

PROCESO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

(SEGUNDA DE DOS PARTES)

EZEQUIEL JAIMES FIGUEROA,* ESTELA ORTIZ ROMO* Y MARIO E. ARCEO GUZMÁN**

Process of Continuous Improvement of the Quality in Health Services Directed Toward Family Planning

Abstract. *It is imperative to offer better health public services, every time of more quality, that satisfy patient health needs. Throughout history several models for improve the quality have been implemented, some of them rigids. In general terms those models have failed in their main purposes, because they are divorced to sociocultural reality. The Population Council has promoted the application of the Model of Continuous Quality Improvement in family planning as an alternative in health public services in our environment.*

V. Justificaciones del estudio

El reporte de Frenk *et al.* (1994) pone de manifiesto la mala calidad en los servicios de salud y permite considerar que dicho problema no se limita a los aspectos técnicos (Ruelas, 1995), sino también incluye el trato que reciben los usuarios, las necesidades y las demandas de los mismos y la percepción que tienen del proceso de atención todos los participantes (Verheggen y Harteloh, 1994).



En el caso particular de los servicios de planificación familiar, el enfoque del usuario adquiere una importancia real si consideramos que el cambio en la estructura demográfica, el perfil de las enfermedades, la modificación del esquema de servicios de salud y la transición tanto en la educación médica como en la calidad, han propiciado que los servicios de planificación familiar mejoren, por lo que ya no se trata sólo de ampliar la cobertura y la accesibilidad de los servicios de planificación, sino de otorgarlos con un enfoque de mejoría permanente, que garantice los mejores beneficios.

En la primera parte se hizo referencia al Proceso de Mejoramiento Continuo (PMC) como un modelo innovador con un potencial de impacto favorable sobre los indicadores de-

demográficos y de salud reproductiva, por lo que surgió la duda respecto a la factibilidad de aplicarlo en el área de servicios de planificación familiar en una comunidad periurbana.

VI. Método

El estudio consistió en la puesta en marcha del PMC interpretado como una estrategia metodológico-administrativa, que consiste en un conjunto de actividades de aplicación sistemática y continua de instrumentos (por ser una herramienta administrativa de tipo gerencial) para la toma de decisiones.

Se trató de un estudio cuasiexperimental, de preprueba-postprueba, sin grupo control, no aleatorizado, longitudinal y prospectivo. Se realizó entre el 15 de julio de 1995 y el 15 de enero de 1996 en San Andrés Cuexcontitlán, Toluca, Estado de México.

El universo se integró por los usuarios del subprograma (servicio) de planificación familiar del Programa de Prácticas de Salud Comunitaria de

* Coordinación General de Investigación y Posgrado, UAEM.

** Facultad de Medicina, UAEM.

CUADRO 1

REGISTRO PREEVALUACIÓN DE QUEJAS, 1995		
TIPO DE QUEJA	FRECUENCIA PORCIENTO	
ORGANIZACIÓN (NO SEGUIMIENTO, NI EXPEDIENTES)	41	31.54
HORARIO INADECUADO	33	25.39
FALTA DE INSUMOS	28	21.54
CAMBIOS PSICOLÓGICOS	11	8.46
APARENTE MANIPULACIÓN DE GENITALES POR MÉDICOS VARONES DE OTRAS UNIDADES MÉDICAS	9	6.92
SOLICITAN SER ATENDIDOS POR PERSONAL FEMENINO	8	6.15
TOTAL	130	100

la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, en la comunidad mencionada. La muestra fue seleccionada mediante un proceso de muestreo no aleatorio accidental, que incluye a todos aquellos usuarios que acudieron en el tiempo estipulado a demandar el servicio de planificación familiar.

El paso inicial fue la integración del Equipo de Mejoramiento Continuo (EMC) que realizó visitas domiciliarias; la elaboración del pretest y el postest; la prescripción, dotación y aplicación de métodos anticonceptivos; la obtención de historias clínicas; la toma de citologías vaginales exfoliativas (*papanicolaous*); y la redacción de minutas periódicas del trabajo de campo.

Para la aplicación del PMC, se procedió previamente a evaluar el proce-

so del servicio de planificación familiar de la comunidad, de acuerdo a los siete pasos que lo integran.

Su desarrollo se efectuó específicamente mediante las siguientes técnicas gerenciales: matriz de selección, lluvia de ideas, diagrama de flujo para el registro de pacientes y análisis de Pareto (Shewart, 1986).

Una vez identificadas las áreas de oportunidad, se obtuvo un diagnóstico previo sobre la satisfacción de los pacientes (medida a través de las quejas y sus razones) con relación al esquema de servicios proporcionados al inicio del estudio y después de esta evaluación se desarrollaron las actividades orientadas a solucionar los problemas identificados. Posteriormente, se aplicó a los pacientes la encuesta sobre satisfacción.

VII. Análisis de resultados

La aplicación del PMC permitió identificar áreas de oportunidad, definidas como:

- a) Reordenación clínicoadministrativa y de ella específicamente el archivo clínico de los pacientes.
- b) Insumos.
- c) Capacitación.

Se definieron múltiples áreas susceptibles de mejora, por lo que el empleo de la matriz de selección de

muestra permitió delimitar, con base en criterios objetivos, el archivo de los pacientes como la primer área, por lo que se procedió a elaborar el diagrama de flujo para el registro de éstos, cuyo resultado final fue la integración del expediente de cada usuario de planificación familiar. En este caso, el objetivo se cumplió en 43.9%, aunque se cuenta con el total de expedientes, pero el resto se consideraron incompletos, debido a que las historias clínicas carecían de una exploración física terminada y completa, en tanto que 78.18% de usuarias contaba efectivamente con citología vaginal.

La segunda área definida por el EMC fue la de insumos, y a través de la elaboración del diagrama de flujo para el control de insumos se plantearon como resultados finales: contar con insumos en cantidad suficiente y oportuna, así como de calidad adecuada; material y equipo suficientes para proporcionar una buena atención; mantenimiento periódico del equipo y área física adecuada para el programa que se realiza. En este caso, el área de oportunidad se consideró cubierta totalmente, debido a que todos los usuarios aceptaron algún método anticonceptivo.

La tercer área, relacionada con la capacitación, orientó al EMC a elaborar el diagrama de flujo para la capacitación de personal, cuyo resultado fue la capacitación completa del personal involucrado y participante del EMC. El logro de este objetivo desarrolló actividades de educación para la salud, de las cuales destacan las pláticas sobre higiene personal y genital, que representó 24.58% del total de charlas impartidas, con un promedio de tres participantes por cada una de ellas; además de que 39.62% de estas actividades correspondió a pláticas relacionadas con la prevención de cáncer mamario y cérvico-vaginal.

Dentro de las principales quejas en la preevaluación (cuadro 1) destaca la organización, que comprende la au-

CUADRO 2

ANÁLISIS DE PARETO PREEVALUACIÓN, 1995			
RAZONES	FRECUENCIA		
	NÚMERO DE VECES CITADAS	% DEL TOTAL DE RESPUESTAS	PORCENTAJE ACUMULADO
FALTA DE ORGANIZACIÓN	46	35.4	35.4
HORARIO INADECUADO	30	23.1	58.5
DESCONFIANZA	17	13.1	71.6
NO PERMISO DEL ESPOSO	12	9.2	80.8
FALTA DE MATERIAL Y EQUIPO	9	6.9	87.7
ATENCIÓN POR MÉDICOS VARONES	8	6.2	93.9
FALTA DE INFORMACIÓN	6	4.6	98.5
CAMBIO CONTINUO DE PERSONAL	2	1.5	100.0
TOTAL	130	100.0	100.0

sencia de seguimiento de los pacientes, así como la carencia de expedientes; lo que pone de manifiesto que la principal queja de quienes hacen uso del servicio de planificación familiar en la comunidad de San Andrés Cuexcontitlán, se refiere básicamente a aspectos administrativos. En este caso, la razón principal de las quejas (cuadro 2) tiene correspondencia, pues se argumenta una falta de organización, por lo que en la aplicación del PMC se coincidió con el EMC por haber seleccionado a la primer área de oportunidad como la reordenación clínicoadministrativa. Sin embargo, debido a otros elementos que también se perciben en las quejas y razones como la "aparente manipulación de genitales por médicos varones de otras unidades médicas", así como la consecuente "desconfianza", no se logró, como ya quedó expresado, obtener el 100% de expedientes e historias clínicas completas.

Sin embargo, debe destacarse que existió una importante variación en la presentación del tipo de queja y sus razones, pues en su mayoría, las quejas obtenidas en la preevaluación desaparecieron en la postevaluación, o que dio lugar a otro tipo de ellas, lo que motiva seguir con la aplicación del modelo en estudio, hasta obtener la mejora del servicio en las áreas de oportunidad seleccionadas.

En la preevaluación, más de 75% de las quejas está dada por "no seguimiento de pacientes", "horario inadecuado" y "falta de insumos"; y en la postevaluación se resuelve en 100% de los casos el "no seguimiento de pacientes" y "la falta de insumos" (cuadro 3). Sólo 6.3% desapruueba el horario, lo que demuestra que disminuyeron los principales reclamos. Sin embargo, en la postevaluación aparecen cinco quejas nuevas, por lo que el PMC reduce el número de ellas observadas en la preevaluación y el porcentaje de la postevaluación se refiere fundamentalmente a nuevas quejas.

En la postevaluación, el principal reclamo consistió en el "horario inadecuado", pues los pacientes referían el deseo de que el personal del EMC permaneciera durante toda la semana en horarios accesibles a la población.

Es interesante destacar que dentro de las quejas de la preevaluación no aparecen las relacionadas contra el método anticonceptivo empleado, en tanto que este tipo de descontento aparece en el segundo lugar de mayor frecuencia al igual que el exceso de personal en el consultorio en la postevaluación.

Durante la preevaluación, 80% de las razones de las quejas incluyeron "falta de organización", "horario inadecuado", "la desconfianza" y el "no permiso del esposo", de las cuales se resolvieron en 100% la primera y las dos últimas, en tanto que la segunda razón continúa en 6.3% de los casos; en la postevaluación el tipo de razones que permanecen es 22.4%; entre las razones no solucionadas y aparición de nuevas se destaca que en importancia la segunda razón de las quejas de los pacientes en la postevaluación se relaciona con las disfunciones atribuidas al método seguido de una información insuficiente sobre su padecimiento (cuadro 4). Estos resultados contrastan con el número de actividades de educación para la salud que desarrolló el personal en la comunidad de estudio.

Al margen de este análisis, es importante destacar la distribución de

CUADRO 3		
REGISTRO POSTEVALUACIÓN DE QUEJAS, 1996		
TIPO DE QUEJA	FRECUENCIA PORCIENTO	
HORARIO INADECUADO	8	27.59
CONTRA EL MÉTODO	6	20.69
EXCESO DE PERSONAL EN EL CONSULTORIO	6	20.69
EXPLORACIÓN JUSTIFICADA	5	17.24
NO ACEPTACIÓN DEL PERSONAL MASCULINO	3	10.34
DECISIÓN MÉDICA INADECUADA	1	3.45
TOTAL	29	100

los usuarios en relación al sexo, pues se observa que el grupo de edad predominante en el femenino fue de 25 a 34 años (48.9%) en tanto que en el masculino es de 20 a 24 años (7.7%), lo que permite observar una diferencia que pudiera expresarse tanto en el tipo de demanda de servicios de salud de planificación familiar, como en la percepción de la satisfacción del usuario como se presenta en las quejas y sus razones expresadas durante el desarrollo del estudio.

La calidad de la atención a la salud se ha constituido en una preocupación de las diversas instancias que participan en la práctica médica, desde las instituciones educativas que intervienen en la formación del personal de salud, hasta aquellas que tienen por objeto regular el ejercicio profesional de la medicina (Palmer, 1994). Sin embargo, los modelos aplicados se han caracterizado por un enfoque gerencial tradicional, basado en intervenciones técnicas, interpersonales e

CUADRO 4			
ANÁLISIS DE PARETO PREEVALUACIÓN, 1996			
RAZONES	FRECUENCIA		
	NÚMERO DE VECES CITADAS	% DEL TOTAL DE RESPUESTAS	PORCIENTO ACUMULADO
AMPLIACIÓN DE HORARIO	8	27.6	27.6
DISFUNCIONES ATRIBUIDAS AL MÉTODO	7	24.1	51.7
INFORMACIÓN INSUFICIENTE SOBRE SU PADECIMIENTO	5	17.2	68.9
CAMBIO CONTINUO DE PERSONAL	5	17.2	86.1
NO ACEPTACIÓN DE PERSONAL MASCULINO	3	10.3	96.5
PSICOLÓGICAS	1	3.5	100.0
TOTAL	29	100.0	100.0

incluso sociales, por lo que se tiene el problema de que estos servicios no responden plenamente a la satisfacción del usuario (Donabedian, 1991).

Además, si tenemos presente que los servicios de planificación familiar se orientan hacia dos tipos de objetivos fundamentales: demográficos, que incluyen la fertilidad y el tamaño deseado de la familia, y los relacionados con la salud reproductiva y la satisfacción del usuario, es fácil entender que "la calidad de la atención en la planificación familiar es el grado en el que lo mismo se utiliza para alcanzar las mayores mejoras posibles, dado cierto número de recursos, en la fertilidad, el tamaño de las familias, el espaciamiento de los nacimientos, la satisfacción del consumidor y los indicadores materno-infantiles relacionados con la salud reproductiva en una población determinada" (Gómez-Dantés y García-Núñez, 1994).

Dentro de este contexto, se optó por tomar la satisfacción del paciente como el indicador básico del PMC (Cárdenas, 1994 y Ruelas, 1995), por lo que el desarrollo del trabajo exploró la factibilidad de la aplicación de este modelo a un servicio de planificación familiar; se destaca así que a través de la matriz de selección se pueden identificar múltiples áreas de oportunidad, sin embargo, la participación del EMC propició la selección de las tres áreas para esta investigación; por lo que se indica que la sola aplicación de los instrumentos por personal individual no conduce al éxito del mejoramiento de la calidad, sino que es precisamente la intervención de dicho equipo lo que propicia el incremento de la satisfacción del paciente, posiblemente a través de una cultura de compromiso hacia la calidad.

Por otra parte, sobresalió la utilidad de los diagramas de flujo, pues a través de ellos se pueden identificar las diversas actividades que se incluyen en el proceso del área de mejora, además de presentar conjuntamente

los resultados que se desean lograr, y permitir la realización del control de la aplicación del modelo en estudio, pues se valora regularmente el logro de dichos resultados.

En este estudio, la satisfacción del paciente fue valorada a través de las quejas y razones, observándose una disminución importante en el número de ambas.

En la postevaluación de la aplicación del modelo, surgieron otras quejas y razones que se priorizaron al quedar resueltas las primeras, además de revelarse la ciclicidad del mismo y su puesta en marcha de manera permanente, con un enfoque en el paciente a través de todo el proceso de atención a la salud, y un énfasis en el análisis del proceso así como en el mejoramiento de la atención al modificar la percepción de las partes involucradas en la atención a la salud (Verheggen y Harteloh, 1994).

Conclusiones

Los resultados permiten concluir que:

1. Los instrumentos y herramientas gerenciales empleados en el desarrollo del PMC son aplicables para la identificación de áreas de oportunidad en servicios de planificación similares.

2. La utilización de las quejas y sus razones son un elemento sensible que permite evaluar la satisfacción del paciente cuando se aplica el PMC.

3. Su aplicación permite dirigir intervenciones de manera permanente que reorienten la prestación de servicios de planificación familiar y favorecen que las primeras quejas y razones sean atendidas (es decir, se satisface al paciente en relación al servicio prestado con anterioridad) y aparecen nuevas quejas con sus respectivas razones que manifiestan, de alguna manera, la insatisfacción del usuario con la prestación del nuevo servicio, y así sucesivamente.

4. Finalmente, se concluye que el PMC contribuye a incrementar la satisfacción del paciente, tal como se demostró en este caso del servicio de planificación familiar de la comunidad de San Andrés Cuexcontitlán. ♦

BIBLIOGRAFÍA

- Cárdenas, G. (1994). "La realización sistemática de una cultura organizacional como fundamento del proceso de mejora: la experiencia de Clínica Nova", en *Calidad de la atención a la salud*. Vol. 1, Núm. 2 (suplemento), octubre. SOMEASA, México.
- Donabedian, A. (1991). *La calidad de la atención médica*. La Prensa Médica Mexicana, México.
- Frenk, J. et al. (1994). *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México*. (informe final). Fundación Mexicana para la Salud, México.
- Gómez-Dantés, O. y García-Núñez, J. (1994). "Monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar", en *Salud pública de México*. Vol. 36. Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- Palmer, R. (1994). "Actividades de la comunidad para mejorar la calidad de la atención de primer nivel", en *Calidad de la atención a la salud*. Vol. 1, Núm. 2 (suplemento), octubre. SOMEASA, México.
- Ruelas, F. (1995). "Confusiones y definiciones", en *Calidad de atención a la salud*. Vol. 2, Núm. 3, febrero. SOMEASA, México.
- Shewart, W. (1986). *Economic control of quality manufactured products*. University Press, Washington, USA.
- Verheggen, F. y Harteloh, P. (1994). "La calidad de servicio en la atención a la salud: aplicación de resultados de la investigación mercadotécnica", en *Calidad de la atención a la salud*. Vol. 1, Núm. 1, julio. SOMEASA, México.