadores deben estar capacitados para insistir en que las respuestas no pondrán en peligro la atención del cliente en una clínica. Sin embargo, cuando los recursos económicos lo permitan, es de mucha utilidad que otras personas ajenas a la clínica entrevisten a los clientes en sus propios hogares (lejos de la clínica) para reducir este tipo de sesgo. Las entrevistas con no-usuarios del servicio (de uno en uno o en grupos focales) también pueden revelar más detalles de las percepciones de los clientes respecto al servicio.

- **Los instrumentos para la recolección de datos tienen unidades de análisis distintas.**

Esto aplica en particular a los instrumentos de la EPS y de la IRC. La unidad de análisis para la entrevista de salida con clientes y para la observación es el cliente; sin embargo, la unidad de análisis para la auditoría del establecimiento es la clínica. Existen dos alternativas para abordar esta discrepancia en el tamaño de la muestra: (1) Hacer el análisis a nivel de los clientes, asignando la misma medida de auditoría al establecimiento para cada cliente que visita un establecimiento específico; o (2) hacer el análisis a nivel del establecimiento, ponderando los resultados a nivel de los clientes. Desafortunadamente, cada uno de los escenarios tiene sus desventajas. Si los evaluadores recolectan los datos a nivel de los clientes, no encontrarán variaciones entre las estimaciones de los clientes que acudieron a un establecimiento específico. Si los evaluadores agregan los datos a nivel del establecimiento, podrían perder información importante y disminuir la precisión de las estimaciones.

- **Cuando el volumen de clientes es distinto entre los diversos servicios de salud reproductiva a**

**evaluar, es probable que los evaluadores tengan dificultad para estimar el tamaño adecuado de la muestra.**

Muchas veces, el evaluador quiere recolectar datos para distintos servicios de SR en un mismo establecimiento o grupo de establecimientos. Sin embargo, debido a que el volumen de los casos puede ser muy distinto para cada uno de los servicios (por ejemplo, para la planificación familiar frente a la atención prenatal en los países del África subsahariana), es probable que el evaluador tenga dificultad para establecer una estrategia de muestreo que produzca el número apropiado de casos para evaluar ambos servicios. Para abordar esta situación, el evaluador puede recolectar información sobre el volumen de clientes para cada uno de los servicios y ponderar los datos durante el análisis.

- **Es probable que estándares para definir la calidad de la atención no estén disponibles o que estos no sean consistentes entre países.**

Los indicadores que se presentan para evaluar la calidad de atención en los servicios de atención materna y neonatal como parte del enfoque de Garantía de Calidad (GC) requieren estándares o normas para utilizarse como referencia en las mediciones. Sin embargo, en algunos países los programas carecen de estándares clínicos, o estos no se basan en la evidencia. En este caso, los evaluadores pueden utilizar los estándares elaborados en otros lugares—siempre que tengan relevancia con la situación—o pueden comenzar por establecer los estándares locales. Esto toma bastante tiempo, pero garantiza mayor relevancia de la evaluación en el contexto local (es decir, que se puede hacer con los recursos disponibles localmente). El ejercicio de evaluación representa una buena oportunidad para abordar la disponibilidad de estándares con base en la evidencia.

Si el propósito de la evaluación es comparar la calidad de los servicios de atención materna entre los distintos países, se deben usar los mismos estándares. Algunos estándares para la atención materna tienen una aceptación universal (por ejemplo, el uso de un partograma para la detección temprana de la actividad uterina insuficiente y de la desproporción céfalo pélvica). Sin embargo, los estándares pueden variar de país en país (por ejemplo, el número de visitas de atención prenatal recomendado). Cuando hay inconsistencia entre los estándares y los evaluadores

carecen de suficientes bases científicas para validar algunos y rechazar otros, se pueden hacer comparaciones modificando el indicador (por ejemplo, cambiando “el porcentaje de mujeres que completaron tres visitas de atención prenatal oportunamente” por “el porcentaje de mujeres que completaron el número recomendado de visitas prenatales”).

- **Los estudios especiales (periódicos) sobre la calidad de la atención no abordan la necesidad de hacer un monitoreo continuo o regular.**

Los estudios periódicos para medir la calidad de la atención (como la EPS y la IRC) son de suma utilidad para los gerentes de los programas; sin embargo, estos estudios no proporcionan mediciones continuas y progresivas del desempeño. Relativamente pocos programas cuentan con sistemas regulares, continuos y progresivos para monitorear la calidad de manera sistemática. Un sistema que sí utiliza los datos rutinarios del SIS o de los expedientes médicos sistemáticamente es el Sistema Latinoamericano de Mortalidad Materna, que se presenta en conexión con el enfoque de Garantía de Calidad. Sin embargo, este tipo de esfuerzo requiere una capacitación constante del personal del establecimiento para garantizar la calidad de los datos recopilados.

Los indicadores de esta sección están organizados de la siguiente manera:

- El acceso;
- La calidad de la atención;
  - La Evaluación de la Provisión de Servicios (EPS) (para cuatro áreas de salud reproductiva);
  - La Investigación Rápida de la Calidad (IRC) (para la planificación familiar);
  - La Garantía de Calidad (GC) (ejemplos que ilustran la evaluación de la atención materna y neonatal);
- La integración de los servicios; y
- La equidad/sensibilidad de género.