

Evaluación de la Calidad de los Servicios De Planificación Familiar a Través de Encuestas de Satisfacción de Clientes

Por Timothy Williams, Jessie Schutt-Ainé e Yvette Cuca

Contexto: Tomando en cuenta la importancia ampliamente reconocida que tiene la calidad de atención en el suministro de servicios de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva, hay una gran necesidad de desarrollar medios simples para evaluar la calidad de los servicios. Es de particular interés estudiar los enfoques que toman en cuenta la satisfacción de los clientes con el servicio recibido.

Métodos: La Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, desarrolló un modelo de entrevista de salida del cliente para ser utilizado con el fin de medir sus niveles de insatisfacción con los diversos componentes de calidad. Desde 1993 hasta 1996, se llevaron a cabo 89 encuestas de más de 15.000 clientas en ocho países de América Latina y el Caribe.

Resultados: Los componentes de calidad que recibieron respuestas negativas de las clientas con un porcentaje de frecuencia superior al 5% (designados como casos de respuestas negativas) fueron el tiempo de espera (mencionado en el 70% de las encuestas, con un nivel promedio de insatisfacción del 20%), la facilidad para acceder a la clínica (en el 54% de las encuestas, para arrojar un nivel promedio de insatisfacción del 12% entre dichas encuestadas) y el precio de los servicios (47% de las encuestas y nivel promedio de insatisfacción del 10%). Con base en los resultados obtenidos en estas encuestas, las asociaciones de planificación familiar realizaron cambios para mejorar la calidad de estas áreas, lo cual consistió en mejorar los sistemas de fijación de citas, reubicar las clínicas e implantar aranceles flexibles para el cobro. Los resultados obtenidos en 16 encuestas de seguimiento indicaron que en cada país disminuyó el número de casos de respuestas negativas, así como el nivel promedio de insatisfacción. Por ejemplo, en Brasil, el número promedio de casos de respuestas negativas en cada encuesta disminuyó de 2,7 a 2,2, y el nivel promedio de insatisfacción disminuyó del 19% al 11%.

Conclusiones: Los problemas tan conocidos de medir la satisfacción del cliente pueden ser abordados centrándose en un umbral bajo de insatisfacción, como una forma de descubrir las fallas de la calidad del servicio. Si bien las reducciones del nivel de insatisfacción no se pueden atribuir completamente a los cambios realizados como resultado del uso de los cuestionarios, las encuestas de clientes pueden ofrecer una forma rápida y económica para determinar las áreas de servicios donde se debe mejorar la calidad. Estos tipos de mejoras son necesarios si los proveedores del servicio quieren ser más sostenibles y si desean asistir a sus clientes para satisfacer sus necesidades de salud reproductiva.

Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial de 2001, 14–23

Entre los programas internacionales de planificación familiar, mejorar la calidad de la atención es una meta que cada vez reviste mayor importancia, por una diversidad de razones imperiosas. Desde la perspectiva del bienestar humano, todos los clientes, no importa cuán pobres sean, se merecen recibir un trato cortés, ser informados correctamente, disponer de condiciones médicas seguras y de productos confiables. Asimismo, se ha sostenido que el suministro de este tipo de servicios de calidad conducirá a un mayor uso de los servicios por un mayor número de usuarios más comprometidos, lo cual eventualmente resultará en una mayor prevalencia de uso de anticonceptivos y una fecundidad más baja.¹

Finalmente, hay un creciente reconoci-

miento de que la calidad es ventajosa desde un punto de vista económico. Si el mejoramiento de la calidad conduce a una mayor demanda de servicios, esto tendría un efecto positivo neto sobre los ingresos. Si bien introducir algunas mejoras de calidad puede resultar costoso y por lo tanto podría no parecer viable en un momento en que disminuyen los aportes de los donantes, muchas otras mejoras (tales como ofrecer una atención más cortés) pueden ser implementadas a muy poco o ningún costo. A la inversa, no mejorar el nivel de calidad puede resultar más costoso que la mayoría de las mejoras de servicio, según se ha sostenido en publicaciones relacionadas con la temática de la administración total de calidad y la satisfacción de clientes de las empresas del sector privado.²

Esto es probablemente igual para el caso de las entidades de planificación familiar sin fines de lucro, por lo menos en aquellas en que los clientes paguen una porción de los costos del servicio.³

El mayor interés en la calidad de servicios ha sido acompañado por un incremento similar de los esfuerzos por monitorearlos y evaluarlos. El reconocido marco conceptual de calidad de atención que presenta Judith Bruce⁴ ofrece un punto de inicio excelente para el desarrollo de herramientas de evaluación e indicadores basados en seis elementos centrales de calidad, a saber: elección de un método anticonceptivo; información ofrecida a los usuarios; competencia técnica; relaciones interpersonales; mecanismos de seguimiento y continuidad; y una constatación adecuada de servicios.

Con base en este marco conceptual, se han desarrollado una serie de metodologías útiles para evaluar algunos o todos los elementos que se mencionan más arriba, con el análisis situacional⁵ entre las más conocidas. Una nueva metodología desarrollada por MEASURE-Evaluation y por la Iniciativa para Maximizar el Acceso y la Calidad (MAQ) de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, conocida como el enfoque

Timothy Williams es asesor principal en evaluación de John Snow Incorporated, Arlington, VA, EE.UU. Jessie Schutt-Ainé es consultor, Salud y Desarrollo de Adolescentes, Organización Panamericana de Salud, Washington, DC. Yvette Cuca es oficial de comunicaciones para el Proyecto CATALYST, Washington, DC. En el momento en que se realizó el trabajo de investigación que aquí se describe, Timothy Williams fue analista principal del proyecto, Jessie Schutt-Ainé oficial de evaluación e Yvette Cuca consultora del Proyecto de Transición, todos en la International Planned Parenthood Federation (IPPF), Región del Hemisferio Occidental (RHO). El desarrollo de la metodología de entrevistas de salida para medir la satisfacción del cliente se realizó como parte del Proyecto de Transición, un convenio de cooperación entre la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos y la IPPF/RHO. Los autores agradecen a las asociaciones de planificación familiar que utilizaron esta metodología por suministrar información sobre la forma en que se podrían introducir mejoras. En particular, agradecen a BEMFAM, PROFAMILIA, MEXFAM y FPATT (las afiliadas de la IPPF en Brasil, Colombia, México, y Trinidad y Tobago) por realizar las pruebas previas de los cuestionarios originales. Finalmente, los autores agradecen a Victoria Ward por su análisis crítico del manuscrito y a Inés Escandón por la revisión y redacción de los textos y cuadros.

Quick Investigation of Quality (QIQ, Rápida Investigación de Calidad), también promete contribuir muchísimo al campo del monitoreo de la calidad.⁶ Otros enfoques, tales como el COPE⁷ y el Continuous Quality Improvement (Mejoramiento Continuo de la Calidad),⁸ incluyen los componentes tales como la recopilación de datos y el mejoramiento de la calidad.

Si bien todas estas metodologías han demostrado ser útiles en diferentes entornos, también pueden ser demasiado complejas, requieren mucho tiempo o son demasiado costosas para ser absorbidas por los pequeños proveedores de servicios. Para iniciar el proceso de evaluación de la calidad en estos entornos, es necesario disponer de una metodología más simple y más práctica. Para satisfacer esta necesidad en determinadas asociaciones de planificación familiar de América Latina y el Caribe, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (conocida por sus siglas en inglés, IPPF), del Región del Hemisferio Occidental (RHO), desarrolló en 1993 un método de entrevista de salida simple centrado en el nivel de satisfacción de la cliente.*

Este enfoque tuvo por objetivo ayudar a las asociaciones a cambiar sus servicios para satisfacer las necesidades de sus clientas y a prepararse para el futuro en el que una mayor porción de sus costos operativos deberá ser cubierta con los honorarios pagados por sus clientas. Consideramos la satisfacción de las clientas como un resultado clave de la calidad de la atención, así como un componente esencial de la sostenibilidad. Por lo tanto, medir la satisfacción de la cliente puede ser una forma útil para evaluar ciertos aspectos de la calidad, y cualquier incremento en el nivel de satisfacción puede indicar una mayor calidad (desde el punto de vista de la cliente) y así mejores perspectivas de sostenibilidad.

Las herramientas para capacitar estas organizaciones para que mejoren la calidad de sus servicios, así como para medir la calidad, pueden ser particularmente útiles para lograr los resultados deseados. En este artículo analizamos nuestra estrategia de centrar la atención en el nivel de satisfacción de las clientas, describimos la metodología utilizada para evaluarlo y mejorarlo, y presentamos los resultados de las encuestas realizadas por la IPPF/RHO desde 1993 a 1996. Finalmente, examinamos la utilidad potencial y las limitaciones de esta metodología.

Antecedentes

Cualquier conceptualización de la calidad incluye componentes objetivos y subjetivos. Objetivamente, los productos o servicios

deben cumplir o superar las normas de seguridad, funcionamiento adecuado, limpieza y otros aspectos generales de excelencia. Con frecuencia, a esto se le denomina control de la calidad, garantía de calidad o calidad “médica”, y depende principalmente de los puntos de vista de los proveedores. No hace mucho tiempo, la mayoría de los esfuerzos para mejorar la calidad se centraban en estos temas médicos.

Sin embargo, en años recientes, el aspecto subjetivo de la calidad también ha sido reconocido como vital, y las opiniones de los clientes—especialmente su grado de satisfacción—son vistas como esenciales para comprenderlo. Una tendencia similar en el área de evaluación ha incrementado los esfuerzos para medir el aspecto subjetivo de la calidad. Dada la importancia que tiene la satisfacción de los clientes, tanto como un resultado como un indicador, las metodologías simples para medir la satisfacción pueden desempeñar un papel importante en los mayores esfuerzos que se realizan para evaluar la calidad de la atención.

Las empresas del sector privado de los países desarrollados (estén o no relacionadas con asuntos de la salud) han reconocido desde hace mucho tiempo que un enfoque en el nivel de satisfacción del cliente da resultados positivos para la empresa. Un cliente satisfecho vuelve a comprar, gasta más por compra, difunde buena información en forma oral, y se vuelve leal con una marca determinada.⁹ En forma inversa, los clientes insatisfechos son doblemente proclives a transmitirles a sus colegas su mala experiencia, en comparación con aquellos que estuvieron satisfechos con su servicio, y tienen probabilidades menores de regresar a comprar el producto o servicio. Además, menos del 30% de los clientes que han tenido problemas relacionados con la calidad se los comunican a los proveedores del producto o servicio, y sólo el 1–5% de las quejas llegan al nivel de la gerencia.¹⁰ Otros estudios han apoyado la hipótesis de que los clientes de los servicios de salud son renuentes a expresar su insatisfacción con el servicio cuando se les pregunta al respecto en las entrevistas de salida.¹¹

Estos resultados no indican solamente la importancia de la satisfacción del cliente, sino que también demuestran que es difícil lograr una evaluación exacta. En consecuencia, decidimos que centrar la atención en la satisfacción de la cliente sería una forma práctica para que las clínicas evalúen ciertos aspectos de la calidad, y que usen los resultados para atender las necesidades de la cliente con mayor

eficacia. No obstante, deberá ser hecho en una forma que evite las tradicionales dificultades de medición. Consideramos que este enfoque hacia la cliente conducirá a los proveedores a mejorar sus servicios, logrando así un mayor nivel de satisfacción de la cliente, y eventualmente una mejora en la sostenibilidad institucional.

Optamos por las entrevistas de salida como la metodología óptima de evaluación porque son más simples que otras opciones disponibles (tales como las entrevistas en el hogar o los grupos focales), y además son más prácticas y menos costosas para realizar, y permiten una retroalimentación de información en la forma más rápida. En particular, si dicha retroalimentación se ofrece en una forma adecuada y oportuna, las entrevistas de salida sobre la satisfacción de la cliente pueden servir no solamente como una forma para monitorear ciertos aspectos de la calidad, sino que también como una herramienta gerencial para mejorar el rendimiento del programa y su sostenibilidad.

El principal desafío que se presenta en el uso de las entrevistas de salida de esta forma es superar el conocido problema de la “predisposición a la cortesía”. (Por ejemplo, las clientas pueden ser renuentes a expresar opiniones negativas o críticas a los servicios, especialmente cuando aún se encuentran en el lugar donde se prestan dichos servicios¹²). En el pasado, esta dificultad ha frustrado a los investigadores, debido a que con frecuencia las clientas manifiestan que están satisfechas con los servicios cuando en realidad no lo están. Tratamos de reducir este problema en centrarnos en las áreas que pueden merecer el mejoramiento, y no en los niveles absolutos de satisfacción, y en reconocer la importancia de incluso niveles de insatisfacción muy pequeños.

¿Cómo se relacionan entre sí, factores tales como la calidad, el acceso a los servicios, la satisfacción de la cliente y la sostenibilidad? El acceso debe ser incluido en este análisis porque junto con la calidad, afecta en gran medida la satisfacción de la cliente. Por ejemplo, los horarios de las clínicas, la ubicación de la clínica, los honorarios y (en cierta medida) el tiempo de espera están probablemente más relacionados

*Las asociaciones de planificación familiar formaban parte del Proyecto de Transición, un convenio de cooperación entre la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) y la IPPF/RHO. El objetivo general fue de asistir a que sean más sostenibles determinadas asociaciones de planificación familiar en América Latina y el Caribe, en vista del retiro del financiamiento de la USAID. Un objetivo específico fue lo de mejorar la calidad de los servicios de dichas asociaciones dentro de un contexto de sostenibilidad.

Cuadro 1. Número de encuestas, de clínicas, de encuestas de seguimiento y de clientas entrevistadas, y tamaño promedio de la muestra, por entidad (y país), 1993–1996

Entidad y país	Encuestas	Clínicas	Encuestas de seguimiento	Clientas entrevistadas	Tamaño promedio de la muestra
Total	89	64	25	15.657	176
BEMFAM (Brasil)	15	9	6	1.840	123
APROFA (Chile)	12	12	0	1.518	127
PROFAMILIA (Colombia)	12	11	1	6.937	578
MEXFAM (México)	25	12	13	2.648	106
CEPEP (Paraguay)	5	4	1	516	103
INPPARES (Perú)	12	11	1	1.380	115
FPATT (Trinidad y Tobago)	5	2	3	485	97
AUPF (Uruguay)	3	3	0	333	111

con el factor de acceso que con la calidad, aunque todos ellos ciertamente influyen en el nivel de satisfacción de la clienta. El acceso determina si una clienta “llega a la puerta” de un proveedor del servicio, en tanto la calidad generalmente es considerada como una serie de condiciones que la clienta enfrenta una vez que ella se encuentra “dentro del recinto”.¹³

Pero la satisfacción de la clienta, y la eventual sostenibilidad del servicio, dependen tanto de la calidad como del acceso. Estos últimos factores generalmente se evalúan como “productos de servicio” de los programas, en tanto que la satisfacción de la clienta y la sostenibilidad se evalúan como los resultados del programa. La satisfacción de la clienta es clave para que éstas usen o continúen usando los servicios, y es esencial para la sostenibilidad a largo plazo. Además, a largo plazo los servicios centrados en la atención a la clienta—que atiende las necesidades

*El modelo original del cuestionario fue revisado usando datos de retroalimentación proporcionados por las asociaciones de planificación familiar durante un periodo de tres años. Actualmente, cuenta con 28 preguntas, 12 de las cuales están en formato de respuestas sí o no.

†Al principio, se seleccionó arbitrariamente una muestra de unas 100 clientas para permitir incluso a las clínicas pequeñas analizar algunos datos en un periodo de tiempo razonable. El tamaño de muestra verdaderamente requerido para estimar los porcentajes puede ser más pequeño o más grande, dependiendo del grado de exactitud deseado y de las suposiciones acerca del porcentaje esperado de la población que demuestra insatisfacción. Una interpretación posible (véase Fisher A et al., *Handbook for Family Planning Operations Research*, Nueva York, Population Council, 1991) es la siguiente: $n = z^2 pq / d^2 = (1,96)^2 (0,05) (0,95) / (0,05)^2 = 73$; donde la n = tamaño deseado de la muestra, z = desviación estándar normal (fijado para un intervalo de confianza del 95%), p = el porcentaje de la población objeto de estudio demostrando la característica (insatisfacción), $q = 1 - p$ y d = el grado de exactitud deseado. Para analizar las subpoblaciones o realizar tabulaciones cruzadas, debería incrementarse el tamaño de la muestra. Para los fines de este artículo, como no intentamos probar la significancia estadística, hemos incluido todos los resultados de las encuestas con muestras superiores a 73 clientas.

de la gente y le ofrece experiencias satisfactorias—deberían asistir a las clientas a lograr sus metas reproductivas.

Esencialmente, nuestra perspectiva de la relación entre estos conceptos es que la satisfacción de la clienta desempeña el papel central en convertir el acceso y la calidad en resultados positivos, tales como la sostenibilidad del programa y el logro

de las metas reproductivas. En este modelo, las percepciones que tengan las clientas de las características del programa (acceso y calidad) determinan el alcance hasta el cual están satisfechas con los servicios. Esto, a su vez, influye en su decisión de regresar al lugar y de recomendar el servicio a otras usuarias potenciales. Si aumenta el número de usuarias como resultado de la percepción favorable que tengan las usuarias actuales, esto repercutirá en un mejoramiento de la sostenibilidad del mismo. En forma similar, las clientas satisfechas que usan sus métodos de manera más eficaz, tienen una mayor probabilidad de lograr cumplir con sus metas reproductivas.

Metodología

Las encuestas se llevaron a cabo en clínicas dirigidas por asociaciones de planificación familiar afiliadas a la IPPF en ocho países de América Latina y el Caribe: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) en Brasil; Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA) en Chile; Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA) en Colombia; Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM) en México; Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP) en Paraguay; Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES) en Perú; Family Planning Association of Trinidad and Tobago (FPATT) en Trinidad y Tobago; y la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar (AUPF) en Uruguay.

El modelo original del cuestionario, de una sola página, fue preparado para evaluar el nivel de satisfacción de las clientas durante las entrevistas de salida y contenía 24 preguntas, en su mayoría de respuestas sí o no.* En promedio, se llevaba unos 3–5 minutos para llenarlo. Según la metodología,¹⁴ la asociación de planificación familiar de cada país era responsa-

ble de la selección de las clínicas en las cuales se realizaría la encuesta, con una meta general de hacerlo en una clínica cada tres meses. Desde fines de 1993, cuando se implementó la metodología por primera vez, y hasta diciembre de 1996, se realizaron 89 encuestas, incluidas 25 encuestas de seguimiento en 64 clínicas de ocho países. Se entrevistó a un total de 15.657 clientas (Cuadro 1), con una muestra promedio de 176 clientas. PROFAMILIA en Colombia, con sus clínicas con un elevado número de clientas, entrevistó a un promedio de 578 clientas en cada encuesta. La mayoría de las otras asociaciones lograron entrevistar a un promedio un poco mayor de 100, que fue el número que se sugirió como el tamaño de la muestra.

Al final de las visitas, las clientas eran entrevistadas por entrevistadores capacitados que no eran miembros del personal de la clínica. Todas las clientas que acudieron a la clínica durante un periodo de una semana fueron entrevistadas, con el fin de cubrir todos los días de la semana y todas las horas de cada día. El tamaño mínimo deseado de la muestra era de 100 personas,[†] si bien algunas clínicas más pequeñas no recibían tantas visitas durante un periodo de una semana. En el caso de las clínicas más grandes (aquellas que recibían más de 500 clientas por semana), en algunos casos se usaron muestras por cuotas según la hora del día. (Por ejemplo, 20–25 entrevistas durante la mañana, hora de almuerzo, tarde y noche). Esta práctica permitió mantener un tamaño de muestra manejable y limitó la necesidad de recurrir a entrevistadores adicionales. Para que las clientas se sintieran libres de hablar con tranquilidad sobre los diversos aspectos de la clínica que consideraban que se podrían mejorar, se les entrevistaba en un lugar privado alejado del personal de la clínica.

La principal diferencia entre esta metodología y otras formas de evaluar la satisfacción de la clienta fue poner énfasis en los aspectos de insatisfacción y en la identificación de las “áreas que podrían mejorar”. Definimos un área que podría mejorar como aquella a la cual por lo menos el 5% de las entrevistadas respondieron que estaban insatisfechas. A estos casos los consideramos como “casos de respuestas negativas”, porque las preguntas principales del análisis fueron redactadas de tal forma que la contestación “no” siempre significaría insatisfacción.

El umbral del 5% para identificar la insatisfacción se basó en forma muy generalizada en los resultados observados en encuestas previas sobre satisfacción de las

clientas y tuvo por objeto señalar un número manejable de áreas para ser mejoradas con cada encuesta. Si bien dicho umbral fue asignado arbitrariamente, parece que ha tenido éxito tanto en identificar un número manejable de áreas problemáticas como en llamar la atención a las preocupaciones de las clientas que podrían haberse dejado pasar por alto si se hubiera utilizado medios tradicionales para evaluar la satisfacción de la clienta.

Para cada caso de una respuesta negativa que se identificó en la encuesta, requerimos que las asociaciones y las clínicas propusieran e implementaran medidas que abordaran cada área que precisaba ser mejorada. En este sentido, se centró la atención en gran medida en el uso de los resultados para mejorar la calidad, con mucho menos énfasis en los niveles reales de satisfacción. Con excepción de las preguntas para las cuales los niveles de insatisfacción superaron al umbral de 5%, las asociaciones no notificaron los verdaderos niveles de satisfacción.

Durante todo el período de estudio, tratamos el cuestionario original como un modelo que podría ser ampliado o adaptado por las asociaciones para ajustarlo a las necesidades locales. Esta flexibilidad tuvo por objeto proporcionarles a estas asociaciones un mayor sentido de propiedad, e incrementar la probabilidad de que los resultados fueran utilizados para lograr mejoras. Algunas asociaciones introdujeron cambios sustantivos a las preguntas y al formato, aunque todos se mantuvieron dentro del contexto general del cuestionario original.

A nivel regional, la IPPF/RHO mantuvo una tabulación constante de todas las encuestas realizadas, de los casos identificados de respuestas negativas, y de las medidas propuestas para mejorar el sistema. Con base en estos datos, determinamos cuáles eran las preguntas que habían generado un mayor número de respuestas negativas y cuáles revelaron los niveles más altos de insatisfacción. Asimismo, analizamos el contenido de las mejoras propuestas para averiguar si éstas eran apropiadas a los casos específicos de respuestas negativas que intentaron remediar.

Además de estudiar el potencial de las encuestas sobre satisfacción de las clientas para identificar las áreas donde se podrían introducir mejoras y para alentar a las asociaciones y a las clínicas que abordararan esos problemas, también examinamos en qué medida las mejoras podrían resultar en una mayor satisfacción para las clientas. En consecuencia, en las clínicas

donde se realizaron encuestas adicionales después que se implementaron las mejoras, analizamos el cambio del nivel de satisfacción entre la encuesta inicial y la de seguimiento, para investigar el posible impacto de las mejoras con respecto a la calidad. Analizamos los cambios de nivel de insatisfacción por clínica, por asociación, y por tipo de caso de respuesta negativa o área donde se recomendaba introducir mejoras.

Tenía que limitarse el análisis a las encuestas en las que aparecían preguntas idénticas, tanto en la encuesta inicial como en la de seguimiento. Sin embargo, como el énfasis de este enfoque se puso en la aplicabilidad y la acción práctica y no en la investigación, no se estableció un protocolo desde el inicio para realizar encuestas de seguimiento comparativas. Por lo tanto, con respecto a numerosas variables, pudimos evaluar el cambio de los niveles de satisfacción solamente en los lugares donde las preguntas eran idénticas, tanto en la encuesta inicial como en la de seguimiento.

Iniciamos el trabajo con 25 pares de encuestas iniciales y de seguimiento, y preparamos una lista de todos los casos de respuestas negativas que se habían identificado en las encuestas iniciales. Para ser incluida en el análisis, la pregunta que dio por resultado una respuesta negativa tenía que haber sido formulada en una forma idéntica en ambas encuestas. Al excluir del análisis las encuestas de seguimiento que no tenían respuestas negativas comparables en una encuesta inicial, se eliminaron del estudio seis pares de encuestas (cinco de México y uno de Perú). En otros tres casos (dos de México y uno de Trinidad y Tobago), las asociaciones realizaron dos encuestas de seguimiento en una misma clínica. En estos casos eliminamos la primera encuesta de seguimiento, porque consideramos que el principal punto de interés era el nivel final de satisfacción de la clienta. Esto permitió retener 16 pares de encuestas para el análisis final.

Resultados

Niveles de insatisfacción

En general, las clientas estaban muy satisfechas con los servicios que recibían. Con respecto a la gran mayoría de las preguntas, más del 95% de las entrevistadas indicaron que estaban satisfechas con los servicios recibidos. A pesar de los elevados niveles de satisfacción indicados, numerosas clientas estaban dispuestas a manifestar su insatisfacción. En las 89 encuestas llevadas a cabo desde 1993 a 1996, se identificaron 281 casos de res-

puestas negativas—aproximadamente 3,2 por encuesta. Como cada caso de una respuesta negativa representaba un área donde se podían introducir mejoras, se les presentó a las clínicas una serie de sugerencias que podrían explorar para atender mejor las necesidades de las clientas.

De las 11 áreas principales de satisfacción que constaban en el cuestionario modelo, el aspecto que precisaba de mejoramiento que se mencionó con mayor frecuencia fue los largos tiempos de espera (Cuadro 2, página 18). Esta respuesta negativa se encontró en el 70% de las encuestas en las que se formuló la pregunta. (Debido a que las asociaciones locales podían elegir las preguntas para incluir en su cuestionario, no se formularon las mismas preguntas en todas las encuestas). Otras quejas comunes de las entrevistadas fueron las siguientes: dificultad de llegar a la clínica (54%), honorarios (47%), horario de la clínica (24%) e información sobre otros métodos anticonceptivos (22%).

Por otro lado, se registraron como casos de respuestas negativas la privacidad y el estado de limpieza del lugar con mucho menos frecuencia—en el 10% y 2% de las encuestas, respectivamente. La cortesía personal (“¿Fue tratada con amabilidad?”) nunca se consideró como un área que requería mejorarse. (Esto no significa necesariamente que todas las clientas estuvieran satisfechas con el trato recibido; es simplemente que la cortesía personal no fue mencionado como problema por lo menos en el 5% de las entrevistadas).

Cuando se identificó un área como un caso de respuesta negativa, también se calculó el nivel promedio de insatisfacción.* El tiempo de espera también fue el tema que registró el nivel promedio más elevado de insatisfacción por caso de respuesta negativa (20%), seguido de la información sobre otros métodos anticonceptivos (17%), una explicación clara sobre el uso del método anticonceptivo (16%), una oportunidad para formular preguntas (15%), la facilidad para llegar a la clínica (12%) y el horario de la clínica (10%).

Medidas adoptadas

Las principales medidas que las asociaciones y sus clínicas adoptaron para mejorar las áreas identificadas fueron el resul-

*Si menos del 5% de las entrevistadas expresaron insatisfacción, no se lo consideró como caso de respuesta negativa, y por lo tanto no se nos informó. En consecuencia, en la mayoría de los casos, no conocíamos los niveles de insatisfacción cuando éstos eran de menos del 5%. Por lo tanto, calculamos los promedios de niveles de satisfacción por los casos de respuestas negativas, pero no el nivel de satisfacción global por cada pregunta.

Cuadro 2. Porcentaje de encuestas de satisfacción de las clientas con casos de respuestas negativas, nivel promedio de insatisfacción y acciones seleccionadas para introducir mejoras, 1993–1996

Pregunta	% de encuestas con casos de respuestas negativas	Nivel promedio de insatisfacción	Acciones seleccionadas para mejorar el servicio
¿La atendieron rápidamente?	69,7	19,5	Implementar un sistema de citas de grupo/individuales. Ofrecer descuentos a las clientas que visitan las clínicas en horas de menor movimiento. Exhortar a las clientas a que llamen para saber cuál es el tiempo de espera. Separar las visitas de salud reproductiva de las de planificación familiar. Mejorar el control de las agendas de los médicos. Proveer más personal médico y salas de consulta. Reestructurar el horario de las clínicas para que el personal atienda durante la hora de almuerzo.
¿Es fácil para usted llegar a esta clínica?	53,9	11,8	Mejorar las actividades de extensión. Informar a las clientas sobre los puestos de distribución comunitaria cercanos a sus lugares de residencia. Reubicar la clínica en un lugar más accesible. Colocar carteles frente a la clínica y señales de cómo llegar en las calles principales.
¿El precio de los servicios que pagó le pareció justo?	46,8	9,7	Implementar una escala flexible de precios. No cobrar honorarios a ciertas clientas. Revisar la estructura de honorarios relativa a otros proveedores de servicios. Prestar servicios gratuitos en ciertas clínicas ubicadas en zonas de bajos ingresos. Realizar una encuesta en la comunidad para cerciorarse hasta cuánto están dispuestas a pagar las clientas. Para lograr subsidios cruzados, mercadear otros servicios a los grupos de ingresos más elevados.
¿Es conveniente el horario de atención en la clínica?	23,6	10,4	Extender el horario de la clínica para incluir las primeras horas de la mañana, las últimas horas de la tarde, y/o los sábados. Rotar al personal durante la hora de almuerzo para que no se interrumpa el servicio.
¿Le informaron sobre otros métodos anticonceptivos?	22,4	17,0	Realizar cursos de actualización en consejería. Ampliar los servicios de consejería. Contratar los servicios de un médico con experiencia en planificación familiar.
¿El tiempo de la consulta fue suficiente para discutir sus necesidades?	16,9	7,5	Controlar más de cerca las agendas de los médicos. Contratar a más médicos y agregar salas de consulta.
¿Tuvo oportunidad de hacer preguntas y aclarar dudas?	12,4	15,1	Realizar cursos de actualización en consejería.
¿Le explicaron claramente cómo se usa el (los) método(s)?	10,5	15,8	Realizar cursos de actualización en consejería en grupos y calidad de atención. Revisar los procedimientos de consejería.
¿Tuvo suficiente privacidad (durante la consulta)?	9,5	7,9	Realizar cursos de relaciones humanas para el personal médico y de consejería. Agregar más salas de consulta que ofrezcan más privacidad.
¿Encontró limpias las instalaciones?	2,2	7,7	
¿Fue tratada con amabilidad?	0,0	0,0	

tado fundamental que esperamos de este esfuerzo.* El Cuadro 2 sugiere que se intentaron una notable diversidad de enfoques. Hay bastante duplicación en las medidas propuestas entre una sola asociación de planificación familiar y entre varias; las medidas que se presentan en el Cuadro 2 son las más comunes o más innovadoras.

*Si bien no hay una verificación externa sistemática para saber si se implementaron las mejoras, los informes de las asociaciones de planificación familiar indicaron que se realizaron todas las acciones anotadas en el cuadro. En algunos casos, se visitaron las clínicas y se corroboró esta información en cada caso.

Las numerosas estrategias que se implementaron para reducir el tiempo en la sala de espera caen generalmente dentro de dos categorías: las estrategias que alienan a las clientas a ir a la clínica en las horas de menos movimiento, y aquellas diseñadas a atender de mejor manera el flujo de clientas durante las horas de más trabajo. En la primera categoría, la medida más comúnmente utilizada fue el uso de sistemas de citas individuales o de grupos. Otros ejemplos específicos incluyeron la oferta de descuentos especiales a las clientas que visitaban la clínica en las horas de

menos movimiento (MEXFAM) y alentar a las clientas a llamar de antemano para saber cuántas personas estaban en espera para ser atendidas (FPATT).

Entre las estrategias para acomodar a un mayor número de clientas durante las horas de más movimiento, se incluyó la separación de los dos sectores donde se prestan servicios de salud reproductiva y de planificación familiar para mejorar el flujo de las clientas. En Perú, INPPARES abrió lugares adicionales de consulta en tres clínicas y contrató a más personal médico. En algunas de sus clínicas, BEMFAM

hizo que las sesiones de información en grupo fueran opcionales en vez de obligatorias para las clientas que ya habían asistido a la clínica. CEPEP y PROFAMILIA ajustaron en forma más rigurosa las agendas de los médicos; y CEPEP amplió y refaccionó la sala de espera para ofrecer mayor comodidad a las clientas.

Casi todas las medidas propuestas para mejorar la satisfacción con las horas de una clínica recomendaron mantener las clínicas abiertas durante más horas que cuando se realizó la encuesta, especialmente durante la noche y los fines de semana. En el caso de BEMFAM, la mayoría de las clínicas originalmente cerraban para la hora del almuerzo, pero luego mejoraron el sistema de rotación del personal y podían ofrecer servicios durante todo el día sin interrupción. Esto les permitió manejar la asignación de personal para tener más médicos y otro tipo de personal médico disponible durante los períodos en que más se los necesitaba.

La mayoría de las asociaciones modificaron el cuestionario para preguntarles a las entrevistadas no solamente si el horario de la clínica era conveniente sino también cuál sería el horario más conveniente en el futuro. Los esfuerzos de las asociaciones para que los horarios fueran más aceptables para las clientas representan un importante cambio hacia un enfoque más orientado hacia la clienta. Tradicionalmente, los horarios de las clínicas se fijaban principalmente según la disponibilidad y conveniencia del personal médico. Buscar la forma de mayor costo-efectividad en que el horario sea más conveniente para todas las clientas, si bien podría estar más relacionado con el acceso que con la calidad, es, sin embargo, un factor clave y potencialmente vital para incrementar el nivel de satisfacción y retener a la gente como clientas en el futuro.

Asimismo, muchas asociaciones indicaron que más del 5% de las respuestas a la pregunta “¿Es fácil para usted llegar a esta clínica?” fueron negativas. Algunas de estas respuestas “negativas” podrían realmente indicar la alta calidad del servicio del proveedor, porque las clientas estaban dispuestas a recorrer un largo camino para utilizar los servicios. Además, con frecuencia resulta difícil abordar esta situación o está fuera del alcance de los proveedores, dado que depende principalmente de la ubicación de la clínica y la disponibilidad de transporte. Si bien la ubicación de la clínica es vital para que las clientas tengan acceso y se sientan satisfechas con el servicio, en teoría su lugar está sujeto a un cambio a largo plazo; pero

dicho cambio requería de una inversión substancial de tiempo y de recursos, y puede ser logrado solamente después de muchos planes y preparativos.

Las asociaciones lograron algunos éxitos cuando abordaron este problema. En Trinidad y Tobago, por ejemplo, la FPATT fortaleció las actividades de extensión comunitaria para servir mejor a aquellas mujeres que viven lejos de las clínicas urbanas y para informar a las usuarias de métodos temporales sobre las ubicaciones de los puestos de distribución comunitaria que se encuentran más cercanos a sus hogares. Se creó un cargo de coordinador de extensión para ampliar la actividad conjunta de la FPATT y los centros de salud del gobierno. BEMFAM y MEXFAM les agregaron carteles más grandes a ciertas clínicas para llamar más la atención y también señalaron las calles contiguas a las clínicas. Unas clínicas del Brasil, Colombia y México fueron reubicadas después de llevarse a cabo las encuestas iniciales, aunque las propias encuestas probablemente hayan jugado un papel muy pequeño con respecto a la toma de estas decisiones.

No resulta sorprendente que los altos honorarios representaran otro importante aspecto de insatisfacción para muchas clientas. La fijación de honorarios es un importante problema que enfrentan las asociaciones, debido a su misión de servir a clientas de bajos ingresos y el mandato, aparentemente conflictivo, de lograr la autosuficiencia financiera. Una de las principales formas en las que las asociaciones han tratado de abordar este problema es a través de un sistema de aranceles flexibles de honorarios; la mayoría actualmente tienen cierto grado de flexibilidad en sus políticas de fijación de precios. Además, casi todas han conducido algún tipo de estudio de mercado para comprender mejor la disposición y la habilidad de sus clientas para pagar. BEMFAM fue incluso más allá, y realizó encuestas sobre la gente que abandonó el programa y sobre las usuarias que continuaron en el para determinar hasta dónde los precios afectaron sus demandas de servicios.

Con respecto a información sobre métodos anticonceptivos, PROFAMILIA, INPPARES y AUPF realizaron cursos de actualización para consejeros o contrataron a nuevos consejeros. APROFA incrementó el material educativo disponible en las clínicas. Las estrategias para abordar la mayoría de los otros casos de respuestas negativas se centraron en mejorar los servicios de consejería, así como en medidas para agregar personal e instalaciones.

Encuestas de seguimiento

Hubo 16 pares de encuestas en las que en la encuesta inicial se obtuvieron casos de respuestas negativas que podían ser razonablemente comparadas con respuestas de preguntas idénticas formuladas en las encuestas de seguimiento (Cuadro 3, página 20).^{*} El total de clientas entrevistadas fue un poco más pequeño en las encuestas de seguimiento (2.789) que en las encuestas iniciales (3.335). Por lo tanto, la muestra promedio fue un poco más pequeña en la encuesta de seguimiento, si bien el diferencial fue mayor en Colombia que en otros países.

Las variables en las que por lo menos el 5% de las clientas indicaron insatisfacción fueron las áreas que nosotros esperamos que redundaran en un incremento de la satisfacción en las encuestas de seguimiento.[†] El nivel promedio de insatisfacción al inicio según los casos de respuestas negativas varió del 10% en México al 22% en Paraguay (Cuadro 4, página 20).

Los resultados de las encuestas de seguimiento indican que en los cinco países, disminuyó tanto el número promedio de casos de respuestas negativas como los niveles promedios de insatisfacción. Esto sugiere que hubo un aparente beneficio obtenido con el impacto de las mejoras implementadas durante el período comprendido entre las dos encuestas. Las disminuciones porcentuales en los niveles de insatisfacción variaron desde un 28% en Trinidad y Tobago hasta un 76% en el Paraguay.

^{*}La razón por la cual algunas asociaciones realizaron más encuestas de seguimiento que otras estuvo relacionada principalmente con el número de clínicas en las redes de las asociaciones y en el número de encuestas realizadas por trimestre. En teoría, se suponía que las asociaciones de planificación familiar debían realizar una encuesta por trimestre en una clínica seleccionada por ellas. Sin embargo, muchas asociaciones hicieron más de una encuesta por trimestre y algunas menos, especialmente al principio. Algunas asociaciones fueron suprimidas del proyecto antes de realizarse la encuesta de seguimiento. En consecuencia, asociaciones de planificación familiar tales como BEMFAM y MEXFAM, las cuales llevaron a cabo dos o más encuestas por trimestre y que tenían relativamente pocas clínicas, hicieron la mayor parte de las encuestas de seguimiento. PROFAMILIA, con más de 40 clínicas, hubiera necesitado de realizar varias encuestas por trimestre para lograr un número razonable de seguimientos junto con una suficiente cobertura de su red de clínicas. Decidieron realizar una encuesta de seguimiento en una clínica que cambió de local, principalmente para observar si las clientas consideraban que la nueva ubicación era más conveniente.

[†]Es importante señalar que como algunas preguntas fueron eliminadas del análisis aun cuando se incluyó la encuesta en el análisis, estas cifras no incluyen todos los casos de respuestas negativas de las encuestas iniciales. En México, por ejemplo, se identificaron más de ocho casos de respuestas negativas a través de las seis encuestas, aunque en el Cuadro 4 se presentan solamente los ocho casos de respuestas negativas que tuvieron preguntas equivalentes en las encuestas de seguimiento.

Cuadro 3. Entre las clínicas en las que se realizaron encuestas iniciales y de seguimiento, número de clientas entrevistadas y tamaño promedio de la muestra, según la asociación de planificación familiar y país

Asociación y país	No. de clínicas	Encuesta inicial		Encuesta de seguimiento	
		No. de entrevistadas	Tamaño promedio de la muestra	No. de entrevistadas	Tamaño promedio de la muestra
Total	16	3.335	208	2.789	174
BEMFAM (Brasil)	6	852	142	670	112
PROFAMILIA (Colombia)	1	1.310	1.310	728	728
MEXFAM (México)	6	861	123	1.100	157
CEPEP (Paraguay)	1	112	112	106	106
FPATT (Trinidad y Tobago)	2	200	100	185	93

Es importante observar aquí que el análisis de las encuestas de seguimiento estuvo confinado a preguntas que fueron casos de respuestas negativas en la encuesta inicial. En consecuencia, el número de casos de respuestas negativas por encuesta (aquellas incluidas en la columna correspondiente a encuesta de seguimiento) por lo menos tuvo que igualar el número registrado en la encuesta inicial. Sin embargo, es posible que las preguntas que no obtuvieron respuestas negativas en la primera encuesta luego se convirtieron en casos de respuestas negativas en la segunda encuesta, si aumentaba el nivel de respuestas negativas desde menos a más del 5%. Es evidente que en la mayoría de las encuestas de seguimiento, apareció por lo menos un nuevo caso de respuestas negativas.

En forma similar, el nivel promedio de insatisfacción entre los casos de respuestas negativas en las encuestas de seguimiento incluido aquí se refiere a la insatisfacción relacionada con los casos de respuestas negativas identificados solamente en la encuesta inicial. Si se incluyeran todos los casos de respuestas negativas de las encuestas de seguimiento, el nivel promedio de insatisfacción sería más elevado o más bajo, dependiendo del nivel relacionado con las áreas que no fueron

casos de respuestas negativas en la encuesta inicial. Si las preguntas que fueron casos de respuestas negativas en la segunda encuesta también fueran incluidas en los niveles de insatisfacción de la primera encuesta, estos niveles disminuirían, y el cambio porcentual de insatisfacción sería menor que el que se indica en el Cuadro 4. Nuestra razón por no incluir estas preguntas en el análisis consistió en que debido a que ellas no eran identificadas como áreas que debían mejorar en la primera encuesta, por eso no se propuso ninguna acción. Como estamos intentando determinar si las acciones implementadas tuvieron un efecto positivo en las áreas identificadas como sectores que debían mejorar, decidimos limitar el análisis a los casos de respuestas negativas correspondientes únicamente a la encuesta inicial.

Asimismo, desglosamos los resultados de las encuestas iniciales y de seguimiento según el área que se debía mejorar (Cuadro 5). (La "otra" categoría incluye preguntas para las cuales había solamente una respuesta negativa comparable entre todas las encuestas). En cada una de las variables se registraron disminuciones significativas en los niveles de insatisfacción, y esto nuevamente sugiere que las mejoras implementadas por las clínicas tuvieron un efecto positivo. Se notó una re-

ducción considerable en los factores de tiempo insuficiente para la consulta (64%) y de oportunidad insuficiente para formular preguntas y aclarar dudas (60%), lo cual sugiere que las mejoras relacionadas con estas variables (mejor control sobre las agendas de los médicos, más médicos y salas de consulta, y cursos para actualizar los conocimientos de los consejeros) pueden haber sido particularmente eficaces.

Si bien impresionan, estos resultados son agregados de 16 lugares y no significan necesariamente que ha mejorado el nivel de satisfacción de las clientas en todas las variables de todos los sitios. En Brasil, por ejemplo, la insatisfacción de las clientas con respecto al tiempo de espera disminuyó en un sitio después que la asociación decidió mantener la clínica abierta durante la hora de almuerzo. Sin embargo, la insatisfacción con el horario de las clínicas incrementó, aparentemente porque BEMFAM decidió al mismo tiempo cerrar la clínica a una hora más temprana (una decisión que luego se revirtió). Resultados similares obtenidos en otros lugares indican que no se puede esperar que mejore el nivel de satisfacción después de implementar cada intervención independiente.

Además, si bien se redujo mucho la insatisfacción agregada en todas las variables, el nivel promedio de insatisfacción permaneció superior al 5% en cuatro de las siete áreas recomendadas para ser mejoradas. En todos los casos individuales donde ocurre así, éstas continuaron registrándose como casos de respuestas negativas y requieren de mayor mejoramiento, aun cuando subieron los niveles de satisfacción. En estos casos, las asociaciones y las clínicas aún deben proponer mejoras para abordarlo. Este será un proceso de mejoramiento continuo, que no se detendrá con la aplicación de una o dos encuestas. Es evidente que muchas asociaciones consideraron que la metodología era suficientemente útil para continuar utilizándola después de la conclusión del período de estudio.

Discusión

Nuestros resultados sugieren que las entrevistas de salida que utilizan cuestionarios breves y simples con una muestra pequeña de clientes pueden identificar áreas de insatisfacción entre los clientes. Además, los resultados parecen indicar que los esfuerzos realizados para abordar estas preocupaciones pueden conducir a un nivel superior de satisfacción. Este enfoque ofrece varias ventajas importantes con relación a otras metodologías:

Cuadro 4. Número de casos de respuestas negativas identificados en las encuestas, número promedio por encuesta y nivel promedio de insatisfacción, según el momento de la encuesta y cambio porcentual en el nivel promedio de insatisfacción, por país, 1993-1996

País	No. de clínicas	Encuesta inicial			Encuesta de seguimiento		Cambio porcentual en nivel promedio de insatisfacción
		No. de casos de respuestas negativas	No. promedio de casos negativos por encuesta	Nivel promedio de insatisfacción* (%)	No. promedio de casos negativos por encuesta†	Nivel promedio de insatisfacción* (%)	
Brasil	6	16	2,7	18,7	2,2	11,1	-40,6
Colombia	1	6	6,0	12,6	5,0	8,1	-35,7
México	6	8	1,3	9,7	0,7	5,3	-45,4
Paraguay	1	5	5,0	22,0	2,0	5,3	-75,9
Trinidad y Tobago	2	4	2,0	11,5	2,0	8,3	-27,8

*Entre los casos de respuestas negativas. †Basado solamente en los casos de respuestas negativas identificados en la encuesta inicial.

Cuadro 5. Número de encuestas con casos de respuestas negativas, por área que debía ser mejorada y nivel promedio de insatisfacción en la encuesta inicial y en la encuesta de seguimiento, y cambio porcentual de insatisfacción, según el área indicada para mejorar

Área para mejorar	No. de encuestas iniciales con casos de respuestas negativas	Nivel promedio de insatisfacción (%)		
		En la encuesta inicial	En la encuesta de seguimiento	Cambio porcentual en insatisfacción
Espera demasiado prolongada	11	27,0	15,0	-44,4
Precios demasiado elevados	6	10,9	6,5	-40,4
Dificultad para llegar a la clínica	6	14,2	8,6	-39,4
Horario inconveniente	5	9,0	6,4	-28,9
No ofrecieron suficiente oportunidad para hacer preguntas	4	12,2	4,9	-59,8
Tiempo de consulta insuficiente	2	7,0	2,5	-64,3
Otros*	5	10,7	3,5	-67,3

*Incluye la satisfacción general con servicios en Brasil, la información sobre otros métodos anticonceptivos en Colombia, y si "algo no le gustó" en Trinidad y Tobago.

•**Fácil aplicación y bajo costo.** Los cuestionarios y las normas para las entrevistas son de fácil uso y requieren un mínimo de entrenamiento. Generalmente, se puede usar el personal de planta como entrevistadores (pero no de la clínica misma) o entrevistadores externos contratados según sea necesario. Este método es menos costoso que muchos otros mecanismos de evaluación de la calidad. La transmisión de los resultados también es fácil y sistemática, y los administradores del programa reciben la retroalimentación en forma rápida y en un formato muy fácil de comprender.

•**Aspectos prácticos.** Además de los atributos genéricos mencionados anteriormente, el enfoque aquí descrito resuelve algunas de las limitaciones que se presentan en los métodos tradicionales de evaluación de la satisfacción del cliente. Lo más importante es centrar los esfuerzos de mejoramiento en las áreas que han recibido por lo menos el 5% de respuestas negativas. Esto les ofrece a los administradores del programa un elemento tangible con el cual pueden analizar los resultados y les permite utilizar los resultados para lograr cambios positivos. Al fin y al cabo, la metodología puede ser más útil como un impulso para mejorar la calidad que como un simple mecanismo de evaluación.

•**Orientación y potenciamiento del cliente.** Las entrevistas de salida con los clientes son uno de los pocos mecanismos que ofrecen datos cuantificables sobre las percepciones de los clientes. También pueden ofrecer información sobre el conocimiento de los clientes sobre, por ejemplo, cómo usar el método anticonceptivo que se les ha suministrado. Esto contrasta con la observación directa, otra herramienta útil para evaluar la calidad. Si bien se prefiere la observación como un medio de evaluar las habilidades del proveedor para saber qué tipo de información y en qué forma se la dio al cliente, no revela el otro aspecto—

saber si la información fue bien recibida y comprendida. Además, los clientes en muchos lugares pueden seguir sintiendo no potenciados, y considerar que deben aceptar cualquier tipo de calidad que se les ofrezca. El simple hecho de preguntarles su opinión a través de una encuesta que dura de tres a cinco minutos, y comunicarles que su opinión es verdaderamente importante, ya representa una pequeña medida para aumentar su autoestima y potenciamiento. Con relación a temas más amplios de suministro de servicios, un beneficio agregado sustancial es que esto fuerza a los proveedores a ser más atentos a las necesidades de los clientes y a sus opiniones, y a desarrollar los servicios que mejor satisfagan estos aspectos. Eventualmente, al lograr que el servicio esté más orientado hacia el cliente, se puede contribuir a mejorar la sostenibilidad del programa.

Si bien estas ventajas son sustanciales, es evidente que las entrevistas de salida no son la mejor metodología para todas las situaciones en las que se evalúa la calidad. Entre las limitaciones de este sistema, es particularmente importante no pasar por alto las siguientes:

•**Predisposición a la cortesía y la validez de las respuestas.** La principal desventaja que se presenta en las encuestas sobre la satisfacción del cliente es la tendencia hacia el logro de resultados positivos exagerados causado por la influencia de la cortesía. En una evaluación, esto presenta problemas de validez, debido a que los niveles de satisfacción indicados no miden la verdadera percepción del cliente. Más importante aún, desde una perspectiva práctica, los resultados artificialmente positivos pueden indicar que la calidad del servicio es tan buena que no es necesario introducir ninguna medida correctiva. En vez de ser instrumentos de cambio, las encuestas sobre la satisfacción pueden con-

vertirse en una justificación para mantener el *status quo*.¹⁵

El enfoque que se describe en este artículo aborda esta limitación potencial de las encuestas sobre la satisfacción al centrar la atención en los niveles de insatisfacción y al optar por un umbral bajo de insatisfacción para indicar una falla de la calidad. Congruente con la teoría de administración de calidad total, concluimos que cualquier cliente insatisfecho representaba una usuaria que potencialmente abandonara el programa y podría hablar en forma negativa sobre su experiencia con otras personas, lo que podría conducir a menos clientas futuras recomendadas al servicio. Debido a que una respuesta negativa individual probablemente representa un mayor número de personas que piensa de la misma forma sin indicarlo, se debe tener muy en cuenta cualquier cantidad de dichas respuestas. Cualquier pregunta que resulta en más de un pequeño nivel de insatisfacción debe ser considerada como una indicación de que algún aspecto de los servicios debe ser mejorado.

Mediante el uso de este tipo de enfoque, destacamos que incluso un servicio de alta calidad puede ser mejorado. El adoptar esta actitud de centrarse en el cliente, puede conducir a las asociaciones y clínicas hacia la adopción de una cultura de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios.

Quizá más serio que la predisposición general a la cortesía es el potencial que tiene una influencia diferenciada de cortesía. Esto podría surgir si los clientes encuentran que es más difícil expresar su insatisfacción sobre ciertos tipos de preguntas que sobre otros. En realidad, encontramos que los niveles más elevados de insatisfacción fueron expresados sobre los asuntos relacionados con el acceso a los servicios (tiempo de espera, horarios, precios y dificultad de llegar a la clínica) en vez de asuntos conexos a las interrelaciones personales. Resulta muy plausible que cuanto más personal es la pregunta, más renuente es el cliente a quejarse. Otros autores han sugerido que las preguntas específicas y detalladas son más útiles para obtener respuestas verdaderas que las preguntas generalizadas.¹⁶ Cuando se interpretan los resultados de una encuesta, es importante tener en cuenta la variación en la influencia de la cortesía que pueden producir las preguntas individuales.

•**Calidad médica y competencia técnica.** En general, las entrevistas de salida no constituyen una metodología apropiada para evaluar la competencia técnica de los proveedores, o cualquier otro componente de

lo que es considerado como calidad “médica”. En la mayoría de los casos, los clientes no están suficientemente familiarizados con las técnicas médicas para juzgar el nivel de conocimiento de un proveedor y tampoco se espera que lo estén. Si bien el cuestionario modelo ha sido modificado por PROFAMILIA e INPPARES para incluir preguntas sobre “competencia técnica”, éstas se limitan a comprobar el conocimiento que tiene la clienta sobre el método anticonceptivo que está utilizando, como una forma de evaluar la capacidad del proveedor de transmitir la información correcta. Otras metodologías—tales como la observación directa, la revisión de la historia clínica del cliente, las entrevistas con el proveedor o las pruebas de competencia—son mucho más apropiadas para evaluar este extremadamente importante componente de calidad.

•*Limitación a los servicios con base en la clínica.* La metodología que aquí se analiza es más apropiada para el entorno de la clínica. MEXFAM e INPPARES la han modificado con el fin de evaluar la calidad de la distribución comunitaria, pero para realizar esta tarea se requiere hacer alteraciones sustanciales al cuestionario y esto implica gastos adicionales. Para aplicar esta metodología a los programas de distribución comunitaria, sería necesario entrevistar a una muestra de clientes en sus hogares en vez de hacerlo mediante entrevistas de salida en un lugar central.

•*Tamaño de la muestra.* Creemos que este enfoque funciona mejor en clínicas relativamente grandes (aquellas que cuentan con un mínimo de 100 visitas de clientes de planificación familiar por semana). Si se cumplen rigurosamente con las normas de la metodología, aumenta sustancialmente el costo de realizar la encuesta en clínicas con poca clientela porque el entrevistador tiene que gastar mucho más tiempo en el sitio hasta acumular las 100 entrevistas necesarias. Por otro lado, si se usa una muestra más pequeña (como ocurre muchas veces en la práctica real), disminuye la confiabilidad de los resultados. Esta es una deficiencia potencialmente seria si los casos de respuestas negativas identificados no corresponden a las áreas principales que los clientes consideran que deben ser mejoradas.

Actualmente se alienta a las asociaciones de planificación familiar a que utilicen las muestras más grandes, si es posible, de manera que puedan analizar algo más que el simple número de casos de respuestas negativas. Si los recursos adicionales necesarios para realizar una encuesta durante un período más prolongado impi-

diera que la asociación procediera con el estudio, es preferible que adopte por lo menos un método de encuesta menos confiable, en vez de no hacer nada. En general, lo que más justifica el uso de esta metodología es el número y eficacia de las mejoras prácticas que pueden alentar, y no su confiabilidad o validez.

•*Causas de la insatisfacción.* Si bien la metodología puede señalar a una asociación o clínica de planificación familiar las áreas que deben ser mejoradas, el cuestionario modelo no especifica cuál es la causa de la insatisfacción del cliente. Por ejemplo, los clientes pueden considerar que habían esperado demasiado por los servicios, pero la propia encuesta no revela dónde está el problema o qué se debe hacer al respecto. En algunos casos, la causa del problema resulta clara; en otros, agregar una o más preguntas al cuestionario modelo puede producir una información adicional útil. Sin embargo, es muy posible que las asociaciones se vean beneficiadas al complementar las entrevistas de salida con otras metodologías, tales como la del análisis del flujo de clientes, grupos focales, entrevistas con el proveedor, o una segunda serie de entrevistas de salida más detalladas que centren la atención en un área específica que produce insatisfacción.

•*Consideraciones metodológicas.* Las limitaciones antes mencionadas se aplican en general a las entrevistas de salida sobre la satisfacción del cliente. Además, hay varias características de esta metodología específica que deben ser consideradas para su aplicación exitosa. Una se refiere a la flexibilidad que les permitimos a las asociaciones en cambiar el cuestionario modelo para ajustarlo a las necesidades locales: se les permitió cambiar el texto de las preguntas, agregar nuevas preguntas o cambiar la forma en que se las formulaban (por ejemplo, usando contestaciones escalonadas en vez de respuestas de sí o no). A pesar de que en general tenía aspectos positivos, esta práctica redujo el número de encuestas de seguimiento con casos de respuestas negativas comparables.

Además, se les permitió a las asociaciones seleccionar las clínicas de su interés en las que podrían conducir sus encuestas de seguimiento; en consecuencia, el muestreo fue fundamentalmente por propósito o conveniencia. Este aspecto debilita la comparación con los resultados generales, pero como la mayoría de las asociaciones que participaron en el estudio realizaron encuestas de seguimiento en la mayoría o en todas sus clínicas, finalmente resulta un punto que no preocupa tanto. No tenemos elementos fun-

dados para presumir que las clínicas escogidas eran de mejor o peor calidad que aquellas que no fueron seleccionadas. Sin embargo, las futuras aplicaciones de esta metodología se pueden beneficiar si se utilizan muestras de probabilidad cuando se seleccionan las clínicas que se desean incluir en la encuesta.

Las asociaciones también tenían mucha libertad con respecto al momento en que deseaban realizar las encuestas de seguimiento; como resultado de ello, el tiempo entre las encuestas, o entre las intervenciones y las encuestas de seguimiento, varía muchísimo. Esto puede afectar la interpretación de los resultados, en la medida en que la insatisfacción se presume que disminuiría rápidamente después de que sean introducidas las mejoras al servicio, aunque luego estaría sujeta a cambios que pueden ocurrir debido a otros factores. Estos factores, incluidas otras medidas adoptadas por la asociación o la clínica entre las dos encuestas, pueden haber sido implementadas debido a razones completamente diferentes de los resultados de la encuesta de satisfacción inicial (por ejemplo, entre otros, cambios de personal, aumento de honorarios o nuevos servicios).

Otro asunto se relaciona con la causalidad entre las mejoras implementadas y los cambios subsiguientes de niveles de satisfacción. Por diversas razones, no se puede asumir que las mejoras de los niveles de satisfacción demostrados aquí resultan necesariamente del uso de las encuestas sobre satisfacción del cliente y como resultado de las intervenciones realizadas por las clínicas.

La razón principal por ello es la no equivalencia de los clientes: los clientes de una encuesta inicial que estaban insatisfechos son más proclives que los usuarios satisfechos a discontinuar sus visitas a la clínica antes que se realizara la encuesta de seguimiento. Si este es el caso, disminuirían entonces los niveles de insatisfacción observados en las encuestas de seguimiento desde los niveles anteriores, aun si no se introdujeran mejoras. Hay pruebas de que los clientes que realizan visitas de seguimiento expresan mejores niveles de satisfacción que los que acudían por primera vez a la clínica.¹⁷ Los niveles de satisfacción indicados pueden ser superiores simplemente porque los clientes que quedan están más dispuestos a aceptar los niveles existentes de calidad. En forma similar, los elevados niveles de abandono del programa debido a la calidad pobre de ciertos componentes de los servicios podrían conducir a niveles más elevados de satisfacción de los clientes en

otras variables, simplemente debido a un menor número de casos. A modo de ejemplo extremo, una calidad pobre en algunos aspectos del suministro de los servicios podría conducir a una disminución tan pronunciada de la clientela que la demora en la sala de espera ya no constituía un problema.

Este problema puede ser controlado, en parte, si se observan las tendencias en el número de visitas a través del tiempo. Por ejemplo, si el volumen disminuye en forma pronunciada en tanto que aumentan los niveles de satisfacción, uno podría cuestionar más las razones por las cuales los resultados sobre satisfacción aumentaron que si aumentó el volumen durante el mismo período. En nuestro caso, varias tendencias—el continuo flujo de nuevas clientas, el hecho de que las mejoras se habían realmente hecho y la preponderancia de evidencias que sugerían que la satisfacción está cambiando en la dirección correcta—le dan valor a la idea de que las mejoras están teniendo un efecto positivo. Sin embargo, para evitar algunas de estas posibles interpretaciones erróneas, sería útil analizar más profundamente las tendencias en el volumen de clientes, investigar los niveles de satisfacción entre los ex-clientes, así como entre los usuarios actuales, y analizar las razones por las cuales discontinuaron el uso del servicio.

Otra razón por la cual no podemos presumir que las mejoras del programa se debieron totalmente a los resultados de las encuestas sobre la satisfacción es que la decisión de implementar los cambios estuvo basada en muchos factores complejos. Entre ellos, los resultados de la encuesta pueden haber desempeñado un papel relativamente pequeño. Sin embargo, los resultados pueden haber contribuido al proceso de toma de decisiones al ofrecer a los administradores algunos datos objetivos sobre las perspectivas de los clientes con respecto a la calidad del servicio. Como tal, éstas pueden haber justificado en tanto nuevas acciones, aun cuando no fueran los principales ímpetus para su implementación.

En general, creemos que las ventajas de esta metodología superan sus limitaciones. Sin embargo, a fin de lograr el mayor provecho de la aplicación de este tipo de evaluación de la satisfacción del cliente, es importante comprender las limitaciones principales y controlarlas en la mayor medida posible. Al mantener estos puntos presentes, los proveedores del servi-

cio deberían ser capaces de usar este tipo de metodología para identificar las áreas que preocupan a los clientes, y para desarrollar verdaderas mejoras en la calidad para abordar estas preocupaciones.

Conclusiones

Las entrevistas de salida que indagan sobre la satisfacción de clientes siempre deberán ser consideradas solamente como una parte de la evaluación general de la calidad. Deben ser utilizadas con otros instrumentos de evaluación de la calidad, tales como la observación directa, las encuestas de los proveedores, los inventarios de los lugares, el análisis de datos clínicos de los clientes o los grupos focales. La calidad es un concepto amplio que ningún enfoque determinado puede medir adecuada y plenamente. Por sí mismo, cualquiera de estos enfoques puede abordar solamente una parte del ámbito total de la calidad.

Sin embargo, nuestra experiencia sugiere que dentro de límites bien definidos, las entrevistas de salida con los clientes pueden desempeñar un papel útil para medir muchos aspectos de la satisfacción con los servicios de planificación familiar y de salud reproductiva. Pueden contribuir y asistirnos a entender la forma en que percibe el cliente ciertos aspectos subjetivos de calidad de atención y del acceso a los servicios que pueden resultar difíciles de medir con otras metodologías de evaluación. Evidentemente, el simple acto de preguntarle al cliente su punto de vista y obligar al proveedor a escuchar a sus respuestas es quizá el resultado más importante que se obtiene al aplicar esta metodología. Las entrevistas de salida también pueden asistir a los proveedores a evaluar el nivel de conocimiento de sus clientes y a entender por qué eligió un método determinado. Además, a largo plazo, centrar la atención en la satisfacción del cliente puede ayudar a que los servicios sean más sostenibles, lo cual ayudaría a los clientes a lograr sus metas reproductivas.

Referencias

1. Jain AK, Fertility reduction and the quality of family planning services, *Studies in Family Planning*, 1989, 20(1): 1–16; Kumar S, Jain AK y Bruce J, *Assessing the Quality of Family Planning Services in Developing Countries*, Programs Division Working Papers, Nueva York: Population Council, 1989, No. 2; Bruce J, Fundamental elements of the quality of care: a simple framework, *Studies in Family Planning*, 1990, 21(2):61–91; Huntington D et al., Assessing the relation between the quality of care and the utilization of family planning services in Côte d'Ivoire, ponencia presentada en la reunión anual de la American Public

Health Association, Washington, DC, 8–12 de noviembre, 1992; y Mensch B, Arends-Kuenning M y Jain A, The impact of the quality of family planning services on contraceptive use in Peru, *Studies in Family Planning*, 1996, 27(2):59–75.

2. Davidow WH y Uttal B, *Total Customer Service*, Nueva York: Harper Perennial, 1989; Creech B, *The Five Pillars of TQM*, Nueva York: Truman Talley Books/Dutton, 1994; y Barsky JD, *World-Class Customer Satisfaction*, Nueva York: Richard D. Irwin, 1995.

3. Hardee K y Gould BJ, A process for quality improvement in family planning services, *International Family Planning Perspectives*, 1993, 19(4):147–152; Management Sciences for Health (MSH), Using CQI to strengthen family planning programs, *The Family Planning Manager*, 1993, 11(1):1–20; y Williams T y Townsend M, Sustainability: what it means and how to evaluate it—preliminary results from IPPF/WHR's Transition Project, ponencia presentada en la reunión anual de la American Public Health Association, Washington, DC, 30 de octubre al 3 de noviembre, 1994.

4. Bruce J, 1990, op. cit. (véase referencia 1).

5. Fisher A et al., *Guidelines and Instruments for a Family Planning Situation Analysis Study*, Nueva York: Population Council, 1992.

6. Measure Evaluation Project y Monitoring and Evaluation Subcommittee of the Maximizing Access and Quality (MAQ) Initiative, *Quick Investigation of Quality (QIQ): A User's Guide for Monitoring Quality of Care*, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, EE.UU.: Carolina Population Center, 18 de febrero, 2000.

7. AVSC International, *COPE: Client-Oriented Provider-Efficient Services*, Nueva York: AVSC International, 1995.

8. MSH, 1993, op. cit. (véase referencia 3).

9. Barsky JD, 1995, op. cit. (véase referencia 2).

10. Technical Assistance Research Programs Institute, Consumer complaint handling in America: an update study, executive summary, Washington, DC: Technical Assistance Research Programs Institute, 1986.

11. Avis M, Bond M y Arthur A, Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics, *Social Science and Medicine*, 1997, 44(1):85–92; Kenny D, Determinants of patient satisfaction with the medical consultation, *Psychology and Health*, 1995, 10(5): 427–437; y Simmons R y Elias C, The study of client-provider interactions: a review of methodological issues, *Studies in Family Planning*, 1994, 25(1):1–17.

12. Brown L et al., Quality of care in family planning services in Morocco, *Studies in Family Planning*, 1995, 26(3): 154–168; y Avis M, Bond M y Arthur A, 1997, op. cit. (véase referencia 11).

13. Bertrand JT et al., Access, quality of care and medical barriers in family planning programs, *International Family Planning Perspectives*, 1995, 21(2):64–69 & 74.

14. Williams T, Cuca Y y Schutt-Ainé J, *Client Satisfaction Surveys for Improved Family Planning Service: A User's Manual*, Nueva York: Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, 1998.

15. Hull VI, *Improving Quality of Care in Family Planning: How Far Have We Come?* South and East Asia Regional Working Paper, Nueva York: Population Council, 1996, No. 5.

16. Simmons R y Elias C, 1994, op. cit. (véase referencia 11); y Avis M, Bond M y Arthur A, 1997, op. cit. (véase referencia 11).

17. Kenny D, 1995, op. cit. (véase referencia 11).