

Percepción de la Comunidad Acerca de la Calidad de los Servicios de Salud Públicos en los Distritos Norte e Ichilo, Bolivia

Community Perception on the Quality of Public Health Services Delivery in the Norte and Ichilo Districts of Bolivia

Barbara C. Gattinara¹ ; Jaime Ibacache¹ ; Carlos T. Puente¹
Jolanda Giacconi¹ ; Andrea Caprara¹

GATTINARA, B. C.; IBACACHE, J.; PUENTE, C. T.; GIACCONI, J. & CAPRARA, A. *Community Perception on the Quality of Public Health Services Delivery in the Norte and Ichilo Districts of Bolivia*. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 11 (3): 425-438, Jul/Sep, 1995.

*The current study identifies the people perception on the quality of public health services in Norte and Ichilo health districts (Bolivia), with a particular emphasis on the relationship between health workers and patients. Both qualitative and quantitative methods were utilised such as: survey, **focus groups**, participatory observation, unstructured interviews to Key informants and open discussions with the community. Results show that the public health services **reputation** is affected by elements as discriminatory attitude towards people belonging to a **low** socio-economic strata, lack of communication between health workers and patients, perceived **insufficient** technical skills and recognition of a **low** therapeutic efficacy. The people who are coming from highlands (collas) appear as the most disappointed by the health service provision structured on the **western** predominant pattern with a top-bottom approach ignoring its potential users' expectations and needs. A **low** capability of the public health services to accept and recognise the inter-cultural features of the region, makes that the challenge to be undertaken by the district health personnel should focus on the establishment of intercultural bridges between the public health service providers and the **potential** patients, as well as among the different co-existing medical systems.*

Key words: *Quality; Public Services; Health Services; Community Perception*

INTRODUCCION

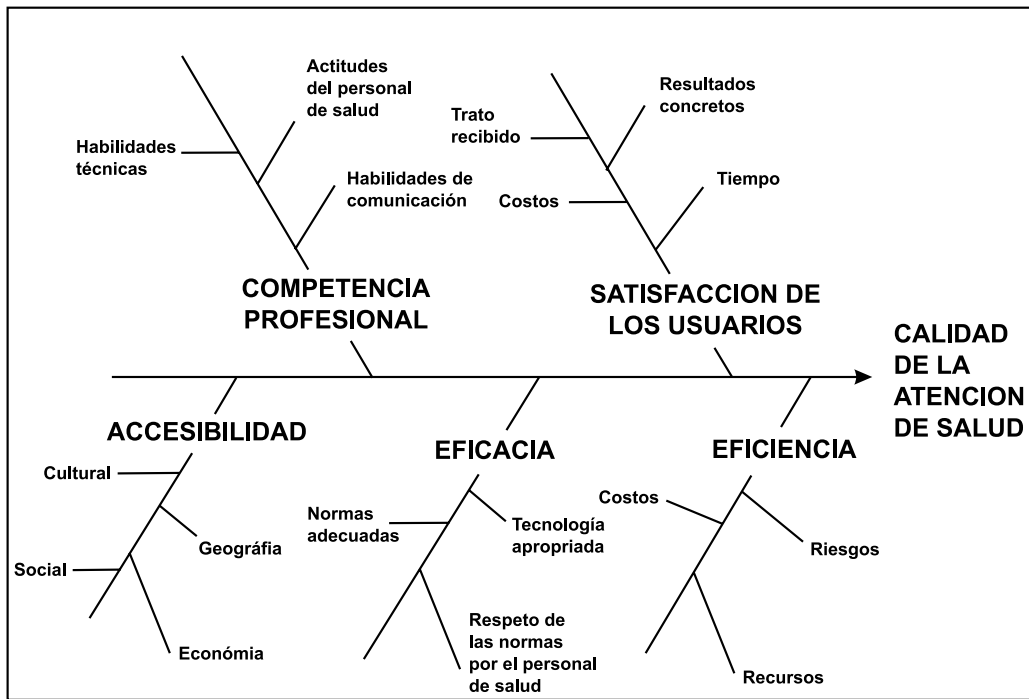
La calidad de los servicios de salud puede ser considerada como el resultado de diferentes factores o dimensiones, que resultan ser instrumentos útiles tanto en la definición y análisis de los problemas como en la evaluación del grado de cumplimiento de las normas técnicas, sociales y humanas del personal de salud (Cuadro 1).

El mejoramiento de la calidad no puede ser alcanzado a través de actividades aisladas,

tiene que ser un elemento integral y activo de la cultura clínica (Spath, 1992). Dicho proceso forma parte del ciclo de manejo gerencial (planificación, implementación, monitorización, evaluación, nueva planificación, etc.) que permite comprender las dificultades a identificar las soluciones posibles para mejorar la calidad de los servicios de salud a través de un proceso participativo. La gerencia de la calidad es un proceso continuo y cíclico, un instrumento a utilizarse no solo en la orientación de los niveles decisorios, de los proveedores de servicios y del personal de salud, sino también de los usuarios para el mejoramiento de los servicios de salud.

¹ *International Course for PHC Managers, Istituto Superiore di Sanità. Viale Regina Elena, 299, 00161 Rome, Italy.*

CUADRO 1. Dimensiones de la Calidad de los Servicios de Salud



Los estudios sobre la satisfacción de los consumidores son componentes importantes de la evaluación de los servicios (Williams, 1994). La opinión de la población debería tener un puesto relevante en la formulación de las políticas de salud, así como en la realización de las actividades de salud. Estos estudios constituyen actualmente un componente importante de las investigaciones evaluativas en general, y en particular, la opinión de los pacientes debería tener una influencia relevante tanto en la formulación de las políticas de salud como en el éxito de los servicios de salud.

El punto de vista de la gente, sus necesidades y percepciones, generalmente son descuidadas tanto en la organización como en la provisión de los servicios de salud. Las actividades y programas están comúnmente organizados en base al punto de vista de los técnicos antes que en las necesidades y percepciones de la comunidad. Pero, *“nadie comprende más y mejor el punto de vista de la gente que la gente misma. Es muy difícil, casi*

imposible, percibir to mismo que la gente percibe; en otras palabras, es necesario mirar las cosas a través de los ojos de la gente” (Pedersen, 1991: 12).

El presente estudio da a conocer la percepción de la población respecto de la calidad de los servicios públicos de salud en los distritos Norte e Ichilo, enfatizando la relación entre los trabajadores de salud (profesionales y no profesionales) y los pacientes. El propósito general es apoyar al personal técnico y directivo de los Distritos de Salud Norte e Ichilo en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. Su objetivo general es el de analizar la calidad de la consulta externa, respecto a la relación entre trabajadores de salud y pacientes, desde el punto de vista de la población y de los usuarios.

Tres elementos caracterizan este estudio: los datos recolectados se refieren a toda la población y no solamente a los usuarios de los servicios; en este sentido, el propósito es también conocer to que piensan acerca de los

servicios públicos, las personas que no los utilizan; ya sea por problemas sociales, económicos, y culturales, y que prefieren formas tradicionales de curación o utilizan los servicios privados.

El segundo aspecto, de tipo metodológico, se refiere a la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos de investigación. Se ha intentado combinar métodos para lograr una representatividad de los resultados y al mismo tiempo comprender el significado de las acciones (Buzzard, 1984; Pelto & Pelto, 1992; Manderson & Aaby, 1992; Minayo & Sanches, 1993). La distinción elaborada por Dilthey entre *erklären a verstehen*, entre la explicación y la comprensión de los fenómenos, marca la diferencia y define el surco epistemológico entre las disciplinas que promueven explicaciones causales, y las que intentan interpretar el sentido de las dinámicas humanas (Habermas, 1976). En realidad los datos cualitativos y cuantitativos tienen que ser considerados como complementarios, pensamos que sea necesario crear enlaces entre ciencias sociales y naturales, entre explicación y comprensión de los fenómenos. En esta perspectiva, la antropología constituye una disciplina útil que favorece la interpretación y la comprensión de numerosos problemas que surgen en la implementación de los programas de salud pública, y tiene que ser considerada como una disciplina complementaria a otras, como la bioestadística y la epidemiología.

Como tercer elemento importante del proceso, tenemos que subrayar la necesidad de la participación de la población y del personal de salud en la realización de la investigación. En la base de la investigación está el concepto de autodeterminación que significa que las personas directamente interesadas son el factor principal de desarrollo social y económico en un determinado contexto (Borrini, 1991; Warren, 1990). Esto implica a su vez que ellas participen en las diferentes etapas de la investigación.

Las investigaciones sobre las expectativas y la satisfacción de los clientes constituyen

un buen medio a través del cual los usuarios informan a los proveedores de los servicios acerca de sus necesidades y sus quejas. Así como explican Locker & Dunt (1978).

“existe una característica implícita de los estudios sobre la satisfacción de los clientes, y es que este tipo de investigaciones pueden proporcionar sugerencias para mejorar los servicios tanto en términos de fruición de los pacientes así como en términos de funcionamiento del sistema de atención de salud en general... la opinión del cliente logra influir en quiénes toman las decisiones en la medida que ellos acepten el valor del punto de vista del cliente. Esto presupone... la precisa voluntad de convertirse en servicios orientados al paciente”

Donabedian (1990) considera la interacción entre el personal de salud y el paciente desde dos puntos de vista: “las prestaciones técnicas y la relación personal con el paciente”, los cuales son dos aspectos de la percepción de los pacientes acerca de la calidad del servicio, según dicen Melum & Sinioris (1992). *“Las percepciones de la calidad están influenciadas tanto por los aspectos interpersonales como clínicos de la atención de salud... Ambos son importantes, la calidad del servicio es intrínsecamente subjetiva y personal y depende de la relación entre el proveedor y el cliente”*.

En cada tipo de evaluación de la calidad de la atención de salud, se tendría que establecer el nivel de calidad en base a diferentes criterios. La construcción de un “mapa de criterios” sirve para definir el estándar de calidad aceptable de un servicio en cada situación, a través de la combinación de perspectivas diferentes. De acuerdo con la literatura, aunque no exista una definición única de calidad de la atención de salud, la mayoría de los autores considera la “satisfacción del paciente” como un buen punto de partida en el análisis de la calidad. Las quejas y los requerimientos de los pacientes

permiten que los proveedores de los servicios definan los **estándares de calidad** adecuados para cada servicio a fin de implementar los cambios necesarios (Melum & Sinioris, 1992).

Otro estudio, realizado en la ciudad de Fortaleza, Brasil, muestra como los problemas que existen entre los usuarios y los proveedores de los servicios de salud no son el resultado solamente de diferentes modelos de explicación. Nos referimos a los conceptos de *disease*, *illness*, et *sickness* elaborados por Eisenberg (1977) y al modelo de explicación (*explanatory? model*) de Kleinman (1980). En publicaciones sucesivas, Kleinman ha modificado y ampliado su perspectiva definiendo como experiencia del paciente un medio intersubjetivo de procesos culturales y políticos considerando con más énfasis las relaciones entre el contexto social, económico-político y las personas (Kleinman, 1988, 1991). La calidad de los servicios tiene que ser analizada dentro de un contexto más amplio que considera los factores socio-económicos en los cuales vive la población, las diferencias culturales y los distintos modelos de interpretación de las enfermedades (Atkinson, 1993).

Desde un punto de vista analítico, la perspectiva del cliente puede ser representada por los siguientes elementos: logro del objetivo médico (resultado alcanzado), modalidades y proceso desarrollado (manejo técnico), características del proceso interpersonal, "nivel de comodidad", consecuencias fisiológicas, psicológicas y sociales. La perspectiva del paciente puede estar limitada en algunos factores, es así que una evaluación exhaustiva sobre la calidad de los servicios de salud no tendría que olvidar ni el punto de vista técnico, ni el resultado clínico, ni la utilización apropiada de recursos.

En la mayoría de los estudios sobre la percepción de los servicios de salud por parte de los usuarios se evidencia la importancia de los siguientes factores: tiempo de espera, costo y/o modalidades de pago, trato recibido por el personal de salud, limpieza del área, nivel de comunicación entre personal de salud y paciente, accesibilidad a los servicios de salud, comprensión de los problemas

personales, confiabilidad de las instituciones, competencia técnica, seguimiento por parte de los doctores, etc.

De todas formas, las expectativas, las necesidades y las demandas de los usuarios cambian según el contexto, así que los indicadores para medir la satisfacción del paciente (o la insatisfacción) tienen que ser apropiados a cada contexto específico. El éxito de la provisión de servicios de salud también puede estar determinado por un atento análisis del marco cultural de los usuarios. J. Bastien ha identificado algunas de las principales variables contextuales: sexo del ginecólogo, idioma hablado por el médico, frecuencia de las visitas a domicilio, categorías cognitivas de enfermedades tales como "enfermedades por el calor y por el frío". Este autor, que ha estudiado el sistema de salud boliviano en una perspectiva transcultural, afirma que la razón principal del bajo grado de participación tanto del personal médico como de la comunidad reside en la falta de relación funcional del doctor con el campesino, y falta de comprensión de la etiología y de la etnomedicina andina" (Bastien; 1982).

El Contexto del Estudio

Los distritos Norte e Ichilo están localizados en el Nororiente del Departamento de Santa Cruz, con una población total de 171.366 habitantes (27% de la población del distrito Norte y 64% del distrito Ichilo viven en área rural). Hacia el valle de los distritos Norte a Ichilo hubo, en los últimos 30 años, una importante migración de población de idioma Quechua procedente del altiplano. De hecho, a partir de 1954, el gobierno promovió un proceso de colonización en el marco de la nueva política de reforma agraria, creando Colonias Organizadas de campesinos que llegaban del altiplano. La tasa de analfabetismo en ambos distritos es 17.8% (mujeres: 24.5%, hombres: 12.2%).

Por lo que concierne a los aspectos socio-económicos, las actividades principales son producciones agro-industriales, especialmente caña de azúcar y algodón, y crianza de ganado. También hay aparceros. En las áreas urbanas prevalecen comercio, transporte y empleos

públicos. Los distritos Norte e Ichilo están organizados en pequeñas unidades administrativas de salud llamadas Áreas de Salud. Las áreas urbanas están atendidas por hospitales y centros de salud, mientras en las áreas rurales se encuentran hospitales cabecera de área y puestos de salud. Las áreas urbanas incluyen los habitantes de aldeas y ciudades (de 2.000 a 55.000 habitantes cada uno).

METODOS

En el estudio se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos tales como: encuesta, grupos focales, observación directa, entrevistas abiertas con informantes clave y discusiones abiertas con la comunidad.

Los datos de la encuesta fueron recolectados a través de entrevistas estructuradas en las áreas rural y urbana de los distritos estudiados, La muestra poblacional fue de 210 personas.

El tamaño de la muestra fue determinado tomando en cuenta lo siguiente: una previsión de la proporción poblacional de 50%, con una variación de 10 puntos porcentuales y un nivel de confianza del 95%; debido a la técnica seleccionada para el muestreo se consideró un valor de 2 como efecto del diseño, resultando así 192 personas como tamaño de la muestra. Adicionalmente, se calculó un 10% de negativas, siendo la muestra poblacional de 210.

Debido a razones prácticas, no fue posible lograr una distribución equilibrada por sexo en la población entrevistada, pues la mayoría de los hombres trabajan en el campo durante todo el día y a veces durante varias semanas; las entrevistas fueron realizadas en su mayoría a mujeres (65% de la muestra poblacional son mujeres y 35% hombres).

Para la encuesta se realizó el muestreo por racimos: se seleccionaron 30 racimos aplicando la técnica de probabilidad proporcional al tamaño (PPS) de acuerdo con los datos de la población censal; mediante un muestreo simple fueron casualmente escogidas 7 unidades de muestreo en cada uno de los 30 racimos elegidos al azar de entre los 55 sectores que son las unidades administrativas más pequeñas en los dos distritos de salud. La forma de identificación de los sectores fue la siguiente:

- a. los sectores fueron enlistados con la respectiva población acumulativamente;
- b. se calculó el intervalo de la muestra dividiendo el total poblacional por 30;
- c. se escogió un número al azar y se identificaron los 30 sectores sumando sucesivamente el intervalo de la muestra al primer número casual.

La unidad de la muestra fue la vivienda. En cada racimo, al azar se seleccionaron 7 individuos adultos, uno en cada vivienda seleccionada también al azar.

Dentro de este grupo de entrevistados, se evaluó también la satisfacción de los que tuvieron una experiencia personal con un servicio público de salud, durante el último año.

Para conocer la influencia de ciertos factores en la percepción de la calidad de los servicios, se recogió información tales como: sexo, edad, religión, origen, residencia, características étnicas, status socio-económico y nivel de escolaridad. La evaluación del nivel socio-económico de la población de la muestra fue realizada a través de las siguientes variables: a) vivienda (propia, alquilada, anticrético, casero); b) material de construcción de la vivienda (tradicional, elaborado, mixto); c) ocupación (profesional, agricultor grande o pequeño, desempleado, etc.); d) propiedad de bienes (auto, tractor, moto, televisión). Se asignó un valor de 1 a 4 para cada categoría y el nivel socio-económico se determinó según la suma total de las variables señaladas de acuerdo con los siguientes puntos de corte: **bajo** (1 a 6 puntos); **medio** (7 a 12 puntos) y **alto** (13 a 17 puntos).

La percepción de la población sobre la relación entre los trabajadores de salud y los pacientes, así como la **satisfacción** de los usuarios, fueron evaluadas a través de su opinión sobre varios conceptos tales como capacidades técnicas y habilidades de comunicación del personal de salud, eficacia terapéutica, adecuación cultural y costos de los servicios de salud, expectativas y experiencia directa de la población. La percepción de los usuarios de los servicios públicos de salud, así como la opinión de los no usuarios, su motivación y sugerencias para mejorar los servicios, se obtuvo mediante

discusiones abiertas y grupos focales. La información cualitativa ayudó también a entender algunos datos cuantitativos. En los grupos focales (entrevistas con pequeños grupos de cinco a diez personas, con similares características), se utilizó una guía para facilitar el proceso de discusión. La guía fue adecuada a las necesidades de obtener información o de mejor comprensión de los problemas durante el proceso.

Se realizaron discusiones informales con grupos de diferentes sectores poblacionales de área urbana y rural, tomando en cuenta siempre las características socioeconómicas y culturales de los participantes. Entre los grupos entrevistados se cuentan grupos religiosos, de madres, estudiantes, vendedores ambulantes, mujeres barredoras de la calle, trabajadores eventuales, moto-taxistas, profesores de escuela, dirigentes comunitarios, zafros y estudiantes de carreras técnicas nocturnas. Las entrevistas personales fueron realizadas con alcaldes, curanderos tradicionales y otros informantes clave.

Los grupos focales ayudaron en el diseño del cuestionario y apoyaron en la generación de hipótesis y formulación de preguntas relevantes; además proporcionaron información también respecto a aspectos cualitativos del tema del estudio y para comprender los detalles del dialecto local y el significado de ciertas categorías utilizadas por la gente. Las opiniones de las personas entrevistadas en los grupos focales están citadas con frecuencia en la discusión del estudio y frecuentemente expresan las situaciones con viveza y claridad. La selección de las citas textuales fue realizada con el cuidado de reflejar las ideas de la mayoría o los contrastes respecto a un mismo punto.

Los datos recolectados fueron procesados utilizando los programas Epi-Info 5.0, y Statview. Luego del análisis descriptivo se hizo un análisis comparativo mediante el uso de pruebas estadísticas como chi-cuadrado.

Los datos cualitativos se analizaron utilizando matrices donde la información fue completamente transcrita y luego agrupada en categorías; se hizo además un análisis cruzado

con los datos de diversas fuentes para la validación a interpretación de los resultados.

El estudio enfoca solamente la percepción de la población respecto a las relaciones entre los trabajadores de salud y los pacientes en la consulta externa; por lo tanto, no es ni una evaluación de la calidad de los servicios ni de la competencia profesional o técnica de los trabajadores de salud. El estudio no analiza el perfil epidemiológico, solamente la percepción de la enfermedad de una parte de la población entrevistada, es decir, de quienes tuvieron un episodio de enfermedad y utilizaron un servicio público durante el último año (su última experiencia).

Durante todo el proceso se mantuvo un estrecho trabajo con el personal de salud de los distritos Norte e Ichilo, para lograr su activo involucramiento en la identificación del problema, su extensión y los mecanismos factibles para resolverlo. Reuniones preliminares con el personal de salud y el Comité de Evaluación fueron importantes para seleccionar los métodos y elegir las formas más apropiadas para medir la satisfacción de los usuarios y la percepción en la calidad de los servicios dentro del contexto local. Los resultados preliminares del estudio fueron presentados en un taller realizado en Monteto con el personal de salud de los distritos Norte e Ichilo.

RESULTADOS

Percepción de la Población Acerca de los Factores Principales en la Calidad de su Relación con el Personal de Salud

Los factores principales que hacen parte de la calidad de la relación entre trabajador de salud y paciente en el contexto local son la actitud del personal de salud, en términos de trato brindado por el personal de salud al paciente, y el nivel de comunicación entre los profesionales de salud y los pacientes.

Durante las entrevistas y las discusiones con la población, el grupo étnico y clase socio-económica del paciente aparecieron como los factores más importantes.

Aunque la mayoría de la población encuestada (65.7%) afirma que el personal de salud trata sin discriminación étnica a los pacientes, el 29.5% de los entrevistados dice que los trabajadores de salud brindan mejor trato a los pacientes originarios de Santa Cruz (Camba), que a los originarios del altiplano (Colla); este mismo concepto surgió durante las entrevistas abiertas: “a la gente del interior se los trata feo porque son indiecitos”, “al Camba del oriente le toman atención, una paisana es mal mirada”, “los médicos gritan a los Collas”.

Lo que parece ser el factor determinante en la calidad de la relación interpersonal entre médico y paciente es sobre todo el nivel socio-económico del paciente: los datos de la encuesta muestran que 62.9% del los entrevistados plantea que el personal de salud trata mejor a los ricos que a los pobres: “con el rico, los médicos siempre están ahí..., si eres del interior y no tienes dinero to dicen que vuelvas a to pueblo”. Lo que parece hacer la diferencia es el dinero como emblemáticamente se dijo en una entrevista: “tanto los del interior como los del lugar son atendidos igual puesto que se basan en el dinero”, “cuando hay plata, rápido to atienden a uno”.

Por to tanto, en un semejante contexto, la comunidad percibe las diferencias socio-económicas existente como un factor condicionante de la relación entre personal de salud y usuario.

La gente parece estar más satisfecha con el trato brindado por el personal de salud cuando relata su experiencia personal en un servicio de salud público; de hecho, la gran mayoría (89.8%) de los 49 pacientes que acudieron al servicio de consulta externa en un sistema público en el último año define la actitud del trabajador de salud que le atendió como **buena**.

El nivel de comunicación que se logra entre el paciente y el médico es sin duda uno de los aspectos fundamentales en el análisis de la calidad de la relación entre personal de salud y usuarios del servicio público.

La calidad de la comunicación que se logra es muy importante en producir una satisfacción o insatisfacción por parte del paciente; en esta investigación apareció claramente como el tiempo que un médico

dedica a escuchar a los pacientes influye también sobre la percepción de la gente de su capacidad diagnóstica.

El 50% de la población encuestada considera **insuficiente** el tiempo dedicado por el personal de salud a escuchar al paciente. Al mismo tiempo, la comprensión de las indicaciones por parte del paciente fue definida **insuficiente** por la mayoría (60%) de los entrevistados, como viene expresado también en las discusiones informales: “no explican y no toman en cuenta al enfermo”, “hablan un castellano difícil porque han estudiado en libros gruesos”.

La experiencia de 49 entrevistados que fueron al servicio público de salud durante el último año, muestra que la mayoría (87.8%) tuvo bastante tiempo para explicar su problema al personal de salud. Por otra parte; existe un 27.5% de los usuarios que se queja por no haber recibido explicaciones sobre su enfermedad, además, un 30.6% de los pacientes que acudieron a un servicio público de consulta externa plantea que no recibió indicaciones claras sobre el tratamiento prescrito por parte del personal de salud.

Las barreras lingüísticas pueden incrementar las diferencias culturales, ya que en la región hay un 30% de población que hablan Quechua (u otros idiomas diferentes del castellano). En efecto, en una discusión informal se puso en evidencia que es mejor ir al médico privado porque muchas veces “habla también quechua”.

Durante las discusiones informales, se recolectaron informaciones sobre la relación de la gente con los curanderos o los médicos privados, los mismos que muchas veces la gente prefiere al servicio público, a pesar de su mayor costo: “el curandero es bueno porque vive cerca”. “Dr. C. es bueno, amable, receta yerbas, y organiza la cita para el control”, “los doctores particulares atienden más a la gente pobre”. Los datos parecen confirmar que el curandero y el médico que trabaja en un servicio privado son considerados por la gente como más flexibles y disponibles a una mejor comunicación y comprensión del, paciente, de su universo y su enfermedad, en relación al personal de salud de las estructuras públicas que no logra crear una relación personal

durante la visita médica y que utiliza un modelo de comportamiento estándar sin tener en cuenta la historia humana y cultural del paciente.

Los nativos del altiplano, por ejemplo, a veces tienen miedo de los hospitales y, en particular, de los doctores: “los médicos sacan la sangre y el líquido del interior”, “los médicos sacan mucha sangre para análisis y no hay razón porque para la muestra no necesita una inyección, solo bastan dos gotas, ...los más gorditos tienen que tener cuidado”.

Percepción de la Población Acerca de los Factores Principales en la Calidad de los Aspectos Técnico-Profesionales del Personal de Salud y de la Eficacia Terapéutica

Otro aspecto importante en los estudios de la calidad de los servicios de salud se refiere a la eficacia terapéutica percibida por el paciente; la pregunta fue formulada de la siguiente manera: ¿Son los médicos preparados y capaces de diagnosticar y curar correctamente las enfermedades?

Más de la mitad de los entrevistados (52.9%) considera las habilidades diagnósticas del personal de salud **insuficientes**, percepción que parece estar asociada al origen del entrevistado, ya que estadísticamente es más probable que dichas habilidades sean consideradas **insuficientes** por un Colla que por un Camba (p value < 0.003). El nivel de formación del personal de salud fue definido también **insuficiente** por la mitad (51%) de los entrevistados, lo que puede ser explicado, entre otras cosas, con la falta de experiencia profesional de los médicos: “la mayoría son médicos que están haciendo año de provincia, “a veces no detectan las enfermedades y se recurre al curandero”, “no visitan a fondo”.

Otro aspecto analizado fue la percepción de la gente sobre el proceso curativo. La eficacia del tratamiento prescrito al paciente es generalmente (55.7%) percibida como **baja**. La mayoría (69.3%) de los usuarios del servicio público de consulta externa declara que le fueron prescritas más de 3 clases diferentes de medicamentos para la misma enfermedad.

Aunque en el estudio no es posible una evaluación objetiva de la validez y racionalidad de dichas prescripciones, parece que la gente no acepta fácilmente diferentes clases de medicamentos a la vez, y que algunos consideran esto como signo de baja profesionalidad del personal de salud. Charlas informales con la gente permiten afirmar que la eficacia percibida de las medicinas prescritas a veces está relacionada con su precio: “son efectivos, pero los médicos nos dan remedios baratos que no son tan buenos como los que le dan a los ricos”. La aceptación del tratamiento prescrito parece estar también relacionada con el tipo de medicina, como revela un grupo focal llevado a cabo con la gente en el mercado de Montero: “el inyectable es mejor porque va directo a la sangre”. Casi el 80% de los entrevistados prefiere inyecciones a otro tipo de medicina.

Para evaluar los co-factores independientes asociados con la percepción de las habilidades diagnósticas del personal de salud (Cuadro 2), se hizo un análisis multivariado mediante regresión logística. Los originarios del Altiplano parecen 3.44 veces (IC 95%: 1.815-6.515) más propensos a considerar **insuficientes** las habilidades diagnósticas que los nativos en el Departamento de Santa Cruz. Además, quien percibe el tiempo que el personal de salud dedica a escuchar al paciente como **insuficiente** parece ser 5.63 veces (IC 95%: 3.01-10.53) más proclive a considerar **insuficientes** también las habilidades diagnósticas de los trabajadores de salud con respecto a quien percibe el mismo tiempo como **suficiente**. A nivel de análisis multivariado, el sexo, la edad y el nivel socio-económico no resultaron ser co-factores importantes ni modificadores de efecto de otras asociaciones.

Por lo que concierne a la percepción sobre las habilidades técnicas del personal de salud, la mayoría (77.6%) de los usuarios del servicio público, afirma que los trabajadores de salud acertaron el diagnóstico de su enfermedad, pero no se tiene que olvidar que el 18.4% declara que el diagnóstico fue completamente equivocado.

CUADRO 2. Análisis Logístico Multivariado para Evaluar Co-Factores Asociados con la Percepción de la Gente Acerca de las Habilidades Diagnósticas del Personal de Salud

Variable	Grupo de referencia	Odds Ratio	Limites de confianza (95%)
Origen			
Nativos del Altiplano	Nativos de Santa Cruz	3.44	1.81-6.51
Tiempo de escucha			
Personas que consideran 'insuficiente' el tiempo que el personal escucha a los pacientes	Personas que Consideran 'suficiente' el tiempo que el personal escucha a los pacientes	5.63	3.01 - 10.53

Costos

La importancia que el costo de la atención de salud tiene para la gente fue enfatizada durante los grupos focales: “si no hay dinero no se va al médico”, “el médico to primero que pregunta es: ¿quién paga por el?. En realidad, en el sistema de provisión de servicios de salud, actualmente los pacientes pagan tanto las consultas como los remedios. Cuando una persona no puede pagar la consulta, llega hasta empeñar objetos de propiedad: “los remedios son muy caros, y muchas veces tenemos que emprender cosas de valor como anillos, cadenas, planchas, televisor, radio, hasta incluso venderlos”.

A pesar de estas opiniones tan difundidas entre la población la mayoría de los entrevistados definió como **aceptable** (55.2%) el precio de un consulta, mientras un 35.2%, lo considera **caro**. En cambio, el costo del tratamiento prescrito por el personal de salud es considerado **caro** en un 55.2% y **aceptable** en un 36.7%. El costo de los tratamientos resultó, durante las entrevistas abiertas, estar estrechamente asociado a la eficacia del tratamiento; de hecho, la gente percibe que las medicinas más caras son más eficaces que las

baratas. Por otra parte, la opinión acerca del costo parece directamente proporcionada a la eficacia terapéutica percibida, como nos explicó un informante clave durante una entrevista: “es caro, pero cuando uno quiere sanar y sana, es poco”.

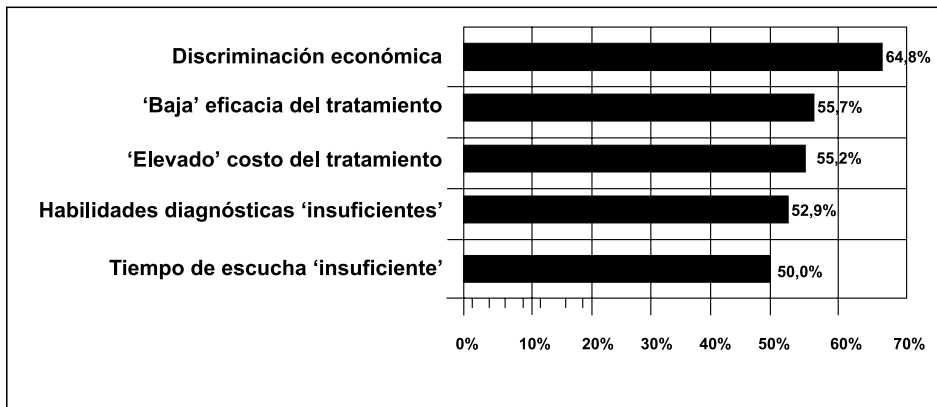
El costo de la atención de salud es uno de los aspectos que la población tiene en cuenta cuando elige el tipo de atención de salud: automedicación casera, curandero, remedios comprados directamente en la farmacia, servicios públicos o privados: “es mejor ir directamente a la farmacia y comprar remedios, más bien que pagar la consulta antes, y pagar las medicinas después”, “si uno no tiene plata, cura igual”, “se puede pagar de acuerdo a to que uno tiene”, “llevarlo al médico es más plata”.

Por otra parte, las modalidades de pago parecen ser muy importantes para la población, ya que en los servicios públicos el precio de la consulta tiene que ser pagado por adelantado, mientras los curanderos y también los médicos privados son más flexibles y a veces aceptan los pagos en cuotas, **gradualmente**, como una especie de sistema de crédito, como revelan discusiones informales con la gente: “si uno no tiene dinero, esperan a que le pagues los

remedios”, “el curandero se puede pagar también con pollo o queso y el curandero deja a conciencia del paciente el costo del pago”.

El cuadro siguiente (Cuadro 3) resume los factores principales que afectan la percepción de los entrevistados acerca de los principales factores de la calidad del servicio de salud.

CUADRO 3. Percepción da la Población Acerca de la Calidad del Servicio de Salud



motivaciones de quejas. Estas informaciones fuerón recolectadas de manera no formal en los grupos focales y a través de la siguiente pregunta abierta: “¿Cuáles son las cualidades de un **buen** trabajador de salud? y “¿Qué es lo que no le gusta en un servicio de salud? cuyas respuestas permitieron establecer el perfil del buen personal de salud, y un listado de quejas. Las opiniones expresadas por la población fueron organizadas en las siguientes categorías principales: El buen trato, en términos de amabilidad, paciencia, comprensión y, en particular, la capacidad de “no enfadarse”, parece ser el primer requisito de un buen médico. También la capacidad de evitar una actitud discriminatoria es una característica saliente tanto en términos de origen social (hacia Collas o Cambas), como de situación socio-económica (hacia pobres o ricos), elementos evidenciado también en grupos focales: “el médico no tiene que ser regionalista... debe tratar igual a Cambas y Collas”. La profesionalidad del personal de salud fue también indicada como una

Estándar de la Calidad del Personal y del Servicio de Salud

Para determinar el nivel y el estándar de calidad de los servicios de salud en la opinión de la población encuestada, se ha intentado identificar tanto las características de un buen trabajador de salud como las más comunes

característica importante con particular énfasis en su habilidades técnicas y diagnósticas. Las habilidades de comunicación, que incluyen el “saber hablar Quechua”, “explicar claramente las prescripciones médicas”, y “saber escuchar al paciente” son otras características necesarias del personal de salud. A través de discusiones informales también fue evidenciado que es muy importante que los trabajadores de salud prescriban yerbas medicinales, comúnmente utilizadas por casi toda la población, para la integración de la así llamada “medicina moderna”. Un buen médico es quien “acepta la medicina natural y la receta a sus pacientes”.

Satisfacción del Usuario

En las 210 viviendas examinadas, se encontraron 93 entrevistados que se enfermaron en el último año, 49 de los cuales acudieron a un servicio de salud público,

mientras las 44 personas enfermas prefirieron solucionar su problema de salud con otras formas de atención médica no pública (automedicación, servicio privado, farmacia, curandero).

La satisfacción del usuario fue evaluada a través de las informaciones proporcionadas por las 49 personas que acudieron a un servicio de salud público en primera o segunda instancia durante el último año. En las preguntas del cuestionario se prefirió no utilizar la forma directa: ¿Está usted satisfecho del servicio de salud? que además ha sido criticada en algunos estudios recién publicados, como el de Meredith (1993). Nos parece que la formulación de la pregunta de esa manera no permite al paciente expresar su opinión de manera correcta. Por lo tanto, el grado de satisfacción de los usuarios ha sido identificado de manera indirecta, analizando sus respuestas a la siguiente pregunta clave: “¿Si tuviera otro problema de salud, volverías al mismo servicio de salud?”.

Casi el 70% de los usuarios volvería al mismo servicio, indicando así que la gran mayoría de los usuarios está satisfecho con la provisión del servicio público de consulta externa, sin embargo, un paciente de cada cuatro (24.5%) expresa insatisfacción, afirmando que no volvería al mismo servicio.

DISCUSION

La percepción de la población sobre la calidad de los servicios de salud y la relación entre los trabajadores de salud y pacientes, ha sido analizada teniendo en cuenta dos dimensiones: la percepción de la calidad de los servicios entre la población y la satisfacción de los usuarios medida directamente a través de su experiencia personal en un servicio público de salud.

La interpretación de los datos permite tener una idea clara de la reputación de los servicios de salud entre la comunidad: la mayoría de la población entrevistada piensa que en los servicios públicos hay discriminación económica hacia la gente perteneciente a un **bajo** nivel socio-económico, pero también hacia personas provenientes del altiplano. No obstante, el dinero marca la diferencia real:

así, un **Colla rico** es mejor tratado que un **Camba pobre**; el dinero parece ser el único valor para garantizar el funcionamiento del sistema local de atención de salud, según una política de auto-financiamiento donde el paciente tiene que pagar la consulta y comprar los medicamentos.

El proceso comunicativo parece estar estrechamente relacionado con la percepción de las actitudes del trabajador de salud y con la discriminación. Ya que la comunicación es un proceso donde intervienen formas verbales y no verbales, el personal de salud no debería hablar solo la misma lengua, sino también el mismo **lenguaje** cultural. Por esto, es muy claro como los antecedentes socio-culturales de ambos, trabajador de salud y paciente, afectan la comunicación; los Collas perciben más, con respecto a los Cambas, que el nivel de comunicación alcanzado con el personal de salud es **insuficiente**. Esto se debe a un rasgo cultural más que a un simple problema de idioma; de hecho, solo el 05% de la muestra poblacional habla únicamente quechua, mientras la gran mayoría puede hablar y entender también el español, que es el idioma comúnmente hablado por los trabajadores de salud. “Hablar difícil” es percibido como un símbolo de pertenencia a un cierto nivel socio-económico. Esto es enfatizado por la gente cuando se refiere a alternativas de atención de salud, como un grupo de estudiantes reveló: “Los curanderos tradicionales y las auxiliares de enfermería nos escuchan porque ellos provienen de la misma clase social...”. “Las barreras sociales y culturales entre la gente y los trabajadores de salud influyen en la comunicación, afectan tanto la comprensión como la aceptabilidad de las explicaciones e indicaciones dadas”. Como se dijo en un grupo focal: “para aceptar el tratamiento, los doctores deben explicar antes nuestro problema de salud...”.

Una incertidumbre similar se puede encontrar respecto a la capacidad diagnóstica de los trabajadores de salud. De acuerdo al punto de vista de la gente, el factor más importante de insatisfacción es precisamente la capacidad diagnóstica de los trabajadores de salud, que es considerada **insuficiente** por más de la mitad de la población entrevistada.

Se encontraron asociaciones entre la percepción de las capacidades diagnósticas y la percepción de la calidad de la comunicación que establece el personal de salud con los pacientes. Parece por tanto que, si el paciente no es escuchado por el trabajador de salud que lo atiende, y si no comprende las indicaciones recibidas, se inclinará probablemente a considerar que el personal de salud no está capacitado para reconocer su enfermedad: la calidad del nivel de comunicación (desde el primer contacto hasta la última consulta) influye en la percepción que la gente tiene sobre la capacidad diagnóstica de los trabajadores de salud.

El uso del marco **occidental** de conocimientos sobre la enfermedad por parte de los trabajadores de salud, puede ser considerado una de las razones que explican la desconfianza hacia sus capacidades diagnósticas. La gente sabe hay algunas enfermedades que se curan con el tratamiento bioquímico occidental y que otras se curan con tratamientos tradicionales. Algunas veces, ambos tratamientos pueden ser utilizados. Si uno falla, la gente se dirige al otro: “cuando el doctor no reconoce la enfermedad, nosotros vamos al curandero...”, “el doctor me dijo que mi enfermedad era incurable y me dio solo tres meses de vida, entonces fui donde el curandero y aquí estoy, bien,, gordo y sonrosado...”. Pero la elección opuesta es también real: “... cuando la enfermedad se pone grave, corremos al hospital...”.

Tanto el costo como el número de medicamentos usualmente prescritos tienen importantes consecuencias: la gente, de hecho, no entiende por qué los doctores recetan muchos y diferentes tipos de medicinas; con frecuencia, el enfermo toma solo el primero o segundo medicamento de una larga lista a causa del alto costo de las medicinas prescritas; además, sucede que si las condiciones de salud no mejoran en corto tiempo, el paciente abandonará el tratamiento y buscará otro tipo de cura (sistema tradicional, médico privado, autocuidado, etc.).

Por otro lado, el costo de las medicinas es una barrera frecuente para que mucha gente complete los tratamientos; la carencia de medicinas en los servicios públicos de salud

puede tener efectos negativos en cuanto a la resolución del problema de salud. Por otra parte, el precio de los medicamentos parece estar relacionado – en la opinión de la gente – con su eficacia. Es una opinión general que “las buenas medicinas son caras... pero las medicinas baratas son menos efectivas que las caras”.

La gente proveniente del altiplano parece más insatisfecha con el servicio público de salud: ella se siente más discriminada y es más proclive a considerar **insuficientes** las capacidades técnicas y comunicativas de los trabajadores de salud: ellos generalmente son escépticos de la eficacia terapéutica de los tratamientos prescritos en los servicios públicos de salud. La lengua materna y el **origen** reflejan la diversidad de modelos culturales coexistentes en ambos distritos: una tercera parte de la población (quechua hablante) comparte antecedentes culturales andinos y tiene sus particulares formas de entender la vida, las relaciones sociales y el proceso salud-enfermedad.

Los migrantes del altiplano y la gente originaria del valle mantienen todavía un **conflicto** histórico que afecta también las relaciones entre los trabajadores de salud y los pacientes. Aunque los trabajadores de salud no pertenecen solo a una cultura específica (son Cambas y Collas), el modelo cultural predominante en el sistema de salud es el **occidental**, donde los trabajadores de salud están involucrados en una visión predominantemente etnocéntrica respecto al proceso salud-enfermedad. Hasta ahora, el Colegio Médico de Santa Cruz persigue a los curanderos tradicionales e indígenas. Consecuentemente, los trabajadores de salud están en conflicto con las creencias y costumbres de los pacientes. Por ejemplo, un médico dijo durante un taller: “los pacientes vienen a la consulta después de haber sido atendidos por un curandero, quien solo les dice ‘burrerías’ que ellos se creen...”.

La gente mira a los trabajadores de salud como personas **distantes** de la realidad local. Por lo tanto, pierde su confianza con el servicio. Con frecuencia, el personal de salud ha estudiado en La Paz, ha sido formado en la

medicina occidental y educado en los valores occidentales, lo cual hace que hablen difícil y piensen diferente. La estructura de salud como un todo ha sido creada con un enfoque vertical, ignorando las expectativas y necesidades de sus usuarios potenciales. Todas estas diferencias crean una **fractura cultural** entre los trabajadores de salud y los pacientes.

Sin embargo, se debe enfatizar que cuando la gente habla en general de los servicios de salud, el nivel de insatisfacción es más alto que en referencia a sus experiencias personales en los servicios públicos. Esto confirma la existencia de una diferencia entre la opinión y la experiencia personal. Esta diferencia fue confirmada por otros estudios realizados sobre la satisfacción del paciente, como ejemplo el de Donabedian (1990).

Asumiendo que la voluntad de regresar o no al mismo servicio público de salud en caso de otra enfermedad, mide la insatisfacción de los usuarios, puede decirse que en este estudio la tasa de insatisfacción es de 24.5%. La experiencia muestra que una tasa de insatisfacción sobre el 20% en la provisión de servicios debe alarmar a todos. Un servicio puede considerarse competitivo con una tasa de insatisfacción inferior al 6% (Horovitz, 1991). Algunos estudios llevados a cabo por el mismo autor respecto a las principales consecuencias de la insatisfacción plantean que un usuario satisfecho cuenta su satisfacción a 3 personas, mientras que un usuario insatisfecho cuenta su opinión a 11 personas. Por lo tanto, la insatisfacción se difunde de manera más rápida y amplia, explicando así la **mala reputación** existente respecto a los servicios públicos de salud.

Por el contrario, la opinión personal es siempre el resultado de una experiencia directa en un servicio público de salud y ella puede o no confirmar la **reputación** general. De todas formas, la gente puede acudir a un servicio público de salud tan solo porque está cerca, a pesar de la mala **reputación** existente. De hecho, la confiabilidad y la eficacia terapéutica no son las primeras razones por las cuales la gente escoge la atención pública de salud.

AGRADECIMIENTOS

El presente estudio fue realizado en el marco institucional de un proyecto de colaboración entre el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Bolivia, la Organización Italiana Cooperazione Internazionale y el International Course for PHC Managers in Developing Countries, Instituto Superiore di Sanità, Italia. Agradecemos mucho al personal de salud de los distritos Norte e Ichilo por sus sugerencias y consejos, y particularmente a todos los que nos manifestaron abiertamente sus percepciones e indicaciones. Agradecemos especiales al personal de Cooperazione Internazionale en Montero y Cochabamba, quienes nos ofrecieron un apoyo logístico excelente tanto para el desarrollo del estudio, como para las pequeñas dificultades cotidianas. Al Dr. Jaime Quinteros, Carmen Villaruel y Rosemary de Plata, enfermeras del Centro de Formación de Auxiliares de Enfermería en Montero, cuya experiencia nos permitió aprender patrones culturales que nos hicieron comprender más a fondo las percepciones de la comunidad. A los jóvenes Dionisio, Elar y Ricardo, que colaboraron en la administración de los cuestionarios. A Mónica Novielli, por su habilidad y amabilidad en enseñar y ayudar en los "secretos del computer". Agradecemos también al Consejo Editorial de la revista *Cadernos de Saúde Pública* por sus útiles comentarios.

RESUMEN

GATTINARA, B. C.; IBACACHE, J.; PUENTE, C. T.; GIACONI, J. & CAPRARA, A. **Percepción de la Comunidad Acerca de la Calidad de los Servicios de Salud Públicos en los Distritos Norte e Ichilo, Bolivia.** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11 (3):, 425-438, jul/set, 1995.

El presente estudio identifica la percepción de la población respecto a la calidad de los servicios públicos de salud en los distritos Norte e Ichilo (Bolivia), enfatizando la relación entre los trabajadores de salud y los pacientes. Se utilizaron métodos cuantitativos

y cualitativos tales como: encuesta, grupos focales, observación directa, entrevistas abiertas con informantes clave y discusiones abiertas con la comunidad. La coexistencia de culturas diferentes y de varios estratos socio-económicos, hace que la relación entre el personal de salud y el paciente se efectúe en un marco multicultural. Los resultados muestran que la reputación de los servicios aquí estudiados está afectada por algunos elementos, tales como las actitudes discriminatorias hacia la gente que pertenece a un nivel socio-económico bajo, problemas de comunicación entre el trabajador de salud y el paciente, la percepción de insuficiente capacidad diagnóstica y terapéutica. La baja capacidad de los servicios públicos de salud para aceptar y reconocer las características interculturales de la región, hace que el desafío a ser asumido por el personal de salud del distrito es el establecimiento de puentes interculturales entre los proveedores de los servicios públicos de salud y los pacientes potenciales, así como entre los diferentes sistemas médicos coexistentes.

Palabras Clave: Salud Pública; Calidad; Percepciones de la Población; Servicios de Salud

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ATKINSON, S. J., 1993. Anthropology in research on the quality of health services. *Cadernos de Saúde Pública*, 9: 283-299.
- BASTIEN, J. W., 1982. Exchange between andean and western medicine. *Social Science & Medicine*, 16: 795-803.
- BORRINI, G., 1991. Participatory rapid appraisal: its application in some urban squatter communities, Salvador, Bahia (Brazil). *La Medicina Tropicale nella Coperazione allo Sviluppo*, 7: 19-30.
- BUZZARD, S., 1984. Appropriate research for primary health care: an anthropologist's view. *Social Science & Medicine*, 19: 273-277.
- DONABEDIAN, A., 1990. *La Qualità dell'Assistenza Sanitaria*. Roma: NIS.
- EISENBERG, L., 1977. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1: 09-23.
- HABERMAS, J., 1976. *Connaissance et Intérêt*. Paris: Gallimard.
- HOROVITZ, J., 1991. *La Calidad del Servicio; a la Conquista del Cliente*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- KLEINMAN, A., 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- _____, 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- _____, 1991. Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15: 275-301.
- LOCKER, D. & DUNT, D., 1978. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Science & Medicine*, 12: 283-292.
- MANDERSON, L. & AABY, P., 1992. An epidemic in the field? Rapid assessment procedures and health research. *Social Science & Medicine*, 35: 839-850.
- MELUM, M. M. & SINIORIS, M. K., 1992. *Total Quality Management*. Chicago: AHA.
- MEREDITH, P., 1993. Patient satisfaction with communication in general surgery: problems of measurement and improvement. *Social Science & Medicine*, 37: 591-602.
- MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. 1993. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9: 239-262.
- PEDERSEN, D., 1991. Evaluación de servicio de salud: el punto de vista de la gente. *Enfoques en Atención Primaria*, 6: 12-22.
- PELTO, P. & PELTO, G., 1992. Developing applied medical anthropology in third world countries: problems and actions. *Social Science & Medicine*, 35: 1389-1395.
- SPATH, P.L., 1992. *Quality Management in Ambulatory Care*, Chicago: American Hospital Association.
- WARREN, P., 1990. *Una Esperienza di Ricerca-Azione nelle Sierras do Oaxaca (México)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- WILLIAMS, B., 1994. Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science & Medicine*, 38: 509-516.