

¿Cuánto cuesta mejorar la calidad de la atención en salud reproductiva?

Laura Raney, Stephanie Joyce y John W. Townsend

La calidad de la atención al cliente debe ser esencial en todo programa de planificación familiar y salud reproductiva, pero ¿pueden los programas costearla? La respuesta no es sencilla. Existen múltiples dimensiones en la calidad de la atención, lo que hace más complicado detectar y medir las mejoras que pueden costearse. Es difícil calcular los costos de los programas, y diferentes métodos de cálculo pueden dar lugar a resultados muy diversos (Janowitz y Bratt 1992). Asimismo los elementos esenciales en el servicio de calidad pueden variar de un programa a otro, y entre diferentes perspectivas, por lo que no es fácil saber cuánto cuesta la calidad. No obstante, no sólo es posible ofrecer un servicio de calidad, sino que es importante para la sostenibilidad de los programas.

Hay unos pocos estudios que calculan el costo, y la eficacia en función de costo, de ofrecer servicios de salud reproductiva de alta calidad. Este informe se concentra en diversos aspectos del costo y examina lo que se refiere a las mejoras en calidad (en vez del costo de la calidad de la atención en general), y luego pasa a señalar algunas formas de mejorar la calidad sin elevar el costo.

La calidad, el acceso a servicios y el costo son elementos relacionados entre sí, por lo que al cambiar uno se ven afectados los demás, y los programas pueden verse obligados a tomar decisiones difíciles al tratar de buscar una solución equilibrada, dado que sus recursos son limitados. Lo óptimo es tomar decisiones sobre la calidad tras un diálogo entre los principales interesados (las autoridades normativas, los proveedores y los clientes), puesto que cada programa tiene que decidir el nivel de calidad que es apropiado, considerando su situación, recursos y las necesidades y percepciones de la población que debe atender.

Este informe es parte de la serie de "Nuevas perspectivas sobre la calidad de la atención" y aplica el marco elaborado por la Agencia de

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

Patricia Poppe/JHU/CCP, Guatemala

Mejorar la calidad de la atención puede suponer un ahorro tanto para los clientes como para los programas.

Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en su Iniciativa para Maximizar el Acceso y la Calidad (MAQ).

¿Por qué se debe invertir en calidad?

Existen múltiples facetas en la calidad. Desde un punto de vista ético los directores de programas tienen que responder al derecho de sus clientes a recibir atención de alta calidad, por personal competente y compasivo, pero la percepción de la calidad puede ser subjetiva. Los clientes tienden a valorar el aspecto del lugar donde se proporciona el servicio, la existencia de espacios privados, el trato respetuoso y la facilidad para llegar a dicho establecimiento, mientras que los proveedores ponen mayor énfasis en el contexto del establecimiento, la infraestructura del programa y la carga de trabajo (Bruce 1990; Jain 1989; Khan et al. 1999; ver también otros informes de esta serie).

La existencia de servicios de calidad conlleva muchos beneficios. Al mejorar la calidad se pueden lograr ahorros tanto para los

programas como para los clientes. Los servicios de calidad pueden atraer mayor número de clientes además de reforzar la eficiencia y sostenibilidad de los programas. Asimismo, al ofrecer niveles adecuados de calidad se pueden prevenir los costos (generalmente ocultos) a largo plazo que surgen cuando la atención es deficiente. Por ejemplo, el cliente que recibe insuficiente asesoría puede que no utilice debidamente su método anticonceptivo, y que eso lleve, ya sea a un embarazo no deseado o una infección que podría haberse evitado. Los directores deben considerar el costo de la calidad de la atención como una inversión en el bienestar futuro de sus clientes y programas.

Las mejoras en calidad acaban amortizándose a largo plazo, porque atraen a nuevos clientes o dan lugar a economías de escala, pero pocos son los cambios que no suponen algún tipo de costo. Dicho costo puede ser en personal y gerentes, diferentes formas de usar el tiempo de los empleados, o gastos financieros, como inversión en investigación o entrenamiento.

Algunas mejoras en calidad son caras, como la compra de equipo de alta tecnología, pero también pueden ser valiosas las que no implican considerable inversión monetaria, como instar al personal a que salude a los clientes de forma cálida. En la mayoría de los casos los cambios que suponen una mejora en la calidad tienen que ser apoyados por los supervisores y gerentes, y recibir la atención sostenida de ambos para que perduren.

Oportunidades para mejorar la eficacia en función de costo y la calidad

El Cuadro 1 presenta varias definiciones del costo. Los estudios sobre el costo del servicio dan diversos resultados dependiendo de factores como pueden ser el fin para el que se hace el cálculo (que puede llevar a concentrarse en el precio de un servicio específico en vez de en el costo de la totalidad del programa), el tipo de servicio, el contexto, los datos de que se disponen y el método de cálculo; por ejemplo, algunos estudios incluyen costos indirectos, como la gerencia de los servicios de salud y el costo para los clientes (Mumford et al. 1998). El primer paso al determinar el costo del servicio y la forma de pagar por las mejoras en la calidad es tener una idea clara de la distribución de los gastos del programa y las restricciones financieras. Muchos directores de programas aplican el análisis de costo que aparece en el Cuadro 2 para evaluar las ventajas de las innovaciones que existen o se proponen, como mejorar el contexto clínico, lograr mayor eficiencia en el servicio, combinar o consolidar varios servicios, mejorar la selección de clientes, o añadir servicios más apropiados.

Mejoras en el ambiente clínico y en el flujo de clientes

Una de las mejoras de calidad que puede elevar la eficiencia del servicio y la satisfacción del cliente con un gasto mínimo es hacer el ambiente clínico más acogedor y más fácil de usar por los clientes. Por ejemplo, en un establecimiento rural en Guatemala el personal clínico y una selección de clientes identificaron diversas mejoras físicas de bajo costo que los clientes pensaban que mejorarían su experiencia en el lugar, entre ellas pintar la clínica (con

Cuadro 1

Definiciones de costos

Puede que algunas de las definiciones de los diferentes tipos de gastos que aparecen a continuación se solapen entre sí (por ejemplo los salarios del personal son gastos directos y recurrentes), pero el fin para el que determine el costo ayudará a decidir qué definiciones aplicar.

Costos directos: son los que están relacionados directamente con un servicio o producto, como los salarios del personal o el precio de los métodos anticonceptivos.

Costos indirectos: son los que apoyan la provisión del servicio, como los salarios de los gerentes o el costo de supervisar la calidad de la atención.

Costos recurrentes: son los referentes a insumos que se consumen en un año o menos, como los salarios y ciertos materiales médicos.

Costos de capital: son los gastos o recursos cuya utilidad tiene más de un año de duración, como son los edificios.

Costos totales: se refiere a la suma de los gastos recurrentes y los costos de capital.

Promedio o costo por unidad: es el costo total de un servicio (como puede ser una visita de atención antenatal), dividido por el número de unidades de servicio proporcionadas.

Costo marginal: es el costo de proporcionar una unidad adicional de servicio, como atender a un cliente más.

Costos fijos: son los que no pueden cambiarse a corto plazo (hasta un año), como los salarios del personal.

Costos variables: son los que pueden cambiarse a corto plazo, como los relativos al número de visitas de supervisión.

FUENTES: B. Janowitz, et al., *Issues in the financing of family planning services in sub-Saharan Africa* (1999); y A. Yazbeck, "But how much does it cost?" (1999).

materiales donados por el alcalde del lugar) y añadir letreros para encontrarla más fácilmente. Los clientes apreciaron estos pequeños cambios y se contribuyó a que la comunidad considerara la clínica como algo propio (Burkhart y Solórzano 1999).

Los largos períodos de espera son una molestia para los clientes. En un estudio de 26 clínicas en América Latina se observó que el público tenía que esperar un promedio de 80 minutos en la visita inicial, pero el uso de análisis detallados del flujo de clientes en muchos contextos similares ha contribuido a reducir el tiempo de espera hasta en un 50% (Berrio et al. 1990). Este tipo de cambios puede permitir que las instalaciones traten a mayor número de clientes, lo que es especialmente importante para los programas que dependen primordialmente del cobro de tarifas de uso.

El personal del centro de salud en la clínica rural de Guatemala también repasó los procesos clínicos para ver si se podía simplificar el uso de los servicios ofrecidos. Se analizó el movimiento de los pacientes por el centro y se descubrió que era fácil hacer cambios sencillos, como eliminar etapas de preconsulta que quitan tiempo y añadir una “vía rápida” para servicios breves (como las inmunizaciones), además de modificar los horarios de la clínica para ofrecer una variedad de servicios diariamente. El resultado fue que la mayoría de los clientes pasó considerablemente menos tiempo en el centro y el 93% estuvo menos de una hora en total en la clínica en cada visita (Burkhart y Solórzano 1999).

Mayor eficiencia en el servicio

Mejor uso del tiempo del personal

Hay estudios que muestran que los proveedores de atención sanitaria con frecuencia no emplean de forma productiva una considerable parte de su tiempo. Janowitz et al. (2001) resumieron el resultado de cuatro estudios donde se tomó nota de las actividades del personal cada tres o cinco minutos, y se observó que en un día promedio el personal en Ecuador dedicaba el 56% de su tiempo a atender pacientes y en Bangladesh sólo el 30%. Parte del resto del tiempo correspondía a tareas administrativas, como la preparación de las áreas de trabajo y la asistencia a reuniones, pero el personal también pasaba tiempo atendiendo cuestiones personales y en

descansos. Si no se aprovechan debidamente los recursos, como el tiempo del personal, el costo marginal de atender a clientes adicionales es casi nulo, pero al reorganizar el día laboral o la programación las consultas más eficazmente, el establecimiento puede atender a mayor número de clientes y hacer mejor uso del personal y los recursos a su disposición. El número de consultas por mes en la mencionada clínica rural de Guatemala donde se hicieron estas modificaciones casi se duplicó, de 522 a 1.039, sin cambiar las horas de la clínica o el personal (Burkhart y Solórzano 1999).

Los programas también pueden mejorar la calidad si se concentran en la eficiencia de tareas específicas del personal. León et al. (2001) mostraron que los proveedores de asesoría sobre planificación familiar pasaban demasiado tiempo describiendo todos los métodos disponibles y no lo suficiente en dar información sobre el uso y los efectos secundarios del método elegido por el cliente. Al profundizar en el tema también se descubrió que la calidad de la asesoría mejoraba considerablemente si los proveedores utilizaban un modelo diferente de asesoría junto con útiles de trabajo como listas de verificación, tarjetas, rotafolios y

Cuadro 2

El análisis económico: un medio esencial para planear mejoras en la calidad

Los análisis económicos pueden ser un instrumento valioso para los encargados de tomar decisiones a diversos niveles, desde quienes definen la política nacional de planificación familiar, a los gerentes que evalúan el servicio en lugares de atención específicos. Los análisis de efectividad y beneficios de costos son dos instrumentos muy valiosos utilizados frecuentemente por las autoridades normativas y los directores de programas.

Los análisis de efectividad de costos evalúan la relativa eficiencia de políticas alternativas en situaciones donde no sea práctico asignar un valor monetario al objetivo propuesto, como ocurre con las mejoras en salud. En este caso la efectividad de costos de un servicio o programa se mide por resultados mensurables, como son el número de usuarios de métodos anticonceptivos atendidos, las pruebas de detección de VIH realizadas, etc., y dicho análisis permite a los directores de programas saber la forma menos costosa de alcanzar un objetivo claramente establecido.

Los análisis de beneficios de costos comparan el costo y los efectos de dos o más alternativas diferentes, donde tanto el costo como el beneficio pueden medirse en términos monetarios, es decir, donde puede asignarse un valor monetario a cada uno de los beneficios sociales resultantes de la acción que se tome. Esto permite a los directores de programas comparar el valor monetario de los beneficios sociales (como días sin enfermedad) de una política en particular con el costo que supone.

FUENTE: J. Knowles y J. Berman, “Economic evaluation of family planning and reproductive health policies” (2000).

Tabla 1

Cambios en el costo por cada servicio adicional de salud reproductiva en Guatemala y México

Número de servicios por visita	Costo por servicio (dólares EE.UU.)	
	Guatemala	México
1	2,41	3,21
2	1,11	2,05
3	1,27	1,73
4	n/d	1,25
Costo promedio	2,29	2,79

n/d = no se dispone de información.

NOTA: El costo por servicio incluye personal y materiales.

FUENTE: R. Vernon y J. Foreit, "In-reach for providing more preventive reproductive health care" (1998).

pautas para la prestación del servicio. Las sesiones de asesoría tomaban un promedio de 1 a 7 minutos más, pero los clientes de planificación familiar constituían una porción relativamente pequeña del total y el tiempo extra empleado en estas sesiones no afectaba la totalidad del flujo de clientes (León et al. 2002).

Los cambios en la composición del personal son otra forma de elevar la calidad y reducir costos. En muchos casos el gasto en personal es fijo a corto plazo (normalmente períodos de menos de un año) pero no a largo plazo, por lo que quizás sea eficaz en función de costo cambiar la proporción del personal a largo plazo. Por ejemplo, en Colombia, la organización PROFAMILIA (una filial de la Federación Internacional de Planificación de la Familia) analizó en 26 de sus clínicas los efectos sobre la productividad de ciertos aspectos del servicio, como el personal, el tamaño de la clínica y las características de los clientes, y los resultados indicaron que si se cambiaba la composición del personal para tener más enfermeras y menos médicos se podía elevar la productividad en un 10% sin costo adicional o merma en la calidad (Kenny y Lewis 1991).

Consolidación o integración de servicios

La consolidación o integración de los servicios existentes puede permitir un uso más eficaz de los recursos de los programas y redundar en mayor beneficio para los clientes. Por ejemplo, una clínica puede ofrecer servicios

de inmunización junto con los de divulgación sobre salud reproductiva. Una prueba realizada en dos áreas rurales de Bangladesh mostró que esa combinación era más rentable que ofrecer simplemente las dos cosas por separado en ciertos lugares de prestación de servicios (Levin et al. 1999).

La integración de servicios puede reducir el costo de la atención proporcionada a los mismos clientes en visitas múltiples y resultar más cómodo para éstos. Por ejemplo las consultas posteriores a la inserción de los dispositivos intrauterinos (DIU) pueden combinarse con pruebas de Papanicolaus y detección de infecciones del tracto reproductor. En un estudio en Zimbabwe se descubrió que el precio de proporcionar los tres servicios a la vez cuesta 40% del total que supondrían las tres visitas por separado (Mitchell et al. 1999).

Un repaso de la atención a la salud reproductiva en Guatemala mostró que se pierden muchas oportunidades para proporcionar una mayor variedad de servicios debido a que los clientes tienden a pedir un sola prestación en sus consultas clínicas (y los proveedores tienden a ofrecerles sólo ese servicio) (Vernon et al. 1997). Si se diera información a los clientes sobre los demás servicios a su disposición, se podría reducir el costo a largo plazo para los clientes y el programa. Los estudios de costo realizados en Guatemala y México muestran que es más costo-eficaz ofrecer al cliente múltiples servicios en la misma visita que pedirle que vuelva a consultas posteriores (ver Tabla 1). El costo de proporcionar servicios adicionales generalmente se reduce con cada servicio preventivo proporcionado en una consulta, con lo que se eleva la posibilidad de ahorro para el cliente y el programa (Vernon y Foreit 1998).

Eliminar procesos innecesarios

En algunos contextos existen políticas y protocolos inapropiados que se establecieron para proteger a los clientes pero impiden ofrecer servicios de forma efectiva. Dichos obstáculos (mencionados en otra parte de esta serie) pueden menguar la calidad por desalentar la obtención de servicios y restar eficacia a los proveedores de los mismos, además de suponer costos innecesarios para el sistema de salud.

También hay situaciones con requisitos normativos que imponen un costo alto al

sistema, sin que los clientes se beneficien grandemente. Stanback et al. (1994) investigaron la rentabilidad de los análisis obligatorios de laboratorio en Dakar, Senegal, para las clientes que utilizan píldoras anti-conceptivas por primera vez, y descubrieron que menos del 3% de las mujeres que se hacían los análisis estaban propensas a sufrir complicaciones por el uso de la píldora, y cada análisis costaba entre \$55 y \$216, es decir casi 100 veces el gasto per cápita en salud. Dado el riesgo que supone un embarazo no deseado, y que dichas pruebas son caras y poco fiables, se concluyó que eliminar ese requisito era una forma de costo efectivo de mejorar la calidad del servicio.

Igualmente muchos sistemas de atención sanitaria exigen visitas de seguimiento para ciertos métodos de planificación familiar, como el DIU, pero estas visitas complementarias pueden sobrecargar rápidamente al sistema. Un estudio en Ecuador mostró que el 29% de las mujeres que volvían a consulta después de ponerse un DIU lo hubieran hecho sin pedírselo y que únicamente menos de un 1% del resto necesitaban tratamiento o que se les quitara el dispositivo. Si en vez de tener consultas obligatorias se establecen pautas para que las usuarias sepan cuándo deben buscar asistencia médica, se podría reducir considerablemente el número de visitas de seguimiento y mejorar la calidad de la atención para las clientes nuevas y las que tienen realmente problemas (Janowitz et al. 1994).

Añadir servicios apropiados y de costo efectivo

El añadir servicios cuidadosamente seleccionados también puede mejorar el costo y la calidad. Puede que resulte de costo efectivo añadir servicios de sonograma para la atención prenatal y materna en las clínicas urbanas. El Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF), una ONG para la salud de la mujer en Quito, Ecuador, proyectó los costos iniciales y de funcionamiento (gastos necesarios para ofrecer el servicio), la demanda de sonogramas y los precios cobrados por la competencia, al estudiar el costo de añadir sonogramas a sus servicios, y descubrió que la solución de más efectividad de costo sería equipar con máquinas de ultrasonido y el entrenamiento necesario a sólo cuatro de las 19 clínicas inicialmente interesadas en añadir este servicio (Bratt et al. 1998).

Tabla 2

Cambios en el costo al mejorar el servicio de atención después del aborto en países seleccionados

País	Antes de la intervención costo (\$EE.UU.)	Después de la intervención costo (\$EE.UU.)	Porcentaje cambio
Burkina Faso	\$34	\$15	-56
Egipto	14	16	14
México	264	180	-32
Perú	119	45	-62
Senegal	61	46	-25

FUENTES: Ministerio de Salud de Burkina Faso, *Introduction of emergency medical treatment and family planning services for women with complications from abortion in Burkina Faso* (1998); L. Nawar et al., "Cost analysis of postabortion care in Egypt" (1999); J. Fuentes Velásquez et al., *A comparison of three models of postabortion care in Mexico* (1998); J. Benson et al., *Improving quality and lowering costs in an integrated postabortion care model in Peru* (1998); y Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction et al., *Introduction des soins obstétricaux d'urgence et de la planification familiale pour les patientes présentant des complications liées à un avortement incomplet* (1998).

Los estudios realizados en diversos contextos han demostrado que al mejorar la atención después del aborto (que definen como tratamiento de emergencia, servicios de planificación familiar y remisión de clientes, así como contactos con otros servicios de salud reproductiva después de abortos naturales o provocados) se eleva la calidad y la eficacia en función de costo. Al comparar el resultado de las intervenciones para mejorar los servicios después del aborto en cinco países (ver Tabla 2) se observaron considerables reducciones en el costo en cuatro de los cinco países, debido a un uso más eficaz del tiempo del personal y períodos de hospitalización más breves. Sin embargo la mejora de servicios no siempre supone menor costo; en Egipto, para reestructurar los servicios ofrecidos después del aborto hubo que elevar el nivel de la atención con mejoras en el alivio del dolor, y ofreciendo asesoría y cumpliendo más estrictamente con las normas para controlar las infecciones, todo lo cual dio lugar a un ligero aumento en el costo (Huntington 2000).

En áreas donde las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA, son frecuentes, las terribles consecuencias de no detectar, o dejar sin tratamiento, dichas infecciones hacen crucial que los directores de programas consideren diferentes alternativas de detección y tratamiento, como ofrecer trata-

miento tras los análisis de laboratorio, tratar habitualmente a todos los clientes o solamente a los que tienen síntomas específicos (manejo de síntomas y signos), no tratar sino remitir al paciente, o una combinación diferentes enfoques. Aunque pocos estudios han analizado el costo de los servicios de ITS en el contexto de la planificación familiar, un modelo de detección y manejo de ITS en la India mostró que los donantes y los directores de programas suelen subestimar el gasto que supone añadir estos servicios, porque sus cálculos se centran mayormente en el costo de los materiales, y un modelo eficaz de atención a las infecciones de transmisión sexual requiere también capacitación, supervisión, educación para la prevención y otros tipos de apoyo que pueden elevar el importe total del servicio (RamaRao et al. 1996).

La eficacia en función de costo de añadir nuevos servicios contra las infecciones de transmisión sexual (como asesoría y pruebas de detección voluntarias) puede variar mucho, ya que los cálculos dependen de la situación local, que incluye las tasas de infección y los riesgos que sean los hábitos de la población meta. Por ejemplo, la detección y tratamiento de ITS en puestos de salud urbanos en Senegal cuesta entre US\$5 y US\$17 por paciente, lo que refleja la variedad de clientes y el costo de notificar, en lo posible, a sus compañeras o compañeros sexuales (Mumford et al. 1998). Los estudios realizados en Kenya y Botswana indican que se reduce el costo cuando los programas combinan servicios existentes de alta cobertura y conocida eficacia (Janowitz et al. 1999). Un estudio de caso en Nairobi, Kenya, mostró que al ofrecer a la vez el mismo día los pasos de selección de pacientes y pruebas de detección de la sífilis en las clínicas antenatales, se obtenía un mayor índice de tratamiento entre las clientes y sus compañeros sexuales por un costo de alrededor de \$1 por visita (Maggwa et al. 2001), pero se necesita hacer más por identificar métodos efectivos y costeables para la selección y el tratamiento de pacientes de ITS (Dayaratna et al. 2000).

Mejora en la gerencia de servicios

Elevar el apoyo institucional para los proveedores de los servicios de salud

Los programas tienen que asegurarse de que dicho personal reciba el apoyo que necesita para funcionar con eficacia y mejorar o

mantener la calidad en su trabajo. Existen numerosas medidas para mejorar el apoyo institucional y con ello elevar la calidad con un costo razonable. Los gerentes que deseen mejorar la calidad de los servicios que ofrecen deben considerar áreas concretas, por ejemplo, adoptando diferentes enfoques en la supervisión se pueden reducir costos sin menguar la calidad (ver el Informe no. 3 “Proveedores y calidad de la atención”).

Otra opción para elevar el apoyo institucional es mejorar los aspectos logísticos. Una parte esencial de la calidad de los servicios de salud reproductiva, especialmente desde el punto de vista de los clientes, es garantizar la disponibilidad sistemática de anticonceptivos y otros materiales. Muchos clientes de planificación familiar que dejaron de usar métodos anticonceptivos en Lesotho dijeron que dicha decisión se debía a que el método o la marca de su elección dejaba de ser suministrada periódicamente (Bertrand 1991). Al mejorar la logística los programas pueden reducir costos y evitar desperdicios. En Kenya unos gerentes utilizaron un nuevo sistema de rastreo y distribución para mejorar el cálculo de la demanda y el uso de sus fondos, con lo que pudieron utilizar el dinero asignado inicialmente para entregar estuches de detección y tratamiento de ITS en 143 establecimientos durante un año, para proporcionar estuches a más de 500 instalaciones por un período superior a dos años (Venugopal 2002).

La capacitación efectiva, que incluye la enseñanza de nuevas destrezas y la actualización de conocimientos, también puede mejorar la eficacia de los proveedores de atención sanitaria. La capacitación es esencial para mantener un alto nivel de calidad, pero su costo suele ser innecesariamente alto. Una posible solución es ofrecer sólo la capacitación necesaria para que los proveedores sean competentes y se sientan seguros en el desempeño de su trabajo. En un curso de destrezas clínicas en las Filipinas, todos los capacitados se mostraron seguros y competentes en su aprendizaje después de siete inserciones y retiros de DIU, por lo que el número de procedimientos por proveedor exigido en la capacitación se redujo de 15 a 10 (Rood et al. 1994).

Hay que considerar las preferencias de los clientes

Se ha dedicado mucha atención al costo relativo de proporcionar una gran variedad de

La atención de alta calidad supone un gasto, pero si se hacen las inversiones apropiadas los programas pueden evitar el mayor costo, o las consecuencias inesperadas, a largo plazo que conlleva la atención de baja calidad.

métodos anticonceptivos (Mumford et al. 1998), pero lo más eficaz no es necesariamente concentrarse sólo en los menos caros. Por ejemplo en la India, el énfasis en la esterilización limitó la posibilidad de que las mujeres pudieran dejar espacio entre un parto y otro y menguó seriamente la calidad de los servicios (Koenig et al. 2000). Si se considera no sólo el costo sino el método preferido por los clientes, es posible mejorar la calidad y limitar gastos. Un estudio en Tailandia documentó tanto el alto costo de los implantes anticonceptivos y como el hecho de que las usuarias estaban dispuestas a utilizar otros métodos efectivos. Podrían ofrecerse métodos de mayor costo a las clientes que los soliciten, y cubrir la diferencia de costo con el cobro de tarifas o con subsidios, siempre que los gerentes se aseguren de que la lista de tarifas no excluya a clientes en desventaja económica (Finger 1998; Nanda 2002). Por otra parte, incluso en contextos de bajos recursos, como el África subsahariana, la percepción de la calidad resultó ser un factor importante en la voluntad de las clientes de pagar por los servicios (Leighton 1995).

Evitar el costo que supone la atención de baja calidad

La atención de alta calidad supone un gasto, pero si se hacen las inversiones apropiadas los programas pueden evitar el mayor costo, o las consecuencias inesperadas, a largo plazo que conlleva la atención de baja calidad. Si no se dispone de suficientes insumos o personal y los clientes tienen que volver otro día, el programa sufre el costo de tener que atenderles de nuevo, y puede que necesiten mayor atención si reciben un método anticonceptivo indebido o no se les informa lo suficiente para que sepan cómo usarlo. En dichos casos también hay que considerar el costo para el cliente.

La falta de calidad puede tener incluso consecuencias más serias, por ejemplo, varios estudios en la India han notificado la existencia de complicaciones después de la esterilización femenina o la inserción del DIU (Koenig et al.

2000). Uno de ellos, que tuvo lugar a principios de la década de 1980, señaló que entre el 29% y el 46% de las mujeres que utilizaban DIU y 12% a 23% de las personas esterilizadas se quejaban de complicaciones resultantes del uso de dichos métodos; y otro informe más reciente indicó que el 30% de las usuarias de DIU y el 47% de las mujeres esterilizadas en Uttar Pradesh decían sufrir complicaciones (Khan et al. 1999). Si bien estas complicaciones pueden deberse en parte a la existencia de un alto nivel de infecciones previas en el tracto reproductivo, no puede decirse que ésa sea la única causa del problema. Por ejemplo, un estudio a nivel de la comunidad en Karnataka notificó que las mujeres esterilizadas mostraban mayores probabilidades de tener vaginitis y menstruaciones dolorosas (Bhatia et al. 1997).

La baja calidad de los servicios supone un costo claro para los clientes, los programas y la sociedad, reduce los beneficios netos del programa y puede tener consecuencias a largo plazo, como la reducción en la demanda de servicios si los clientes pierden confianza en el programa; y si los clientes buscan atención en otro sitio, la pérdida financiera puede incluso minar la sostenibilidad del programa.

Implicaciones normativas

No solamente es necesario hacer inversiones bien pensadas para mejorar la calidad de los programas de salud reproductiva, sino que dichas inversiones pueden ser rentables. Las mejoras en calidad pueden ahorrar gastos tanto a los servicios y sistemas de atención sanitaria como a los clientes. Por otra parte un servicio de mayor calidad puede asimismo atraer a mayores clientes, con lo que se eleva la eficiencia y la sostenibilidad del programa, pero como diversos programas tienen distintas estructuras de servicio y restricciones financieras, los gerentes deben decidir el nivel apropiado de calidad teniendo en cuenta sus recursos actuales y en potencia, y las poblaciones que

desean atender. El equilibrio ideal tiene que decidirse en el contexto local y en diálogo con los principales interesados: las autoridades normativas, los proveedores del servicio y los clientes.

Nota

Las referencias bibliográficas se proporcionan en una publicación aparte, que corresponde a la serie de Nuevas Perspectivas y puede obtenerse en www.prb.org/Nuevasperspectivas.

Reconocimientos

Laura Raney, Stephanie Joyce y John W. Townsend, del Programa FRONTERAS (Fronteras en Salud Reproductiva) de Population Council, prepararon este informe en colaboración con Liz C. Creel y Nancy V. Yinger, de Population Reference Bureau (PRB). El informe se basa en parte en un texto originalmente preparado para FRONTERAS por Rodolfo A. Bulatao.

FRONTERAS aprecia y reconoce el apoyo proporcionado al proyecto por la Agencia de Estados

Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El informe fue financiado en el contexto de FRONTERAS y MEASURE *Communication*, mediante los Acuerdos de Cooperación Nos. HRN-A-00-98-00012-00 y HRN-A-00-98-000001-00, respectivamente.

Se agradece especialmente la contribución de los siguientes revisores del texto: Michal Avni, Sarah Harbison, Rachel Lucas, Barbara Seligman y Kellie Stewart, de la Oficina de población del departamento de programas mundiales (Bureau for Global Programs) de USAID; James Foreit, de Population Council/FRONTERAS; Cynthia P. Green, del centro para desarrollo y actividades de población (Centre for Development and Population Activities); Rick Homan y Barbara Janowitz, de Family Health International; Ann Levin, de Population Council/HORIZONS y Family Health International; Tim Williams, de John Snow, Inc.; y Bill Winfrey, de Futures Group.

Diseño/Producción: Heather Lilley, PRB
Editora: Kathleen Maguire, PRB

© Septiembre 2003, Population Reference Bureau



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



Impreso con tinta de soya



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