

Mesa Redonda: El Porvenir de la Calidad

GRAL. MÉDICO. PNP MARTÍN SOLARI DE LA FUENTE
Director de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú

INTRODUCCIÓN

La calidad es un nuevo desafío para los líderes del sector salud, es decir se requiere de la creación y funcionamiento de un sistema que mejore en forma permanente los servicios de salud, logre la satisfacción plena de los usuarios, mejore el nivel de competencia profesional del personal de salud y fundamentalmente logre el mejoramiento de la gestión administrativa de dichos servicios.

Los efectores de salud, para hacer frente a la globalización, competencia, elevar la calidad de salud y satisfacer las necesidades y expectativas de la población de la teoría y metodología de la calidad en salud, para lo cual debe desarrollarse un Programa de mejoramiento continuo de todas las instituciones y empresas de salud, para lograr en ellas el desempeño Institucional de la calidad.

La calidad en salud la entendemos como un alto nivel de excelencia profesional, administración eficiente y eficaz de los recursos, satisfacción y seguridad para los pacientes y un impacto efectivo y eficaz en la salud.

El control de la calidad, es una función administrativa que desarrolla, un conjunto de técnicas para que la producción de los servicios de salud cumplan con las necesidades de la población usuaria.

La calidad en Sanidad de la Policía Nacional ha sido una necesidad y una estrategia permanente, pues en el plan de salud policial 2000, se han previsto objetivos, políticas y metas de calidad para mejorar los servicios de salud, orientadas a la población policial y familiar, sistema que garantiza su fiabilidad hasta el inicio del nuevo siglo.

El sistema de calidad que nos hemos propuesto conducir en sanidad de la policía nacional, se basa en un estudio de la realidad, un planeamiento estratégico para determinar y lograr metas de calidad, la ejecución de dicho plan, evaluar sus resultados adoptando las acciones necesarias: dentro de cuyo contexto se están llevando a cabo estrategias de motivación y concientización, capacitación, implementación y evaluación.

FUNCIONES

1. Garantizar la calidad de atención de los servicios de salud que se brindan a los usuarios, la gerencia administrativa de los mismos, y el nivel técnico profesional del personal mediante un sistema de mejoramiento continuo, hasta lograr la calidad institucional.

2. Administrar y normar técnica y científicamente el Sistema de Calidad de Sanidad de la Policía Nacional, en los aspectos satisfacción y seguridad de la población usuaria, de la administración de los recursos asignados y de la calidad profesional del personal de salud.
 3. Administrar un programa de mejoramiento continuo en el sistema de salud policial; a fin de lograr la satisfacción y seguridad de los usuarios en la atención médica, emplear con calidad los recursos disponibles y elevar el nivel de producción y reproductividad, del personal profesional y de las Unidades Asistenciales de la PNP.
 4. Aplicar estándares de calidad en la gestión y atención de los servicios de salud que brindan las Unidades Asistenciales; así como promocionar una cultura de calidad en todo el personal de Sanidad de la PNP.
 5. Administrar el proceso de evaluación, supervisión y monitoreo del sistema de calidad de Sanidad Policial en los aspectos de estructura, procesos y resultados a fin de adoptar decisiones en la calidad de gestión y en los servicios de salud.
 6. Analizar, procesar y recopilar la información de calidad de las Unidades asistenciales a nivel nacional.
 7. Organizar e implementar círculos de calidad en los niveles orgánicos del sistema de salud policial para la prevención, análisis y solución de la problemática prioritaria.
 8. Investigar la situación de calidad de los servicios de salud, y de gestión administrativa que se realiza en el sistema de salud policial.
 9. Desarrollar actividades de motivación, concientización y capacitación del sistema de calidad en el personal profesional y auxiliar de la salud de sanidad de la PNP.
- (2) EL CIRECAL, están constituidos por las autoridades siguientes:
- El líder de Región Policial, quien lo lidera.
 - El jefe de Estado Mayor Regional.
 - El Presidente del Consejo de Administración Regional de FOSPOLI.
 - El director del Hospital o jefe de Policlínico Regional.
 - El jefe de Sanidad Regional que actúa como secretario.
3. ORGANISMO EJECUTIVO SUB-REGIONAL
 - a. CIRCULOS SUB-REGIONALES DE CALIDAD (CISURCAL)

(1) Es el órgano ejecutivo sub-regional, en su ámbito geográfico de la dirección, coordinación, ejecución, supervisión y evaluación de los objetivos políticas, funciones, organización, normas y acciones del sistema de calidad en sanidad de la PNP.

(2) EL CISURCAL, está constituido por las autoridades siguientes:

- El jefe de Sub-región Policial, quien lo lidera.
- El jefe de Estado Mayor Sub-Regional.
- El presidente del comité de Administración de FOSPOLI.
- El jefe del Policlínico de la Sub-Región policial.
- El jefe de Sanidad Sub-Regional o jefe del policlínico de mayor antigüedad, que actúa como secretario.

4. ORGANOS EJECUTIVOS ASISTENCIAL

a. CIRCULOS HOSPITALARIOS DE CALIDAD (CIIHOCALI)

Es el organo ejecutivo asistencial, responsable en su ámbito geográfico de la dirección, coordinación, ejecución, supervisión y evaluación de los objetivos, políticas, funciones, organización, normas y acciones del sistema de calidad en Sanidad de la PNP.

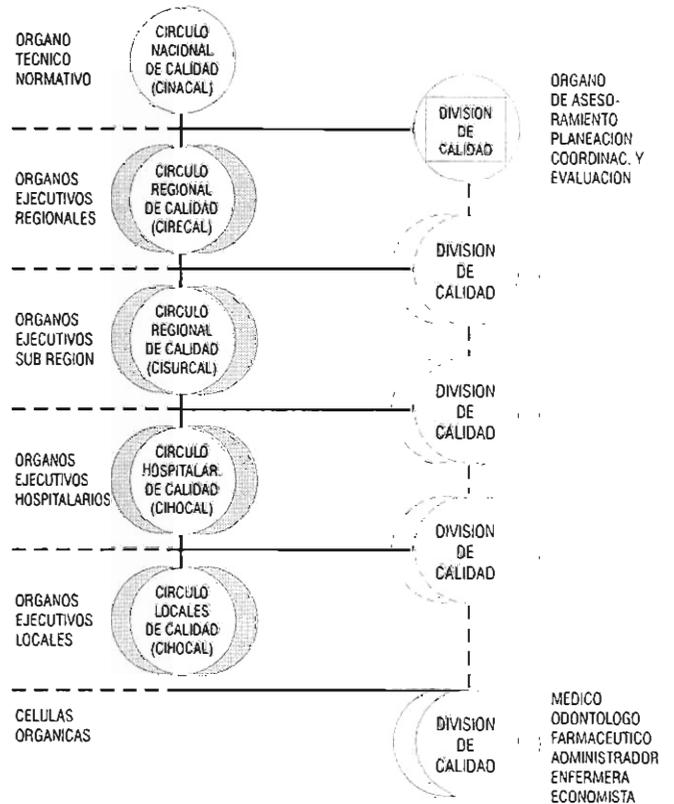
5. Insatisfacción del usuario manifestado por:

- a. Demanda insatisfecha.
 - b. Inadecuada relación profesional de salud/pacientes.
 - c. Falta de educación sanitaria de la población usuaria.
 - d. Insuficiente dotación de medicamentos.
 - e. Demora en la atención y citas prolongadas.
6. Crecientes Tasas de Morbi-Mortalidad debido a:
- a. Diagnósticos tardíos e imprecisos
 - b. Complicaciones médicas y quirúrgicas.
 - c. Realización de Procedimientos frustrados.
 - d. Tratamientos inadecuados.

d. Selección y aprobación de las soluciones.

e. Planificación, organización e implementación de los círculos de calidad.

ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE CALIDAD DE SANIDAD



IV. FASES PARA LA APLICACION DEL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL

A. FASE DE MOTIVACION I CONCIENTIZACION

1. ACCIONES
 - a. Motivación y concientización a los dirigentes de sanidad sobre el cambio y cultura de calidad mediante un programa de mejoramiento de desempeño institucional.
 - b. Formación de facilitadores de la calidad para que determinen el programa y prioridades de mejoramiento mediante la capacitación sobre la teoría y metodología de la calidad.

B. FASE DE IMPLEMENTACION DE LA CALIDAD

1. ACCIONES
 - a. Investigación de la realidad de la calidad institucional mediante la evaluación de las estructuras, procesos y resultados.
 - b. Selección de las áreas de trabajo de mejoramiento, priorizando los problemas específicos.
 - c. Aplicación de los instrumentos y herramientas de calidad.

C. FASE DE EVALUACION DE LA CALIDAD

1. ACCIONES
 - a. Descripción de las áreas de eficiente e inadecuada calidad.
 - b. Evaluación de la calidad en las dimensiones de los usuarios, administrativa y profesional en los aspectos de estructura, procesos y resultados.
 - c. Supervisión y monitoreo del cumplimiento de las normas y acciones de calidad implementadas.
4. Los recursos de personal, logísticos y financieros asignados a las unidades Asistenciales, están siendo sometidos a un proceso de racionalización administrativa para su empleo eficiente y eficaz en función del mejoramiento de los servicios de salud.
5. Las unidades Asistenciales están siendo sometidas a un proceso de evaluación cuantitativa para evaluar los efectos de la atención médica en el estado salud de la

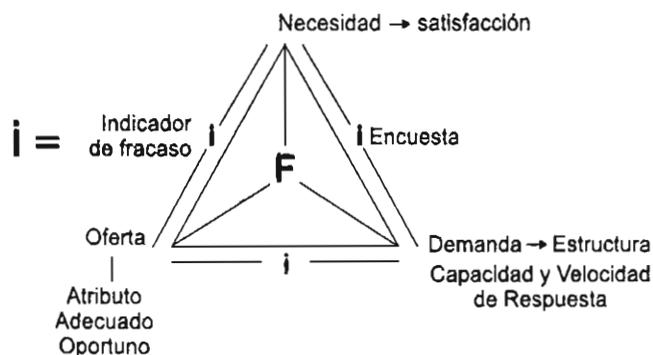
población policial y familiar, habiendo disminuido la Tasa de Mortalidad, la tasa de infecciones Hospitalarias, tratando de lograr la satisfacción de los usuarios.

6. La creación y funcionamiento del sistema de vigilancia Epidemiológica, permitirá optimizar el sistema de información de salud institucional para una adecuada y oportuna toma de decisiones.
7. El requerimiento de las Unidades Asistenciales a nivel nacional, está para la decisión en los más altos niveles del supremo gobierno, con ello se modernizará y mejorará el aspecto tecnológico sanitario.
8. Existe un programa de mejoramiento de la infraestructura sanitaria que permitirá la construcción y rehabilitación de los hospitales y policlínicos a nivel nacional.
9. Reestructuración del sistema de costos de los servicios de salud, ajustándolos a precios competitivos y de mercado.
10. Mejoramiento del nivel de competencia del personal profesional, mediante nuevos planes de capacitación y de especialización.

El Porvenir de la Calidad

DRA. XIMENA FERNANDEZ ZAPATA
Gerente Central de Producción de Servicios de Salud IPSS

Voy a referirme de alguna manera a nuestra experiencia en Calidad en el Instituto Peruano de Seguridad Social, la cual se está consolidando en estos últimos años, porque ha sido el trabajo iniciado desde el año 1991 en nuestra institución.



Este triángulo, a pesar de que parece muy sencillo, en realidad consolida varios aspectos que se viene manejando dentro de lo que es la organización de servicios de salud en el IPSS.

En primer lugar, hay que reconocer la existencia de una necesidad la cual tiene que ser satisfecha. Esta necesidad nosotros la hemos empezado a conocer desde algunos años con encuestas y opinión sobre los servicios de salud. Esta necesidad también, tiene que estar reflejada en una demanda; no todo el tiempo se expresan las necesidades en una demanda, pero muchas veces hay demandas que no reflejan una real necesidad y esto ocurre en una institución como la que nosotros tenemos, que es una institución cerrada, en donde se hace un pago para recibir este servicio. Cabe señalar que el IPSS es una institución de gran magnitud; tiene aproximadamente unos 24,000 trabajadores de los cuales 17,800 aproximadamente son servidores asistenciales. Corresponemos a una población asegurada que está al borde de los 8 millones y tenemos una infraestructura a nivel de todo el país y alrededor de 431 establecimientos, en diferentes niveles de atención. Entonces, estos 8 millones son demandantes de servicios de salud, que no se van a molestar si compran un producto y el producto les falló, sino que todo el tiempo van a estar insatisfechos en materia de salud.

Esta demanda ha sido estudiada recientemente por nosotros, y ha configurado una estructura en la demanda que nos a

permitido tener idea de los segmentos y de la siniestralidad de la población a la cual nosotros nos debemos, de tal manera que hemos tenido que esforzarnos mucho en conocer aquellas demandas que mas llegan a nuestros establecimientos, por qué tipo de servicios y por qué tipo de patología.

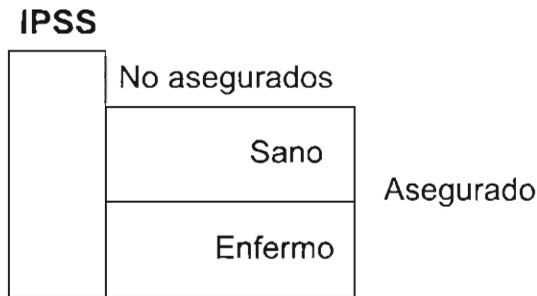
Esto nos ha implicado, el responder con una oferta que pueda satisfacer a esa demanda y a esa necesidad, y esta oferta ha tenido que esforzarse mucho en este tiempo para tener una capacidad de velocidad de respuesta que pueda corresponder a la necesidad.

Para esto, nosotros hemos tenido que diseñar constantemente, durante todo este tiempo, manejos en la oferta que puedan corresponder a estas necesidades y, a la cual hemos tenido que atribuir ciertos atributos para su cumplimiento. Estos atributos, básicamente, están relacionados a la adecuación de la oferta y a la oportunidad de la prestación fundamentalmente, ya que las encuestas han arrojado constantemente ciertos indicadores que no son los que nosotros esperábamos. Por eso, esta administración se está preocupando, no de los indicadores positivos de la calidad sino de aquellos indicadores de fracaso en la respuesta de una oferta para la satisfacción de una demanda. Estos indicadores de fracaso, que los voy a mostrar como una experiencia, están relacionados a la demanda insatisfecha, a la demanda no atendida y a todos aquellos parámetros que pueden ir en contra, tanto de una calidad técnica como de una calidad perseguida por el usuario. Para esto la clave, en cada uno de estos lados, es la información: información de la necesidad, información de la capacidad y velocidad de respuesta, información de los indicadores de fracasos. En el medio, hay un área, que es el área de financiamiento.

Por otro lado, hay una misión que se nos ha encomendado en esta nueva administración, y es la siguiente: El IPSS, si ustedes imaginan que estos son tres pisos, generalmente ha correspondido y ha centrado todos sus esfuerzos en este último piso, donde están los pacientes enfermos, los pacientes asegurados enfermos. Y durante mucho tiempo, dejó de alguna manera, a aquella población sana, que de alguna manera tiene su aporte pero no utiliza el seguro porque sus condiciones de salud están todavía preservadas. Y hay una población no asegurada en la informalidad, que también podría recibir este tipo de prestación.

En primer lugar, como misión institucional, esta nueva administración ha tratado de desarrollar como una estrategia de mejoramiento de la calidad de los servicios, con el afán de prestar una mejor atención también a este último piso, centrar su aten-

ción en los pacientes sanos con un enfoque de prevención y de manejo de esa demanda de pacientes que, normalmente con-gestiona estos servicios.



En segundo lugar, fortalecer todos aquellos aspectos de la estructura, de los procesos y el mejoramiento de estos indicadores negativos, en este grupo de pacientes y; en último lugar, como una de las intenciones más importantes, está el promover el aseguramiento de esta población, que también va a estar, derepente utiliza los servicios de otros establecimientos pero que podría entrar dentro del sistema de seguridad social.

En relación al manejo de la organización, venimos trabajando muy de cerca en lo que son el Sistema de Redes de Salud, para poder tener una organización que pueda tener esa capacidad y velocidad de respuesta frente a esta demanda que nosotros estamos estudiando.

Y esta Red de Servicios, en este enfoque de indicadores negativos, ha tenido que hacer un análisis de toda la estructura de servicios que prácticamente nos oriente fundamentalmente a la información en la toma de decisiones para la adecuación de esta oferta a esta demanda; factores adversos para la resolución de daño por nivel de atención; tener el sustento técnico para el diseño de las redes de servicios; adecuar una oferta de nuevo a un segmento de población asegurada; esta estructura de demanda es algo muy interesante para nosotros, porque nos a descrito una serie de parámetros en relación a factores demográficos, en relación a factores culturales, educacionales que son importantes y que intervienen en este tipo de demanda y de necesidad.

La decisión sobre el tipo de inversión, hacia dónde vamos a dirigir nosotros? si tenemos hospitales de nivel 4, y hay que tomar decisiones en relación a la inversión, y consideramos que los costos son importantes, nosotros tenemos que adecuar esta inversión a la demanda real que nosotros tenemos. No podríamos comprar aparatos sofisticados que de repente no guardan relación con una demanda cuando existe en el resto del sector, una oferta que puede ser utilizada, terciada, comprada. Entonces, nosotros tenemos que ser muy claros y muy específicos en el perfil de la demanda para orientar las inversiones.

La construcción de estándares para la capacidad resolutive real de los establecimientos es un problema de determinación en este momento para la gestión que estamos realizando, por-

que nosotros necesitamos corresponder el esquema de una patología que se presenta en cualquier circunstancia y, de repente nosotros tenemos una oferta que no corresponde a ese tipo de patología. Es el caso más claro de los Hospitales 1 ó 2, y que toda la gente o todos los asegurados tienen el derecho a tener atención por enfermedades de tipo más complejo.

El direccionamiento de la demanda en función de las ventajas de los servicios identificados en la red. Vale decir, direccionar la demanda en aquellos puntos de entrega de servicios donde nosotros tenemos una mayor potencia de capacidad de resolución. Y lógicamente, un sistema de información de base para la referencia y la contrareferencia, porque los mide un indicador de fracaso de respuesta en los establecimientos donde nosotros estamos manejando esta demanda.

Hay otro aspecto interesante que el IPSS, ha desarrollado durante estos últimos años, y se debe las gestiones anteriores también, es el desarrollo del manejo de una oferta flexible, que cambia el canal de distribución de los servicios. Ya no esperamos únicamente que la demanda se acerque a los establecimientos, sino que nuestros servicios han logrado una intinerancia que es capaz de responder en el punto donde se producen las enfermedades de acuerdo a una capacidad de resolución flexible de servicios que se acercan. El canal de distribución es diferente, se acercan los servicios a las áreas que así lo requieren.

En este esquema tenemos dos mecanismos que son una experiencia que estamos sistematizando, que son la transferencia de tecnología, la transferencia de equipamiento y la transferencia de nueva resolución hacia aquellos puntos donde no lo tenemos.

Las variables de la demanda por servicios, básicamente están en relación al aspecto de la necesidad y la percepción que mostre en el triángulo inicial. Los sanos que nunca demandaron servicios; los sanos que demandan algún servicio y los pacientes enfermos son evaluados en encuestas, de preferencia al asegurado, a versión a los riesgos, conocimiento de problemas de salud, servicios de salud recibidos, opinión de calidad sobre los servicios y gastos en los servicios de salud.

Un segundo punto de apoyo, que probablemente es quizá uno de los determinantes, son los perfiles epidemiológicos, pero no los perfiles epidemiológicos totales sino aquellos que representan un mayor volumen o un mayor problema en estos aspectos de resolución que tenemos. Aquí ustedes ven el análisis, en la parte ambulatoria, de los niveles de atención, donde aparecen los primeros años y sus porcentajes acumulados, básicamente referidos a infecciones respiratorias, enfermedades terapéuticas y así todos los niveles. Podemos ver en una segunda lámina, el perfil epidemiológico estudiado, también para la parte ambulatoria del nivel III y nivel IV, donde aquí están apareciendo las enfermedades más importantes que se han determinado durante los últimos años como las constantes en estos servicios.

En relación al análisis de la población asegurada, tenemos la determinación por departamentos, provincias y distritos la in-

formación necesaria para establecer la población protegida, estimar la demanda de servicios por cada uno de los establecimientos de manera micro y macro; estimar la siniestralidad que es la probabilidad de enfermar de ciertos grupos de riesgo. No todos los grupos hectáreos tienen el mismo comportamiento ni todos los grupos laborales a los cuales nosotros nos debemos.

Igualmente, las enfermedades relacionadas al género de grupos hectáreos y condición del usuario son determinantes para que nosotros podamos hacer la adecuación de esta prestación.

Es interesante analizar, que la población adscrita a nuestros establecimientos no siempre es la población que nosotros recibimos. Hemos notado que existe una notable variación entre la población adscrita y la población que demanda los servicios. Ha sido un caso muy interesante, el caso del Hospital Angamos que tenemos en Lima, donde la población adscrita es de alrededor 430,000 asegurados, sin embargo, la presión de la demanda referida de los demás nudos de contención llega alrededor de 900,000 pacientes durante el año, y con años diferenciados, con diferente grupos hectáreos, con diferente condición.

La determinación de la siniestralidad también tiene marcada diferencias según sexo, condición, área geográfica y ocupación. Es así que para la programación de las actividades, nosotros tenemos un indicador macro nacional, que está alrededor del 30% de pacientes que se podrían enfermar durante el año y a los cuales deberíamos atender en una cobertura por lo menos del 80%. Sin embargo, hay poblaciones que están más expuestas a riesgos, como son las poblaciones de la altura o poblaciones que tienen características medio ambientales, no muy adecuadas que sobrepasan estos estándares y cuya programación nosotros tenemos que corregir.

Los indicadores negativos están centrados básicamente en la demanda insatisfecha por establecimientos y por servicios, los que nos permite determinar cuales son aquellos servicios que se demandan más y en los que tenemos menos capacidad de resolución, o por un déficit de oferta o por un déficit del nivel de capacidad resolutive.

La estacionalidad es otro de los elementos que hemos logrado determinar durante estos años. No es lo mismo el comportamiento de la población y de la demanda, durante todo el año.

Los meses de enero, febrero y marzo, son meses punta donde las poblaciones masivamente acuden a los establecimientos, probablemente por fenómenos como las vacaciones y otros que puedan estar relacionados a esta estacionalidad; los días lunes, son días críticos para nosotros al igual que los días sábados. Entonces, las determinaciones de estas fluctuaciones de la demanda, también orientan a determinar y corregir algunos de estos indicadores de insatisfacción. Los criterios médicos, que como ayer mencioné, estamos estandarizando, mediante protocolos, el principal volumen de daños que aparece. Y lógicamente, con datos históricos, nosotros podemos hacer proyecciones, tendencias y tasas de crecimiento de las patologías por el estudio de la población, que pueden producir inclusive cambios en la composición de las estructuras y de las variables.

Finalmente, la oferta que está orientada a la misión que les mencioné, la finalidad esencial que la seguridad social cubre y que es la de mantener a la población sana, evitar en sus etapas preliminares el desarrollo de la enfermedad y darle la satisfacción adecuada a este tipo de población. Nuestros lineamientos de gestión están siendo corporativos como organización, tratando de manejar los estancos que antes teníamos en las áreas centrales y logrando un esquema de manejo corporativo, para adecuar una atención en la demanda, tener una eficiencia en la producción y hacer un uso más adecuado y racional de los recursos.

Las estrategias, la fase de la afiliación, fomentar la conservación de la salud bajo el esquema de programas preventivos promocionales y satisfacer las necesidades de los pacientes que ya enfermaron y que acuden a nuestros establecimientos. Para esto, nosotros tenemos, dentro del esquema tradicional, este volumen de servicios por nivel complejidad, tenemos algunas instalaciones que son netamente especializadas, como son el Instituto Oftalmológico, el Instituto del Corazón, los Centros de Hemodiálisis, y dentro de los Centros No Tradicionales que tienen una oferta flexible, está el Servicio de Especialistas Itinerantes del Instituto Peruano de Seguridad Social, los Hospitales de campaña, los Policlinicos Móviles, los sistemas PAAD, las clínicas contratadas como un mecanismo de terciar esta oferta cuando nosotros no podemos manejarla adecuadamente.

El Porvenir de la Calidad

LIC. SUSANA GALDOS SILVA

Coordinadora Técnica del Programa ReproSalud, Movimiento "Manuela Ramos"

Agradezco la invitación a participar en un tema que sentimos está siendo asumido con la importancia y dedicación que requiere. Mejorar la calidad, en especial de la atención en salud reproductiva, es también uno de nuestros objetivos en Manuela Ramos y tenemos un especial mandato desde el proyecto de ReproSalud para contribuir con el Ministerio de Salud en mejorar la calidad en las regiones que comprende nuestro trabajo.

Por eso permítanme tocar tres ejes en esta corta exposición:

La necesidad de trabajar desde una perspectiva de género

El marco de calidad de atención y sobre la base de los algunos testimonios que nos hablan de lo que las mujeres perciben de los servicios en el ámbito nacional a partir de una investigación realizada por el Proyecto de ReproSalud en nueve regiones del país.

Interpretaciones de lo que es calidad en salud sexual y reproductiva.

Refiriéndome al primer aspecto **"Trabajar desde una perspectiva de género para garantizar la calidad de atención en Salud Reproductiva:** Si coincidimos con la idea de que la calidad está en relación con las necesidades y expectativas de una usuaria o cliente, resulta que medir la calidad significa introducirnos en el mundo subjetivo de dicha usuaria o cliente no sólo para saber que es lo que ella espera cuando concurre al servicio sino también lo que ella trae y que puede dificultar o facilitar su salud.

Y no sólo es el mundo subjetivo de quien recibe, sino también de quien da que está en juego, sobretodo cuando nos referimos a salud sexual y reproductiva que involucra valores, costumbres, miedos, tabúes. Alguien dijo políticos, religiosos y en general todo el mundo se siente con el derecho de opinar sobre una parte del cuerpo de la mujer, sobre su útero, y que opinan todos, menos ella. Los servicios y el personal de salud, muchas veces no se libran de esta idea.

Si consideramos que un punto clave de la calidad está en la interacción entre el proveedor -ra y el o la clienta no podemos dejar de lado, la propia historia personal de ambos que se deslizará a través de la consulta o del servicio. Y ambos han pasado por un proceso de socialización en el cual, a partir del sexo físico se les ha enseñado a ser varones o mujer, con roles generalmente rígidos que en extremos han significado: hombre para la calle, el mando, el poder; mujeres para la casa, para atender, para tener hijos. En Puno una campesina manifestó que su marido de dijo: si no puedes tener hijos no sirves para nada

Pero no es sólo la socialización sino también las relaciones de poder que se establecen en la pareja. Los que trabajamos en Planificación Familiar, conocemos lo que muchas mujeres dicen: "él no quiere que me cuide, dice que será para engañarlo".

Y no se trata sólo de la pareja sino también de un contexto social y cultural que sella esta socialización. Recordemos que recién el año pasado se pudo legislar que la mujer podía acceder a esterilización voluntaria sin el permiso del marido. Y que recién hace tres años tenemos una ley que pena la violencia doméstica que antes era socialmente aceptada como parte de la relación de poder del varón hacia la mujer.

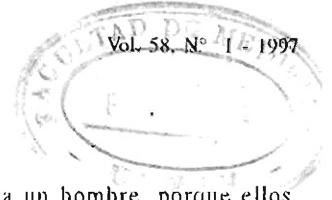
Trabajar desde una perspectiva de género significa ver ese proceso de socialización y las implicancias que tiene en calidad del servicio. Por eso es que se considera que la educación de la usuaria, entendida como acceso a conocimientos, poder, autoconfianza, es un punto que por lo general no ha sido asumido por los servicios y que, sin embargo, es clave para la calidad.

Es muy difícil que una mujer, que ha sido socializada para callar y obedecer de a conocer su punto de vista o sus dudas. Y es casi imposible que negocie con su marido el uso de algún método, así como es difícil que un hombre que asume su paternidad como muestra de virilidad renuncie a aquella.

Y me refiero sólo a la perspectiva de género porque aún no aceptamos la conexión entre salud y relaciones de poder y los procesos de socialización con la misma claridad con que aceptamos las variables culturales, aunque no siempre ello se refleja en el servicio.

Con respecto al segundo aspecto: **El marco de calidad de atención y sobre la base de algunos testimonios que nos hablan de lo que las mujeres perciben de los servicios en el ámbito nacional a partir de una investigación realizada por el Proyecto de ReproSalud en nueve regiones del país, debo mencionar que son 8 los elementos que se están utilizando para determinar la calidad de los servicios y de la atención.** A continuación los describiremos y ofreceremos algunos testimonios de las mujeres sobre ellos:

Accesibilidad y disponibilidad. Definida en sentido físico (distancia necesaria a recorrer) así como por aspectos económicos (costos) y administrativos (horarios). La premisa esencial es que los servicios puedan ser utilizados por el mayor número posible de mujeres que los requieran, poniendo en práctica el principio de equidad que el servicio sea accesible también para



aquellas mujeres que no puedan pagar. Las mujeres deberían conocer todos los servicios que están a su disposición y recibir atención y cuidados apropiados al nivel más sencillo de sus requerimientos. Esto en la práctica no parece ser así:

«Sólo va al hospital la que tiene plata, la que no, no. Por eso en mi casa nomás me atiende. Una vez que no me he podido "enfermar" en mi casa para dar a luz, mi esposo llevó al hospital ahí me cobraron 60, 70 soles»

(*Condurivi, Puno*)

«Aquí, casi no vamos a la posta, porque nos cobran el doble que en Ilave, aquí nos cobran 3 soles por una curación y en Ilave solo un sol»

(*Condiruri, Puno*)

«A veces hemos estado mal y no encontramos al personal. (Otras veces), estando allí, les hemos pedido que nos atiendan y porque es de noche no nos hacen caso, ni a las 6 de la mañana tampoco. Por eso con las hierbas nos confiamos más»

(*Acoria, Huancavelica*)

«El personal de salud cuando llevamos caballo viene, si no quieren venir, 'traigan a su enferma', nos dice. Por eso llevamos en chacana (camilla hecha de palos), a veces en el camino dan a luz.»

(*Yauli, Huancavelica*)

Satisfacción o aceptabilidad. Se refiere a aspectos culturales en la aceptabilidad de los servicios. Incluye la dimensión subjetiva individual (psicológica) y colectiva (etnia y/o cultura) tanto del/a proveedor/a como de la usuaria. Los servicios deben resolver los problemas planteados en el motivo de la consulta y a su vez poner atención a que las usuarias/os se sientan cómodos/as y en confianza. Los/as proveedoras/es deberían alentar los derechos de las mujeres a regular su capacidad reproductiva, y orientar para las relaciones entre hombres y mujeres más justo. Los/as proveedoras/es deben reconocer los límites de la mayoría de mujeres en su habilidad para negociar el uso de anticonceptivos y otros aspectos de sus relaciones sexuales con su pareja. El consentimiento informado, basado en el conocimiento de opciones y consecuencias, es indispensable para alcanzar calidad en la atención. Lamentablemente no siempre se cumple:

«Fui al hospital porque mi hijo se había muerto en el estómago, lloraba con el dolor porque no podía dar a luz. Las señoritas me decían ¡cállese! a qué vienen entonces, por qué no se quedó en su casa. Perdí el conocimiento y cuando desperté me estaban lavando con agua fría, me apretaban fuerte el estómago diciendo que se había quedado sangre coagulada, sin respetar que la llaga de la matriz estaba abierta»

«En el Hospital no nos dan mates calientes ni caldo, hay que esperar la hora de la comida. En nuestras casas estando con dolores, nos sirven el mate y caldo calentito, eso nos ayuda porque nos calienta el cuerpo, mientras que en el hospital nos enfriamos y nos volvemos enfermizas»

«No nos gusta que nos atienda un hombre, porque ellos después hablan con otros hombres. No es dable que nos vean nuestras partes»

Competencia técnica. Es la destreza técnica en la provisión de tratamientos seguros y adecuados y la disminución de riesgos de daños o yatrogenias, enfatizando en higiene y asepsia. Las mujeres perciben la falta de competencia técnica y a menudo se quejan de las practicantes:

«Tres veces ya han hecho papanicolau y nunca nos dan los resultados. Esas deben ser practicantes que vienen a jugar y a mirar nuestra joyita (vulva)»

(*Campo Verde, Ucayali*)

Insumos esenciales, equipamiento. Si bien es cierto que, en los últimos años se ha hecho una gran inversión en mejorar la infraestructura, el equipamiento y la logística siguen siendo deficientes. Los establecimientos de salud requieren equipamiento esencial, insumos y medicación para la atención de la salud sexual y reproductiva según las normas y estándares de la OPS. En los sectores de bajos ingresos, y especialmente en el ámbito rural, esto es más un ideal que una realidad:

«Aquí existe una posta de salud, pero no atienden casos de salud reproductiva, la posta no está implementada, con el tiempo quizás ya»

(*Campo Verde, Ucayali*)

«Voy (a la posta) solamente para que me apliquen inyecciones. Yo llego, pido remedios que conozco: 'ya éstos, ya demen'. 'No hay'. Medican por eso yo mejor traigo desde Huancayo, y toda medicina con garantía entonces utilizo. Ninguna medicina hay en la posta»

(*Acoria, Huancavelica*)

Interacción proveedora-usuaria

Una interacción proveedor-usuaria en una base más igualitaria, modificando el énfasis en la dependencia en la relación médico (o profesional de salud)-paciente es necesaria.

La relación proveedor-usuaria concibe a la usuaria como una persona participante activa y racional en el proceso de toma de decisiones acerca de su salud tendiendo a la responsabilidad personal por su salud. Enfatiza una mejor comunicación y el deseo de relacionarse con los pacientes como personas, lo que comprende un trato digno, respeto, privacidad y estímulo la participación de la consultante en la toma de decisiones. A este respecto hay muchísimo que hacer:

«(En el hospital) las enfermeras no nos dan una buena atención y sólo están pensando si tienes plata para sacarte. Yo no quería estar en el hospital; yo decía si me quedo, aquí me voy a morir. . . pedí mi alta voluntaria»

(*Campo Verde, Ucayali*)

«.. con el pretexto de vacunar ese sanitario manosea a las chicas colegialas, les dice: 'quizá cualquier enfermedad puedes tener': no más le ve su interior haciendo abrir sus piernas y la

manosea. Hasta borracho nos atiende, hasta quiere enamorarle ya, no hay confianza por eso. Por eso cuando es varón no vamos a atenderlos; igual que a las chiquillas nos pueden manosear; decimos.»

(Acoria, Huancavelica)

Con el nombre de "Diálogo de Sordos", les presento la conversación entre una proveedora y una usuaria que se cita en la investigación La calidad de atención y Salud Reproductiva en centros y puestos de salud pública de Cusco, Lima, Piura y San Martín del CENDOC Mujer.

Relación de "Diálogo de Sordos"

Consulta por retraso menstrual (obstetriz 20 años de trabajo, y usuaria de 24 años, instrucción secundaria completa, comerciante).

U: Yo sola, he venido al centro y me lo he tomado [usuaria trae un examen de preñosticón(+)], pero yo no quiero tener más hijos ahora estoy con muchos problemas.

P: ¿Qué pasa con esta niñita, por qué no quiere estar embarazada?

U: (Se ríe, está muy nerviosa) No estoy bien en la casa, estoy construyendo, no tengo plata

P: ¿Qué tiene, hijos o hijas?

U: Dos hijas

P: ¡Cuántas mujercitas! Ahora vamos por el hombrecito. Vamos a tener este niñito, el último madrecita, porque después te cuidaremos con pildoritas o con tubitos en el brazo, mira como aquí [le muestra el dibujo]. No hagas sonseras, a este niño varón lo respetamos. A este también lo vamos a querer mucho.

U: Yo estaba tomando Lofemenal ¿por qué he salido embarazada?

P: Las tomaste mal, hijita

U: No, las tomé bien

P: Pero te olvidaste, seguro

U: Te voy a dar unas pastillitas para que no te den náuseas, la próxima vez que vengas, ya te hago los análisis.

U: Pero, doctora yo no tengo náuseas

P: No importa, te van a hacer bien, las tomas. (no indica cómo, ni cuántas veces al día).

Información y medios para la toma de decisiones. Las usuarias deben ser informadas de la amplia variedad de aspectos vinculados con la salud. Alguna de esta información puede ser transmitida durante sesiones de grupo con las usuarias, pero es esencial que cada una de ellas tengan la oportunidad de conversar en privado con el/la proveedor/a. En planificación familiar, el/la proveedor(a) debe ofrecer opciones de métodos y de posibilidades para que la usuaria haga uso de éstos, así como explicar las contraindicaciones y efectos colaterales. El proveedor debe buscar entender las intenciones reproductivas y las necesidades de las usuarias obteniendo información de su situación personal, preferencias, historia anticonceptiva, inten-

ciones reproductivas y estado general de salud. Ello no se cumple a cabalidad.

«... nos preguntan (en el centro de salud), ¿ya ha hecho su papanicolau? y no nos dicen para qué es. Porque aquí siempre quieren hacer el papanicolau y el doctor les riñe, les dice: 'rápido sácate tu ropa' y por temor no queremos ir»

(Santa Rosa-Mazocruz, Puno)

Constelación de servicios. Los servicios deben desplegarse en muchas direcciones y deben responder a las necesidades epidemiológicas de morbilidad y mortalidad femenina. La premisa es ofrecer a la mujer atención integral en salud reproductiva atendiendo sus necesidades nutricionales, de planificación familiar, de tratamiento de ITRs, de anticoncepción post-parto o post-aborto, y de prevención y enfrentamiento a la violencia física y el abuso.

La integración de los servicios de salud reproductiva no necesariamente implica que los servicios de planificación familiar, de atención materno-perinatal y las ETS y SIDA se provean en el mismo local. En muchos sistemas locales de salud puede ser mucho más apropiado que la integración ocurra en pequeña escala, a través de información integral brindada por consejeros o a través de un sistema de referencia. Los indicadores en este marco ayudan a evaluar en qué medida estos nexos se hacen entre los servicios para los tres componentes de salud reproductiva de las mujeres.

La priorización de esas otras necesidades de salud se deben basar en los datos de morbilidad y mortalidad complementados con discusiones de grupos focales de mujeres. Dado que el VIH/SIDA y la ETS son fuertemente estigmatizados, particularmente cuando son las mujeres las que los padecen, es necesario que estos servicios estén integrados a otros servicios de salud, tales como planificación familiar o atención materno perinatal.

Seguimiento. Las usuarias necesitan tener continuidad de atención y seguimiento. En planificación familiar las usuarias necesitan saber cuándo regresar. En atención materno perinatal, las mujeres requieren control pre-natal y post-parto. En el caso de las ETS y SIDA, la notificación al compañero es un punto importante para la continuidad y seguimiento.

Como puede apreciarse en los testimonios ofrecidos por las mujeres, existe aún mucho por hacer para mejorar la calidad de la atención en Salud Reproductiva. Las usuarias no están satisfechas con el servicio que reciben en los establecimientos de salud, siendo en muchos casos sus requerimientos relativamente sencillos de cumplir con un adecuado conocimiento de sus universos culturales y necesidades. Hacia ellos debemos estar todos nosotros comprometidos y abocados.

En el tercer aspecto: **Interpretaciones del concepto de calidad de servicios** he tomado un cuadro que sistematiza lo que es calidad de atención orientada en el cliente o clienta de la orientada en la gerencia o administración del servicio.

Interpretaciones del Concepto de Calidad de Servicios

Concepto	Orientada al cliente	Orientada a la administración
Información	Educación Ventajas y desventajas de los métodos	Motivación Ventajas de los métodos
Visión de Servicios	Salud sexual y reproductiva	Anticoncepción. Algunas veces aborto
Consejería	Diálogo entre el cliente y el proveedor	Persuasión
Variedad	Todos los métodos Servicios de aborto seguro	Métodos "modernos" Prevención del aborto
Medición	Continuación de la anticoncepción Satisfacción del cliente Tiempo de uso del método	Continuación del método
Seguimiento	Ofrece información cuidados de rutina, apoya para cambio de métodos	Maneja complicaciones

(Tomado de Regional Working Papers. The Population Council 1996 Nº 5)