



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

innovating to save lives



an affiliate of Johns Hopkins University

Gestión y Reconocimiento Basado en Estándares

Una guía de campo

Un enfoque práctico para mejorar
el desempeño y la calidad de los servicios de salud

Autores

Edgar Necochea
Débora Bossemeyer

Gestión y Reconocimiento Basado en Estándares

Una guía de campo

**Un enfoque práctico para mejorar
el desempeño y la calidad de los servicios de salud**

**Autores
Edgar Necochea
Débora Bossemeyer**

Jhpiego, una organización afiliada la Universidad de Johns Hopkins, desarrolla asocio a nivel local y mundial para mejorar la calidad de los servicios de atención en salud para mujeres y familias alrededor del mundo. Jhpiego es un líder mundial en la creación de enfoques novedosos y efectivos para el desarrollo de los recursos humanos en salud.
www.jhpiego.org

Publicado por:

Jhpiego
Brown's Wharf
1615 Thames Street
Baltimore, Maryland, 21231-3492, USA

Copyright © 2005 by Jhpiego. Todos los derechos reservados, segunda edición 2007.

Autores: Edgar Necochea
Débora Bossemeyer

Editora: Dana Lewison

Diseño y montaje: Youngae Kim

Traducción al Castellano: Annie Davenport/Gloria Metcalfe

NOTA DE LAS TRADUCTORAS: Aunque sabemos que la mayoría de los trabajadores de salud son mujeres, para facilitar la lectura hemos decidido utilizar el genero masculino en la redacción.

Impreso en los Estados Unidos de América

CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	v
INTRODUCCIÓN	1
Propósito	1
Cómo usar esta guía de campo	2
GESTIÓN Y RECONOCIMIENTO BASADO EN ESTÁNDARES:	
¿QUÉ ES Y POR QUÉ ES ÚNICA?	4
Los cuatro pasos de GRBE.....	4
Por qué la GRBE es única	5
El valor agregado de la GRBE	7
PASO UNO: DEFINICIÓN DE ESTÁNDARES DEL DESEMPEÑO	9
Definir el nivel deseado del desempeño	9
Identificación de los servicios a ser mejorados.....	10
Definición detallada de contenidos y apoyo para procesos seleccionados de entrega de servicio.....	10
Elaboración de los estándares operacionales de desempeño.....	12
PASO DOS: IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTÁNDARES	17
Análisis de la línea de base e identificación de las brechas del desempeño	17
Las causas de las brechas de desempeño	18
Identificación de intervenciones apropiadas para corregir las brechas del desempeño.....	21
Implementación de las intervenciones	22
PASO TRES: MEDICIÓN DEL PROGRESO	25
Tipos de evaluaciones	25
PASO CUATRO: RECONOCIMIENTO DE LOGROS	27
Motivación	27
Incentivos	28
DEFINICIÓN DE LA INICIATIVA DE GRBE	30
Propósito	30
Tipo/rango de los servicios	30
Tipo de establecimientos	31
Cobertura sectorial.....	31
Ambito geográfico	31
Consecuencias del desempeño/incentivos	32
Equipo de reconocimiento.....	32
Apoyo y facilitación	32
Gerencia.....	32

FACILITACIÓN DE LA GRBE	35
El equipo de coordinación de la GRBE.....	35
Equipos de facilitadores de GRBE.....	37
Asesores técnicos.....	39
El equipo de verificación.....	41
GERENCIAMIENTO DEL PROCESO DE CAMBIO	43
Preparación e iniciación.....	44
Fortalecimiento.....	52
Reforzamiento.....	56
FORTALECIMIENTO DE LA DEMANDA Y LA PARTICIPACIÓN.....	62
Obtención de la opinión de clientes y comunidad.....	62
Promoción de los servicios de alta calidad.....	63
Participación en la mejoría del desempeño y la calidad en servicios de salud.....	63
Funcionamiento como una fuente de control de calidad.....	64
EL ROL DE LA COMUNICACIÓN	66
Las tres principales formas de comunicación.....	66
La marca.....	67
EVALUACIÓN DE UNA INICIATIVA DE GRBE	69
Volumen de servicios.....	69
Calidad de servicios.....	70
Eficiencia.....	70
EXPANSIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE GRBE.....	72
Crear una masa crítica de partidarios precoces.....	72
Expandir la iniciativa.....	72
Sostenibilidad de la GRBE.....	73
APÉNDICE: PROGRAMAS DE GRBE EN PAÍSES.....	75
REFERENCIAS SELECCIONADAS	79

AGRADECIMIENTOS

CONTRIBUIDORES

Las siguientes personas han contribuido al desarrollo de esta Guía de Campo con sugerencias importantes y/o experiencias en el campo:

Mirwais Amiri (Afganistán)
Pashtoon Azfar (Afganistán)
Nora Baker (Afganistán)
Julia Bluestone (Jhpiego-Baltimore)
Jotamo Come (Mozambique)
Oscar Cordón (Guatemala)
Kelly Curran (Jhpiego-Baltimore)
Gloria Fajardo (Honduras)
Esty Febiani (Indonesia)
Eneud Gumbo (Malawi)
Francisco Holanda, Jr. (Brasil)
Rafael Joaquim (Mozambique)
Amélia Kaufman (Brasil)
Petula Lee (Trinidad and Tobago)
Ismael Mayar (Afghanistan)
Gloria Metcalfe (Jhpiego-Baltimore)
Escolástica Moura (Brasil)
Lunah Ncube (Sud Africa)
Olga Novella (Mozambique)
Erwin Ochoa (Honduras)
Anne Pfitzer (Jhpiego-Baltimore)
Tsigué Pleah (Jhpiego-Baltimore)
Tambudzai Rashidi (Malawi)
Verônica Reis (Brasil)
Chandrakant Ruparelia (Jhpiego-Baltimore)
Dad Muhammed Shinwary (Afganistán)
Balbina Lemos Silva (Brasil)
Dirleni Silveira (Brasil)
Jennifer Stuart-Dixon (Jamaica)
Evie Vernon (Jamaica)

REVISORES

Rick Hughes
Ashraf Ismail
Maryjane Lacoste
Pamela Lynam
Ronald Magarick
Harshad Sanghvi
Jeffrey Smith

EDITORIA

Dana Lewison

DISEÑO Y EDICIÓN GRÁFICA

Youngae Kim

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

Los autores quisieran reconocer especialmente la colaboración de Michelle Heerey y de Jennifer Bowman del Centro de Programas de Comunicación (CCP) de la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins por la gran cantidad de ideas útiles que proporcionaron para el desarrollo de esta guía de campo.

Expresamos un agradecimiento especial al Proyecto CAPACITY, iniciativa global en el área de recursos humanos para salud financiada por USAID, por haber invertido en la traducción de estos documentos de Jhpiego para los países centro americanos involucrados en G-CAP.

Esta publicación fue hecha posible por la ayuda directa proporcionada en parte por la Oficina de Población y Salud Reproductiva, Oficina para la Salud Global, la Agencia para el Desarrollo internacional (USAID) de los EE.UU. Las opiniones expresadas en este documento son de los autores y no reflejan necesariamente la visión de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los EE.UU.

INTRODUCCIÓN

Hace un tiempo, los autores de esta guía de campo se reunieron con el recién designado Ministro de Salud de un país en vías de desarrollo. Durante la conversación, el ministro describió una de sus primeras experiencias en su nueva posición —unas visitas a varios hospitales en las provincias. Los gerentes y el personal habían sido notificados de la visita del ministro con anticipación e hicieron todo lo posible para asegurar que su hospital brillara para él. El ministro, un médico experimentado, expresó su preocupación de que a pesar de todas las preparaciones para su visita, pudo ver varios aspectos de la atención que no funcionaban adecuadamente. Sin embargo, los proveedores y gerentes parecieron no darse cuenta. Parecían aceptar como normal las deficiencias visibles en la limpieza del hospital, en el flujo del tráfico de personas y en la interacción entre proveedor y cliente entre otros. El ministro mencionó que pudo ver la decepción y tristeza en las caras del personal cuando destacó algunos de estas deficiencias. Reflexionando en su experiencia, el ministro dijo: ¿Cómo pueden percibir estos aspectos si no tienen un patrón de referencia? Se han acostumbrado a su rutina y no tienen estándares de práctica actualizados que puedan guiarlos en sus quehaceres. Decidió entonces que una de sus primeras tareas como ministro sería asegurar que los establecimientos de salud en su país tengan estos estándares. Consideró esta tarea tan importante como la provisión de otro tipo de apoyo como recursos o capacitación.

Este guía de campo intenta apoyar la tarea de mejorar la entrega de servicios de salud utilizando estándares como base para el proceso de mejoría. Esta guía se diseñó para contestar preguntas como: ¿Qué tipos de estándares son realmente útiles para los proveedores y gerentes locales? ¿Cómo se pueden implementar de una manera práctica? ¿Cómo se puede apoyar un proceso de mejoría?

Como el ministro antes mencionado, la mayoría de los gerentes de salud están tratando de mejorar el desempeño y la calidad de los servicios de salud para lograr las metas de atención. Sin embargo los resultados de las iniciativas para mejorar la calidad a menudo han sido limitados o más aun frustrantes. A menudo los trabajadores de salud, quienes tienen sobrecarga de trabajo, ven estos esfuerzos como tareas complicadas y un peso más que tienen que cargar. A las preocupaciones habituales relacionadas con la complejidad natural relacionada con la atención de salud y las limitaciones financieras y gerenciales, se agregan ahora nuevos desafíos como la reforma de salud, cumplimiento de metas globales de salud, nuevas tecnologías, y las expectativas crecientes por parte de clientes sobre la calidad de la atención. Además, en muchos países la epidemia de VIH/SIDA no solamente va creando una carga adicional para los servicios de salud, sino también está diezmando y desmoralizando a los proveedores.

Los esfuerzos para fortalecer y mejorar la atención de salud bajo tales circunstancias pueden ser muy difíciles. Sin embargo, creemos que no siempre es necesario buscar soluciones sofisticadas para lograr mejorías significativas en el desempeño y la calidad de los servicios de salud.

PROPÓSITO

En los últimos años, Jhpiego ha estado trabajando en el campo para desarrollar un enfoque práctico para mejorar el desempeño y la calidad, llamado en esta guía Gestión y Reconocimiento Basado en Estándares (GRBE). Trabajando frecuentemente con organizaciones socias, hemos obtenido resultados muy estimulantes en lograr una atención de salud estandarizada de alta calidad, a través del uso de una metodología puntual y de paso a paso, un gerenciamiento creativo del proceso de cambios, y la participación e involucramiento de los proveedores, clientes y la comunidad en el

proceso de mejoría. El éxito prometedor y el poder inspirador de experiencias como las de PROQUALI en Brasil, la iniciativa para prevención de infecciones Ukhondo Ndi Moyo en Malawi, CaliRed en Guatemala y otros programas han resultado en la petición, por parte de gerentes y proveedores de salud, de una guía práctica para la implementación o la réplica de este enfoque. Esta guía de campo proporciona un marco y una metodología que orienta a los gerentes y personal de los establecimientos de salud para la adaptación e implementación de programas similares en sus propios sitios. El objetivo de esta guía de campo es presentar un proceso paso a paso, unas herramientas prácticas y otros recursos para mejorar el desempeño y la calidad de los servicios de salud utilizando el enfoque de **Gestión y Reconocimiento Basado en Estándares**.

Esta guía está diseñada para los gerentes y proveedores de servicios de salud, tanto en el sector público como el privado. Esta guía también se ha desarrollado para que sea usado por los gerentes de salud a nivel central, provincial, regional o del distrito, que deseen mejorar los servicios que están bajo su responsabilidad. Otros usuarios potenciales de este material incluyen grupos de promoción que representan los intereses en salud de clientes y comunidades, además de organizaciones que brindan asistencia técnica para la mejoría del desempeño y la calidad de atención.

CÓMO USAR ESTA GUIA DE CAMPO

Esta guía está organizada de la siguiente manera:

- **Gestión y Reconocimiento Basado en Estándares: ¿Qué es y cómo es única?** define la GRBE y describe su valor adicional para los gerentes y proveedores de salud.
- **Paso Uno: Definición de los estándares y el desempeño** describe cómo desarrollar estándares operacionales de desempeño para los servicios que necesitan ser mejorados.
- **Paso Dos: Implementación de los estándares** describe cómo determinar cuales son las brechas del desempeño y cómo identificar e implementar las intervenciones para cerrarlas.
- **Paso Tres: Medición del Progreso** brinda ejemplos de diferentes tipos de evaluaciones que se pueden utilizar para medir el progreso y apoyar el proceso de implementación.
- **Paso Cuatro: Reconocimiento de Logros** explica las condiciones que mejoran la motivación y tipos de incentivos que ayudan a los establecimientos a lograr sus metas de desempeño.
- **Definición de la iniciativa GRBE** muestra cómo asegurar que las características de la iniciativa GRBE responde a las necesidades de la institución y a sus programas.
- **Facilitación de la GRBE** explica quién facilita y apoya el proceso y cómo estos recursos deben ser desarrollado.
- **Manejo del proceso de cambios** presenta las actividades necesarias para preparar, fortalecer y reforzar la implementación de la iniciativa GRBE.
- **Fortalecimiento de la demanda y la participación** explica el rol crítico de los clientes y la comunidad en el éxito y sostenibilidad de la GRBE.
- **El rol de la Comunicación** destaca algunas estrategias y métodos clave para aumentar los conocimientos sobre el proceso de GRBE y obtener la participación del público, proveedores y gerentes de salud.
- **Evaluación de la iniciativa de GRBE** describe cómo evaluar un programa de GRBE, enfocando en el volumen, la calidad y eficacia de los servicios.
- **Expansión y sostenibilidad de GRBE** presenta las lecciones aprendidas sobre los desafíos y las oportunidades para asegurar la sostenibilidad de esfuerzos a gran escala de GRBE.

- La matriz en el **Apéndice** incluye descripciones de programas de GRBE implementados en siete países. Ejemplos de herramientas de evaluación y materiales de capacitación usados en estos programas se incluyen en el CD adjunto.

NOTA DE LAS TRADUCTORAS: Todos sabemos que existen mujeres y hombres dedicados al servicio de salud. Para poder leer en forma más fluida, hemos decidido usar el pronombre masculino para representar a ambos géneros —lo que no significa desconocer que la mayoría de los trabajadores de salud son del género femenino.

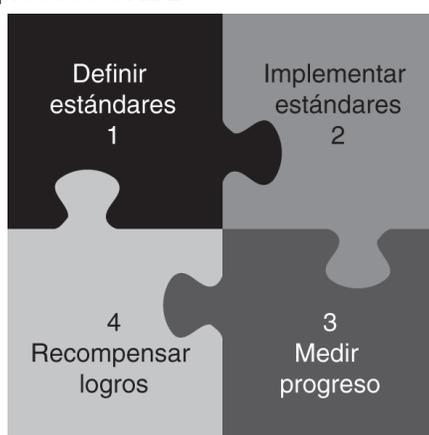
GESTIÓN Y RECONOCIMIENTO BASADO EN ESTÁNDARES: ¿QUÉ ES Y POR QUÉ ES ÚNICA?

LOS CUATRO PASOS DE LA GRBE

La **Gestión y Reconocimiento Basado en Estándares (GRBE)** es un enfoque gerencial para mejorar el desempeño y la calidad de los servicios de salud. Consiste en la utilización sistemática, consistente y efectiva de estándares operacionales de desempeño como la base de la organización y funcionamiento de estos servicios, y la recompensa por el cumplimiento de estos estándares a través de mecanismos de reconocimiento. La GRBE sigue cuatro pasos básicos (**ver Figura 1**):

1. Definición de estándares del desempeño en una manera operacional
2. Implementación de los estándares a través de una metodología dinámica y sistemática
3. Medición del progreso para guiar el proceso de mejoría hacia estos estándares
4. Reconocimiento del cumplimiento de los estándares

Figura 1. Los pasos del proceso GRBE



Los cuatro pasos de GRBE son una adaptación del muy conocido ciclo de Deming para la mejoría de la calidad: **1) planear 2) hacer** (implementar); **3) estudiar** (revisar o medir); **4) actuar**. En la GRBE, estos pasos se han modificado al ciclo: **estandarizar–hacer–estudiar–recompensar**. El propósito de la modificación del Paso 1 es proporcionar a los trabajadores estándares detallados y precisos que solo necesitan ser implementados, reduciendo la necesidad de análisis de los problemas caso a caso y del diseño de planes, simplificando así el proceso de mejoría. La modificación del Paso 4 (Recompensa) pretende ser más que una introducción de ajustes en el proceso de mejoría después de evaluar los progresos, hacia la creación de consecuencias del desempeño en los trabajadores, lo que es esencial para iniciar y manejar los cambios requeridos.

POR QUÉ LA GRBE ES ÚNICA

Existen tres tipos básicos de metodologías para la mejoría de calidad: estandarización, mejoría continua o progresiva de la calidad, y mejoría avanzada de calidad (**ver la Tabla 1**). Cada metodología requiere del involucramiento de diferentes elementos organizacionales y tiene fundamentos, procesos e instrumentos característicos. La GRBE cabe en la categoría de las metodologías de estandarización y no es excluyente de las otras dos, porque cada una puede ser más útil dependiendo de las circunstancias de la organización o del proceso a ser mejorado.

La mejoría progresiva de la calidad basada en problemas puede ser más apropiada en situaciones donde existe una estandarización razonable de los procesos y disponibilidad de los datos requeridos y donde se esperan mejorías específicas de alto impacto. La mejoría avanzada de calidad puede ser la mejor elección cuando se requieren enfoques novedosos. Por otro lado, en la mayoría de los países en desarrollo los servicios de salud no tienen una estandarización básica y por eso la metodología de GRBE puede ser comparativamente más útil y fácil implementar.

Tabla 1. Enfoques del mejoría de calidad

	ESTANDARIZACIÓN	MEJORÍA CONTINUA	MEJORÍA AVANZADA
Organización	Individuos	Equipos de mejoría	Equipos innovadores
Modelo mental	Regularidad	Resolución de problemas	Creación
Proceso	Ciclo de E-H-E-A*	Ciclo de P-H-E-A*	¿Qué sucede si...?
Instrumentos	Planificar el proceso por pasos	Proceso de mejoría continua, comparación con otras similares	Comparación con otras fuera de la industria
Revisión del progreso	Bi-anual	Mensual	Mensual
Ejemplos	GRBE, PESFT*, acreditación, certificación	GCT*, MCC*, Seis Sigma	IMSS* "Series Innovadoras"

Adaptado de: Hacker, Jouslin de Noray, y Johnston, 2001.

*Clave: EHEA = Estandarizar-Hacer-Estudiar-Actuar; PHEA = Planear-Hacer-Estudiar-Actuar; PESFT = Puntos de Entrega de Servicios que Funcionan Totalmente; GCT = Gerencia de Calidad Total; MCC = Mejoría Continua de la Calidad; IMSS = Instituto para el Mejoría de los Servicios de Salud

Las metodologías de estandarización para la garantía de calidad o para propósitos de mejoría en calidad pueden ser utilizadas dependiendo del énfasis puesto en la verificación externa del cumplimiento de los estándares. Las metodologías de la garantía de calidad como acreditación o certificación requieren verificación externa como elemento esencial, lo que puede requerir la creación de una infraestructura compleja y cara, una decisión que muchos países no pueden tomar. Por otro lado, la GRBE pone más énfasis en la verificación interna del cumplimiento de los estándares. Con la GRBE lo más importante es el proceso interno de cambio y por lo tanto se requiere menos infraestructura operacional externa.

La GRBE tiene las siguientes características distintivas:

- Es una propuesta muy puntual que no empieza con la discusión de metodologías de desempeño o calidad en general. Más bien, este **proceso de mejoría se construye sobre un área de contenidos específicos** lo que hace el proceso más concreto y significativo para los

trabajadores de salud en el campo. Normalmente, la actualización de conocimientos, estandarización de destrezas y el desarrollo de estándares operacionales de desempeño sobre aspectos específicos de la entrega de servicios de salud, son el punto de partida del proceso.

- Utiliza un **enfoque proactivo**, que no se concentra en problemas sino en el nivel deseado del desempeño y la calidad que se quiere lograr. Este nivel deseado del desempeño está descrito en términos objetivos como estándares de desempeño, los que se presentan en instrumentos prácticos de evaluación
- Se invierte bastante trabajo durante el desarrollo inicial de los estándares operacionales de desempeño, que muestran en detalle a proveedores y gerentes, no solamente **qué hacer sino cómo hacerlo**. Este enfoque de “receta de cocina” disminuye la necesidad de analizar y rediseñar los procesos durante la fase de implementación. Lo que resulta en la reducción de la carga para los proveedores y gerentes de salud, haciendo el proceso aún más fácil de aceptar y sostener.
- El **elemento motivacional** se considera esencial para el éxito del proceso de GRBE. El reconocimiento de logros en la mejoría de la entrega de servicios es un elemento clave del enfoque. La GRBE asume que los gerentes, proveedores y otros actores clave no adoptan iniciativas de mejoría solo porque tienen sentido, sino porque ven que tienen algo que ganar con la experiencia.
- **La medición continua** es utilizada como un mecanismo para guiar el proceso, informar las decisiones gerenciales y reforzar el momento de cambio. La evaluación y medición es realizada a nivel individual y del establecimiento, creando un sistema de verificaciones múltiples para el proceso. Esta característica es particularmente relevante para los sitios donde la supervisión es débil o no existe.
- El **poder de los clientes y las comunidades** es un elemento importante de la GRBE. Al establecer y diseminar estándares de atención claros y objetivos, la GRBE facilita el empoderamiento de clientes para que actúen como consumidores informados y favorece el asocio entre proveedores de servicios, clientes y comunidades.
- En la GRBE, todos los involucrados en el proceso desarrollan gradualmente **destrezas para el gerenciamiento del cambio**. La metodología de implementación tiene desafíos de varios niveles de complejidad por lo que motiva a los implementadores a poner énfasis en la **acción y en el logro de resultados tempranos** (alcanzando la “fruta más baja” primero) para crear un impulso para más cambios.
- La GRBE activa y refuerza un proceso de **aprendizaje individual y organizacional continuo**, donde los proveedores son motivados a adaptar una variedad de roles dinámicos durante la implementación, evaluando tanto su propio trabajo y desempeño como el de sus pares y sistemas organizacionales.
- La GRBE promueve el desarrollo de **redes de establecimientos**, los que pueden intercambiar experiencias y apoyarse mutuamente en el proceso de implementación y mejoría.
- La metodología de la GRBE se ha concebido para ser totalmente **incorporada en la gerencia cotidiana** de la provisión de servicios de salud. La GRBE no es una metodología de mejoría del desempeño y la calidad para ser implementada solo por unidades o expertos especializados en

calidad, sino que se construye directamente en los procesos gerenciales normales y de entrega de servicios. La calidad por lo tanto pasa a ser una función regular de la organización y una responsabilidad y tarea continua de cada trabajador de salud.

EL VALOR AGREGADO DE LA GRBE

En muchos países, la industria de la salud esta experimentando una significativa transformación diseñada a mejorar su funcionamiento y desempeño y últimamente, el nivel de salud de la población. Esta transformación a menudo llamado reforma del sector de salud, afecta mayoritariamente la manera en cómo se proporcionan los servicios de salud. Algunas características de esta transformación incluyen:

- Énfasis en atención de salud **basada en evidencia**
- Un enfoque de atención de salud más **preventivo e integral**
- Mayor énfasis en el **rol activo de los clientes y comunidades**
- Incremento del énfasis en la **calidad, regulación y confiabilidad** dentro de un ambiente de **eficiencia y control de costos**.
- **Descentralización** de las funciones gerenciales, aumentando así el poder de la toma de decisiones al nivel local.

¿Cómo la GRBE puede apoyar especialmente en el manejo de los desafíos presentados por la reforma de salud?

Uso de evidencia científica, de las mejores prácticas y estándares de desempeño como base en la entrega de servicios de salud de calidad. El conocimiento basado en la evidencia y las mejores prácticas recomendadas no llegan a muchos establecimientos de salud o proveedores por la deficiente diseminación de información. Aún en países desarrollados como los Estados Unidos, los estudios muestran que la atención rutinaria sigue solamente en forma parcial los estándares de atención recomendados. En muchos países en desarrollo, las guías para la entrega de servicios están a menudo en los estantes y no son utilizadas para la provisión diaria de servicios. La GRBE “traduce” materiales científicos y técnicos como las guías y protocolos en **instrumentos operacionales** que contienen estándares de desempeño que pueden ser utilizados como **ayudas de trabajo** o guías por los proveedores y gerentes en su trabajo diario. De esta manera, la GRBE ayuda en la implementación de la atención basada en evidencia y en la diseminación de las mejores prácticas.

Fortaleciendo un enfoque integral en la atención de salud. La mayoría de los enfoques en salud se están apartando de programas verticales y aislados hacia estrategias más integrales y holísticas. La GRBE no se enfoca en aspectos aislados o en problemas de la entrega de servicio sino que se orienta a un grupo de componentes y procesos mínimos que son relevantes en la entrega de “paquetes” de servicios de salud. Este sistema crea oportunidades para construir **plataformas más integradas y sostenibles en la entrega de servicios** y ayuda descubrir sinergias en los procesos de salud. Trabajando en una forma sistemática la GRBE evita encontrar soluciones para aspectos aislados de la atención que crean nuevos problemas en otras áreas.

Promoción de la auto-conciencia e involucramiento de la comunidad y del cliente.

La democratización y el acceso creciente a la información global han levantado la conciencia de la persona común sobre los derechos humanos - incluyendo el derecho a la calidad de atención en salud. Comités locales de salud, grupos de mujeres y comunidades están bien posicionados en

representación de los intereses comunitarios tanto de salud como para ayudar a promover el incremento de recursos para el mejoría de la calidad. El hecho que un mayor número de individuos están pagando por los servicios de salud y que cada vez hay mayor número de opciones donde elegir los pone en una posición con más poder de negociación. La GRBE proporciona una estrategia que se construye con eficacia en este nuevo ambiente y **fortalece a los consumidores de la atención de salud**. La GRBE proporciona medios sistemáticos de información a las comunidades sobre la calidad de atención, poniendo en la práctica indicadores de calidad que cualquier persona de la comunidad puede observar y entender. Además, la GRBE proporciona un rol a las comunidades para que ayuden a definir la calidad real esperada en un establecimiento de salud.

Calidad de atención, regulación y confiabilidad. Diferentes tipos de seguro y sistemas de atención de salud orientados al mercado están en aumento en muchos países. Los equipos financieros de salud y los establecimientos que proporcionan la atención en salud están interesados en obtener la mejor calidad para sus miembros —al menor costo. Mientras los fondos públicos para la atención primaria de salud son insuficientes, más sistemas de servicios de salud pública prueban mecanismos para recuperación de costos-. Simultáneamente, el sector privado va creciendo en numerosos países en desarrollo lo que crea un ambiente de competencia entre proveedores de salud. A medida que estas tendencias se desarrollan, hay una preocupación creciente sobre la necesidad de crear sistemas que aseguren el cumplimiento de estándares adecuados de atención, incluyendo acreditación y certificación de los servicios de salud, para propósitos de regulación y confiabilidad. La GRBE proporciona un mecanismo dinámico para mejorar el desempeño y la calidad de los servicios de salud y también una **puerta de entrada para desarrollar sistemas de garantía de calidad**, promoviendo así una cultura de mediciones continuas del desempeño basadas en estándares objetivos de atención.

Descentralización. En organizaciones de salud del sector público, la descentralización o la transferencia de responsabilidades administrativas y fiscales ha resultado en un aumento del poder para la toma de decisión en el nivel local. Sin embargo, los gerentes locales carecen a menudo del conocimiento esencial y las habilidades para entregar servicios de salud apropiadamente. Además, el financiamiento para la salud no es garantizado completamente por los responsables del nivel central, tampoco los encargados locales tienen la información y el conocimiento para abogar y a cabildear con eficacia para conseguirlo. Las asignaciones del presupuesto hechas en el nivel local a menudo reflejan las prioridades políticas de los que están en el poder y de sus distritos electorales más influyentes. La atención primaria de salud, a menudo considerada una preocupación de mujeres y niños, no tiene con frecuencia el esfuerzo de promoción necesario para asegurar el financiamiento adecuado. La GRBE indica claramente lo que es necesario para la entrega de servicios de salud, los procesos que deben desarrollarse y los resultados que deben alcanzarse. Proporciona un instrumento para **aumentar la capacidad gerencial** y destacar las preocupaciones prominentes de la calidad de atención y para **movilizar recursos en el nivel local**, reduciendo de esta forma, la carga sobre la supervisión externa.

La GRBE no es la única manera posible de enfrentar los desafíos de la mejoría del desempeño y de la calidad, sino que puede ser un mecanismo práctico y poderoso para orientar y fortalecer a proveedores y gerentes locales en el cumplimiento de sus tareas.

PASO UNO: DEFINICIÓN DE ESTÁNDARES DEL DESEMPEÑO

DEFINIR EL NIVEL DESEADO DEL DESEMPEÑO

El primer paso del proceso de la GRBE es **definir, en los términos más claros y objetivos, el nivel del desempeño deseado**. Esto se logra desarrollando estándares operacionales de desempeño para los servicios que necesitan ser mejorados, siguiendo estos principios:

- El enfoque debe mantenerse en el nivel **del desempeño que se desea alcanzar** (una actitud proactiva o visionaria) y no en problemas (una actitud reactiva). En una discusión de problemas que no están referidos al desempeño deseado solo los aspectos más evidentes son identificados y los más importantes pueden ser desestimados. Además, enfocando en los problemas es probablemente desmoralizador para los trabajadores que tienen que enfrentar muchos de éstos en sus actividades diarias, y puede conducir a culparse de manera paralizante.
- Los estándares de desempeño deben ser presentados en una **forma operacional**, contruidos en base a procesos concretos de entrega de servicios. Los estándares de referencia, normalmente incluidos en las guías de entrega de servicios, se estructuran en base a procedimientos técnicos específicos. Por ejemplo, guías técnicas para el manejo de la atención materna, prevención de la transmisión madre a hijo de VIH, planificación familiar o prevención de infecciones. Un único proceso concreto de entrega de servicios puede, sin embargo, integrar todos los aspectos de los procedimientos. Además, esta integración ocurre en un establecimiento con características únicas. Los estándares operacionales de desempeño deben reflejar esta integración concreta del proceso de entrega de servicios.
- Los estándares de desempeño deben mostrar a los proveedores y gerentes no solamente **qué hacer, sino también cómo hacerlo**. Esto significa que los criterios de verificación detallados (aportes/estructura, proceso, e indicadores de resultados) deben ser usados con los estándares de desempeño. Por ejemplo, no es suficiente sólo decir a los proveedores que tienen que realizar una evaluación inicial rápida de una gestante en trabajo de parto antes de ingresarla. Los criterios de verificación de este estándar de desempeño además les dice cómo hacerlo correctamente.
- Los estándares de desempeño deben cubrir **un área completa de entrega de servicios** y no sólo aspectos aislados de ésta. Este enfoque sistémico crea oportunidades para construir infraestructuras para la entrega de servicios más integradas y sostenibles facilitando una sinergia entre los procesos de salud. Por ejemplo, un proceso de mejoría de los servicios de planificación familiar puede estar dirigido solamente a los aspectos específicos relacionados con el conocimiento y las destrezas del proveedor para recomendar un método anticonceptivo. Los estándares operacionales de la GRBE estarán dirigidos, en cambio, a todos los aspectos necesarios en el proceso de entrega de servicios para fortalecer la entrega de planificación familiar en una forma integral, incluyendo aspectos como consejería, visitas de seguimiento, sistemas logísticos, sistemas de información, y prevención de infecciones.

- Los estándares de desempeño deben estar basados en evidencia científica y también deben incorporar las **opiniones de los proveedores, gerentes, y clientes**. Por ejemplo, la privacidad de la clienta durante los procedimientos puede no tener un impacto en el resultado final de procedimiento técnico, pero es importante desde el punto de vista de la clienta. Así mismo, los proveedores pueden tener preferencias según las condiciones locales. Por ejemplo, para lavarse las manos entre pacientes, los proveedores pueden preferir usar soluciones desinfectantes en vez de salir del área de atención para hacerlo en un lavamanos.

El desarrollo de estándares que define el nivel de desempeño considerado deseable incluye:

- Identificar los servicios a ser mejorados
- Definir en detalle el contenido y apoyo de los procesos para la entrega de estos servicios
- Elaborar los estándares operacionales para cada proceso

IDENTIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS A SER MEJORADOS

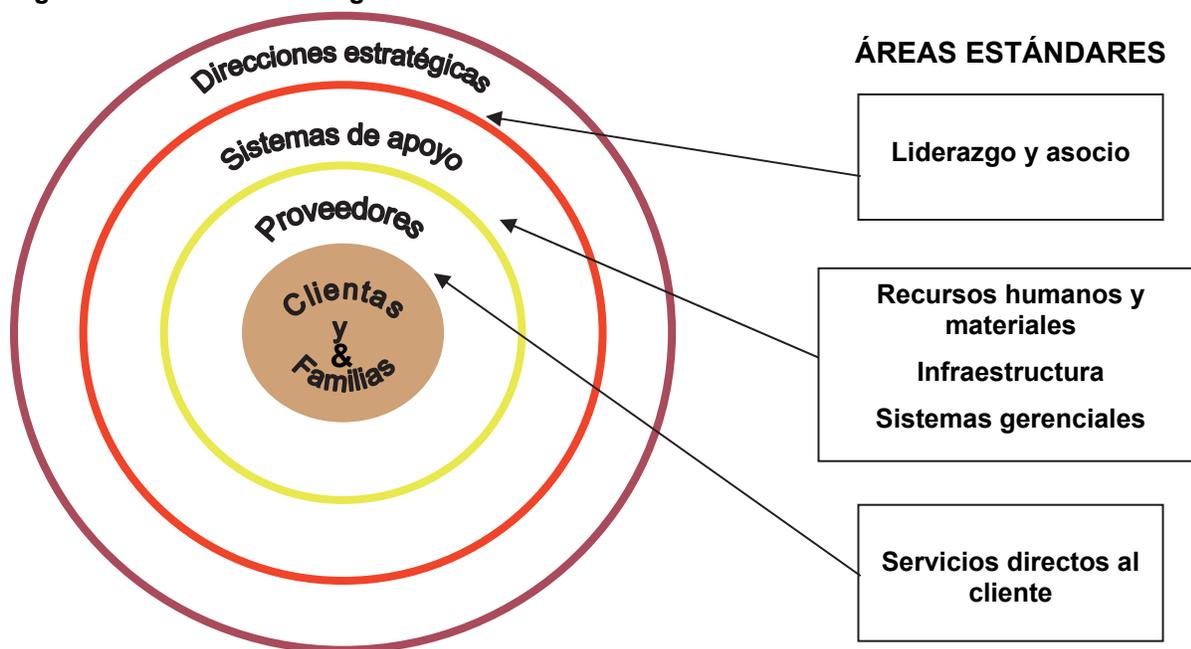
La primera pregunta que una organización debe hacerse es ¿Qué servicios necesitan ser mejorados? ¿Servicios de salud materna y neonatal? ¿Servicios de salud infantil? ¿Servicios de VIH/SIDA? ¿Un paquete de servicios básicos técnicos? ¿Estos servicios necesitan ser mejorados en hospitales de distrito? ¿En establecimientos de atención primaria de salud? ¿En toda la red de servicios? De las respuestas a estas preguntas dependerán las **metas y las estrategias de cada organización de salud**.

Las prioridades en la entrega de servicios de salud son normalmente establecidas a nivel nacional por los ministerios de salud, considerando las principales causas de mortalidad y morbilidad, incidencia de enfermedades, y información económica y financiera. Las organizaciones privadas de salud pueden también incluir consideraciones de mercado como demanda o disponibilidad para pagar al momento de establecer sus metas y estrategias, especialmente si son lucrativas. Debido a la descentralización de los procesos que está ocurriendo en muchos países, las autoridades locales y regionales frecuentemente toman decisiones en relación a metas y estrategias de los servicios de salud. Últimamente, las comunidades organizadas han tenido más influencia en la definición de las prioridades de los servicios de salud. Como se discute en “Definición de la iniciativa de GRBE” (página 30), donde múltiples grupos interesados se involucran en la identificación de los servicios a ser mejorados, se debe desarrollar un proceso sistemático y participativo para lograr consenso y asegurar que todos los grupos contribuyan en una forma más constructiva.

DEFINICIÓN DETALLADA DE LOS PROCESOS CENTRALES Y DE APOYO DE ENTREGA DE SERVICIO SELECCIONADOS

El éxito en la entrega de determinados servicios (identificados en el paso anterior) requiere la implementación paralela de funciones en los diferentes niveles de un establecimiento de salud. Hay tres niveles principales de funciones: **servicios directos a los clientes o funciones centrales** (servicios de prevención, servicios clínicos para enfermedades crónicas y agudas, con interacciones entre proveedores y clientes), **funciones de apoyo** (sistemas gerenciales como recursos humanos, la cadena de suministros y otros, servicios auxiliares, etc.), y **dirección estratégica** (liderazgo estratégico, planificación, alianzas y asocio, etc.). Todas estas funciones son importantes para una entrega de servicios de alta calidad. Sin embargo, debido a su enfoque operacional, la GRBE se concentra en los servicios directos a los clientes y las funciones de apoyo (ver la **Figura 2** para una representación gráfica de estos tres niveles de funciones).

Figura 2. Infraestructura organizacional de los servicios de salud



Adaptado de: El consejo canadiense de acreditación en servicios de salud 1995

Las funciones centrales o servicios directos a ser seleccionados son aquellos esenciales para la entrega efectiva de servicios determinados. Por ejemplo, si el propósito de la iniciativa es mejorar los servicios de salud materna y neonatal, las funciones centrales podrían ser atención prenatal, pre parto y parto, atención post parto y atención del recién nacido, incluyendo en manejo de las complicaciones. Asimismo, los sistemas de apoyo requieren que este grupo de funciones centrales sean identificadas para una implementación exitosa. En el caso de la salud materna y neonatal, algunos ejemplos de funciones de apoyo clave son: banco de sangre, laboratorio, esterilización de instrumentos y otras prácticas de prevención de infecciones, cadena de suministros para drogas y artículos médicos, y educación e información para los clientes.

Mapa del Proceso

Una vez que las funciones centrales y de apoyo a ser mejoradas se han identificado, los procesos involucrados en cada una de estas funciones deben ser comprendidos. Para este propósito, un método llamado **mapa de proceso** es útil. El mapa de proceso ayuda a pensar en una forma rigurosa y metódica sobre los procesos que deben establecerse para el desempeño correcto de las funciones críticas en la entrega de los servicios de salud.

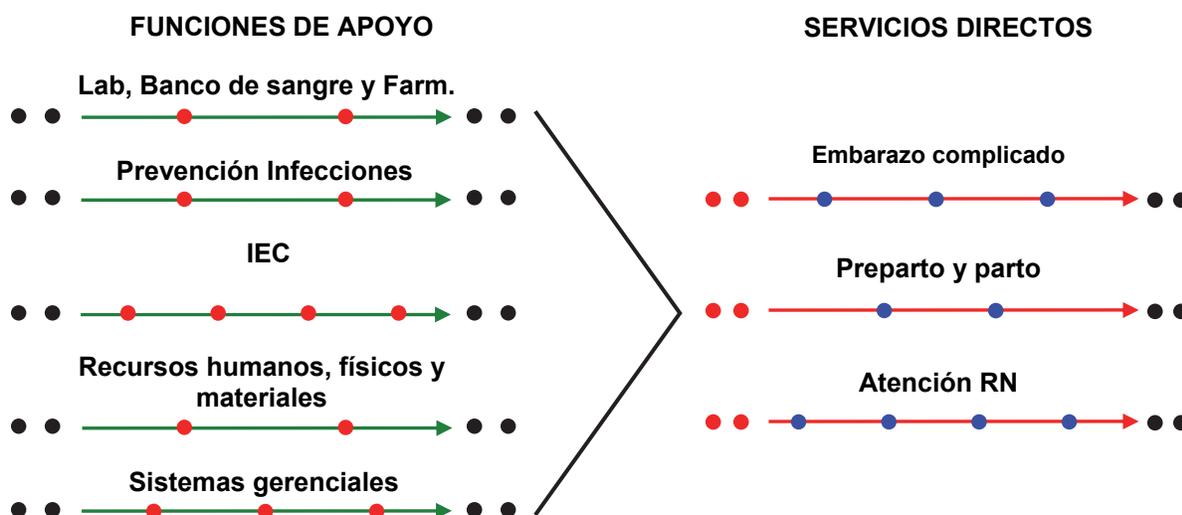
Los mapas del proceso son diagramas que muestran en variados niveles de detalle, qué debería hacer una organización y cómo debería entregar sus servicios. **El mapa debería mostrar los procesos mayores que deben establecerse, sus actividades clave, la secuencia de estas actividades, los aportes, y los resultados producidos.** El mapa de proceso se usa para representar las funciones centrales (o los servicios directos a las clientes) y las funciones de apoyo en la entrega de servicios. Una manera simple de dibujar un mapa de un proceso es un gráfico lineal o secuencial:

APORTES ----- PROCESOS ----- RESULTADOS

Se puede elaborar primero una representación general de los principales procesos para las funciones centrales y de apoyo en la entrega de servicios determinados. Por ejemplo, para los servicios de salud materna y neonatal, se podría tener la siguiente representación general (ver **Figura 3**).

Figura 3. Ejemplo del Mapa un proceso general de funciones centrales y de apoyo

* Los puntos representan los aportes, los pasos de proceso (sobre la flecha) y los resultados.



Ahora, es necesario especificar en detalle los aportes, pasos y resultados de cada proceso. Por ejemplo, para el proceso central de atención prenatal o para el proceso de apoyo logístico de medicamentos, puede ser la siguiente representación:

APORTES (personal, equipamiento/materiales, estructura física requerida)-----PROCESO (pasos a seguir)-----RESULTADOS

Una vez que se han identificado los aportes correctos, los pasos del proceso, y los resultados de las funciones centrales y de apoyo, los estándares operacionales de desempeño pueden ser desarrollados.

ELABORACION DE LOS ESTANDARES OPERACIONALES DE DESEMPENO

Los estándares de desempeño operacionales son las especificaciones o requerimientos para los aportes, pasos del proceso y resultados para cada función central y de apoyo identificados. Estas especificaciones o requerimientos se encuentran en los materiales técnicos de referencia, normas y guías de entrega de servicio. Además, se deben incorporar las opiniones de los proveedores calificados y las expectativas de los clientes, como se detalla en las siguientes secciones.

Cada función central y de apoyo debe tener sus estándares de aportes, procesos y resultados identificados y presentados en una secuencia. Por lo tanto, los estándares de desempeño desarrollados se organizan por funciones centrales y de apoyo en un instrumento de evaluación del desempeño que expresa el nivel de desempeño deseado a ser logrado. Ver **Tabla 2** para ejemplos de estándares de desempeño para la función central de trabajo de parto y parto en salud materna y neonatal, y **Tabla 3** para un ejemplo de un instrumento de evaluación para salud materna y neonatal, mostrando que el total de estándares desarrollados por áreas representan las funciones centrales y de apoyo.

Tabla 2. Ejemplos de estándares de desempeño para trabajo de parto, parto y atención del RN

<p>Aportes</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ El establecimiento tiene el mínimo de recursos humanos necesarios para trabajo de parto y parto durante las 24 horas al día. ■ El área de trabajo de parto y parto tiene una estructura física, mobiliario, y equipamiento apropiado. ■ El área de atención inmediata del RN tiene mobiliario y equipamiento apropiado. ■ El establecimiento tiene un área designada para atención post parto inmediata. ■ La sala quirúrgica tiene un espacio físico y equipamiento adecuado para realizar cesáreas y otros procedimientos obstétricos de emergencia. ■ Los medicamentos para la atención obstétrica esencial están disponibles y accesibles en la sala de pre parto y parto.
<p>Procesos</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ El establecimiento tiene un sistema para realizar una evaluación inicial rápida a la gestante en trabajo de parto para identificar complicaciones y priorizar el ingreso. ■ El proveedor recibe a la gestante en trabajo de parto cordialmente. ■ El proveedor revisa y llena adecuadamente la historia clínica de la mujer en trabajo de parto. ■ El proveedor realiza adecuadamente los exámenes físico, obstétrico y vaginal. ■ El proveedor prepara e implementa un plan de acuerdo a los hallazgos de la historia clínica y del examen físico ■ El proveedor usa el partograma para monitorear el trabajo de parto y ajustar el plan de parto. ■ El proveedor ayuda a la mujer a tener un parto seguro y limpio. ■ El proveedor realiza adecuadamente el manejo activo del tercer periodo del parto. ■ El proveedor realiza adecuadamente la atención del post parto inmediato ■ El proveedor realiza adecuadamente una evaluación inicial rápida y atención inmediata al RN ■ El proveedor elimina adecuadamente los instrumentos usados y los desechos médicos después del parto ■ El proveedor identifica y maneja adecuadamente las complicaciones durante el trabajo de parto y parto ■ El proveedor identifica y maneja adecuadamente la asfixia neonatal.
<p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ El partograma es adecuadamente usado en el 100% de mujeres en trabajo de parto ■ El manejo activo del tercer periodo del parto se realiza en el 100% de los partos. ■ La morbilidad y mortalidad materna y neonatal están dentro de los rangos deseados.

Tabla 3. Ejemplo de un instrumento de evaluación para la atención materna y neonatal (incluye el total de estándares por área)

ÁREAS	ESTÁNDARES
Funciones Centrales	
Complicaciones del embarazo	16
Trabajo de parto, parto, post parto inmediato y atención al RN	27
Funciones de apoyo	
Servicios de apoyo (laboratorio, banco de sangre, farmacia)	24
Prevención de infecciones	18
IEC	5
Recursos humanos, físicos y materiales	23
Sistemas gerenciales	10
Total	123

Sin embargo, la definición de los estándares de desempeño no es suficiente. Los estándares de desempeño operacionales básicamente definen **qué hacer**. El instrumento de evaluación del

desempeño también debe detallar **cómo** alcanzar los estándares, y presentar esta información en una forma objetiva de manera que sea fácilmente seguida y verificada en un formulario de una lista de verificación.

Por lo tanto, en un instrumento de evaluación del desempeño, cada estándar de desempeño tiene un criterio de verificación objetivo, organizado como una lista de verificación práctica, que ayuda a determinar si el estándar se ha cumplido o no. Para facilitar su implementación y la interpretación objetiva de los resultados, los criterios de verificación normalmente usados en el instrumento de evaluación del desempeño tienen una respuesta dicotómica: sí (si la característica observada está presente) o no (si la característica no se observa o se efectúa incorrectamente).

El instrumento de evaluación del desempeño se organiza en cuatro columnas: estándares de desempeño, criterio de verificación, respuestas para el criterio de verificación y comentarios (ver **Tabla 4**).

Tabla 4. Ejemplo de un estándar de desempeño con el criterio de verificación

AREA: ATENCIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO			
Estándar de desempeño	Criterio de verificación	Sí, No, N/A	Comentarios
1. El establecimiento tiene un sistema para realizar una evaluación inicial rápida de la gestante en trabajo de parto para identificar las complicaciones y priorizar el ingreso.	<p>Observe en la sala de registro/admisión, y/o en la sala de emergencias durante un periodo de tiempo necesario que permitir observar más de una mujer en trabajo de parto. Verifique si:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ El proveedor evalúa la prioridad para el ingreso según signos de peligro y no según el orden de la lista de espera. ■ Mientras evalúa cada mujer, el proveedor: <ul style="list-style-type: none"> – Pregunta la duración de su embarazo – Determina si el parto es inminente – Pregunta cómo se sienta y si tiene o ha tenido: <ul style="list-style-type: none"> - Sangrado vaginal - Ruptura de membranas - Convulsiones - Dolor de cabeza severo - Visión borrosa - Dolor abdominal severo - Dificultad para respirar - Fiebre ■ El proveedor da ingreso prioritario si se presenta cualquiera de las complicaciones antes mencionadas o si el parto es inminente ■ El proveedor escribe la información en la historia clínica de la gestante 		

Se usan varios métodos para determinar si se lograron los estándares de desempeño y los criterios de verificación: observación directa de los procedimientos clínicos y de los establecimientos físicos,

entrevistas estructuradas con proveedores y gerentes, y revisión de las fichas clínicas o administrativas. Se incluyen en el instrumento de evaluación las instrucciones en el método de verificación para cada estándar de desempeño. Abajo se presentan las guías para utilizar métodos de recolección de datos.

GUÍAS PARA MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuando use observación directa estructurada:

- Preséntese y explique la razón de la evaluación
- Use el instrumento de evaluación para guiar la observación
- NO proporcione retroalimentación durante la evaluación
- Sea objetivo y respetuoso durante la evaluación

Cuando efectúa revisión de documentos:

- Preséntese y explique la razón de la evaluación
- Identifique las fuentes correctas de información (por ejemplo; formularios administrativos, archivos estadísticos, expedientes, etc.).
- Revise los documentos utilizando el instrumento de evaluación
- Pregunte a los responsables de las áreas para completar y/o clarificar la información
- Sea objetivo y respetuoso durante la evaluación

Cuando se conduce entrevistas estructuradas:

- Preséntese y explique la razón de la evaluación
 - Identifique el personal que normalmente realiza estas actividades o procedimientos
 - Entreviste al personal utilizando el instrumento de evaluación
 - Investigue para llegar a la información precisa; no asuma respuestas
 - Pida al personal mostrar documentos, equipamientos o materiales según sea apropiado
 - Sea objetivo y respetuoso durante la evaluación
-

Un estándar de desempeño es logrado cuando se cumplen todos sus criterios de verificación. Luego, se determina cuántos estándares se han logrado y se expresan en un puntaje (números absolutos y/o como un porcentaje del total). Para facilitar la presentación de los resultados, el instrumento de evaluación incluye formularios de resumen que muestran el número/proporción de estándares cumplidos por área y en total. La **Tabla 5** es un ejemplo de un formulario que resume los resultados de la consejería y prueba del VIH.

Tabla 5. Ejemplo de un formulario de resultados

ÁREAS	TOTAL ESTÁNDARES POR ÁREA	ESTÁNDARES LOGRADOS	
		Número	Porcentaje
Grupo de educación pre-prueba	6		
Consejería uno-a-uno pre-prueba	7		
Prueba de VIH	9		
Consejería uno-a-uno Post-prueba	12		
Sistemas de apoyo para la Consejería y prueba	11		
Total General	45		

El instrumento de evaluación del desempeño presenta estándares de distintos niveles de complejidad. Como se muestra más adelante, los desafíos estrictos pero alcanzables motivan a los

que están involucrados en el proceso. Y los menos complejos, “la fruta más baja”, crean oportunidades para éxitos tempranos, lo que también motiva a los trabajadores de salud.

Ejemplos de instrumentos de evaluación utilizados en distintos programas y países se encuentran en un CD-ROM que acompaña a esta Guía de Campo. Estos programas fueron desarrollados siguiendo el proceso descrito en esta Guía. Gerentes y proveedores pueden encontrar más fácil revisar y adaptar estos instrumentos a sus situaciones específicas en lugar de desarrollar nuevos instrumentos desde cero.

PASO DOS: IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTÁNDARES

Después de haber desarrollado los estándares operacionales de desempeño, la próxima tarea —la más importante— es ponerlos en marcha. El proceso de poner los estándares de desempeño en ejecución es directo. Primero, es necesario conocer cómo los servicios se están entregando actualmente, comparado con el desempeño deseado, e identificar si hay deficiencias en el desempeño y, si es así, cuáles son estas brechas. Luego, se examinan las causas potenciales de esas brechas e identifican intervenciones para corregirlas. Finalmente, se implementan las intervenciones.

ANÁLISIS DE LA LÍNEA DE BASE E IDENTIFICACIÓN DE LAS BRECHAS DEL DESEMPEÑO

Un análisis de la línea de base se conduce utilizando el instrumento de evaluación para mostrar cómo se están desempeñando los servicios. Durante este análisis, se determina cuáles estándares están logrados y cuáles no, y si todos los criterios de verificación para cada estándar están presentes. Cuando se documentan los hallazgos en el instrumento de evaluación, el evaluador debe no solamente determinar si se ha cumplido el criterio de verificación, sino también si ha usado el espacio para comentarios, documentando cualquier detalle que desde luego pueda ayudar a identificar las causas de las brechas.



Foto por: Lucy Ramirez

Análisis de los resultados de la línea de base, Mozambique

Los resultados del análisis de la línea de base se presentan cuantitativamente: número de estándares logrados y porcentaje de éstos en relación al total. Esta presentación cuantitativa de los resultados (puntaje) ofrece una base para el futuro monitoreo de las actividades (ver **Tabla 6**).

Tabla 6. Ejemplo del Formulario de Resumen con los Resultados de la Línea de Base

ÁREAS	TOTAL DE ESTÁNDARES POR ÁREA	ESTÁNDARES LOGRADOS	
		Número	Porcentaje
Grupo de educación pre-prueba	6	4	67
Grupo de consejería pre-prueba	7	5	71
Prueba del VIH	9	8	89
Consejería uno-a-uno Post-prueba	12	6	50
Sistemas de apoyo para la consejería y prueba	11	8	73
Total general	45	31	69

Los estándares no logrados constituyen las brechas en el desempeño. Los criterios de verificación en el instrumento de evaluación mostrarán si estos estándares están completamente o parcialmente perdidos, facilitando así la identificación de las brechas y sus correspondientes intervenciones. Como en el ejemplo de resultados de la línea de base en la **Tabla 6**, es posible tener una “fotografía” de la magnitud de las brechas totales por área y en general y, presentar los resultados de la línea de base como porcentajes.

LAS CAUSAS DE LAS BRECHAS DE DESEMPEÑO

¿Cuáles son las causas más frecuentes de las brechas en el desempeño? Tres condiciones influyen en el desempeño: capacidad, oportunidad y motivación. Existe capacidad cuando el proveedor **sabe qué hacer**, es decir, posee la información, conocimiento y destrezas para efectuar su trabajo. Oportunidad significa que el proveedor **puede hacer** su trabajo, es decir tiene los recursos y herramientas apropiados para este propósito. La motivación esta presente cuando el proveedor **quiere hacer** el trabajo; la motivación se relaciona con la energía interior para cumplir una tarea. Estas tres condiciones deben estar presentes en una forma equilibrada —ninguno de los factores debe ser ignorado, omitido ni sobrevalorado para lograr el desempeño deseado (ver **Figura 4**).

Figura 4. Las influencias en el desempeño



En cada una de estas tres áreas hay factores que se relacionan con los proveedores individuales y otros que corresponden al ambiente donde trabajan. Esta distinción es importante porque a menudo la mayoría de las variables del desempeño se relacionan con el clima organizacional. Por ejemplo, en el área de la capacidad, tener el conocimiento y las destrezas correctas es algo que corresponde al proveedor individual, pero proporcionar la información correcta sobre el ambiente del trabajo, las expectativas del desempeño y la retroalimentación en el trabajo corresponden al nivel organizacional. De forma similar, en el área de la oportunidad, la provisión de recursos y herramientas es responsabilidad de la organización, pero cada proveedor individual tiene diversos niveles de capacidad física, mental y emocional de producir. Asimismo, la motivación es un factor intrínseco que corresponde a cada individuo, pero proporcionar los incentivos correctos para reforzarla es una responsabilidad organizacional. Las causas de las brechas identificadas con el instrumento de evaluación del desempeño durante el análisis de la línea de base corresponderán muy probablemente a una de las seis categorías identificadas por Gilbert (1996) o a una combinación de ellas (ver **Figura 5**).

Figura 5. Los Factores del Desempeño de Gilbert

	Capacidad	Oportunidad	Motivación
Ambiente	Información	Recursos	Incentivos
Individual	Conocimientos	Habilitación	Motivación

Adaptado de Gilbert 1996.

Métodos para identificar las causas de las brechas en el desempeño

¿Cómo se puede conocer el factor, entre todas las causas potenciales, que crea las brechas? Hay distintos métodos que ayudan con esta tarea. El análisis de causas puede comenzar con los métodos más simples, menos costosos y menos estructurados.

El enfoque más simple es hacer la pregunta directamente. ¿Cuál es la causa de esta brecha? Esta pregunta puede ser hecha a uno mismo, a los colegas o a los expertos. Las técnicas que ayuden en este caso son la intuición, trabajo en redes y experiencia de expertos (ver las definiciones abajo).

A veces no es posible obtener una respuesta útil a la pregunta directa y se necesita identificar y examinar un rango de posibilidades. Las técnicas como lluvia de ideas, técnica de grupos nominal, diagramas de espina de pescado, análisis fuerza de campo- y flujogramas ayudan a explorar sistemáticamente un número de causas potenciales vinculadas a la brecha del desempeño. Otras técnicas, como el gráfico de funcionamiento o el gráfico de Pareto, que requieren el uso de datos, permiten establecer conexiones de causas potenciales con otros eventos temporales o con la frecuencia de la ocurrencia. (Véase más adelante para una breve descripción de estas técnicas.)

TÉCNICAS MENOS ESTRUCTURADAS PARA EL ANÁLISIS DE CAUSAS

Intuición: Es el conocimiento inmediato de algo sin el uso consciente del razonamiento. La mente puede capturar las variaciones o los detalles pequeños que no parecen importantes, pero que de hecho puede ser la llave para solucionar un problema. Parece ser un rasgo altamente personal y no todos lo tienen.

Trabajo en redes: Es una técnica que demuestra que no es necesario repetir el mismo tipo de análisis cada vez que se observa la misma brecha del desempeño. El hablar con otros que enfrentaron los mismos o similares problemas y los superaron puede ser útil.

Experiencia: No puede ser enseñada, se adquiere solo con el aprendizaje. Una forma de obtener beneficio de la experiencia de otros es consultar a expertos o a grupos de expertos. Para obtener una buena orientación en una situación específica y evitar sesgos, es importante consultar varias opiniones.

Lluvia de ideas: Permite la generación de una gran cantidad de ideas en un tema, sin crítica o juicio de ellos.

Técnica de trabajo nominal: Permite que un equipo llegue rápidamente a un consenso en la importancia relativa de causas ordenándolas por categorías individualmente y reuniendo los resultados.

Diagrama de espina de pescado: Presenta en forma gráfica todas las causas posibles relacionadas con una situación o condición para ayudar a revelar sus causas raíz.

Análisis fuerza de campo: Ayuda a identificar las fuerzas o los factores a favor de o en contra de la solución de una causa

Flujograma: Facilita la comprensión de un proceso identificando sus eventos y su secuencia.

Gráfico de funcionamiento: Permite que un equipo estudie los datos observados por tendencias o patrones en un período del tiempo especificado, usando un gráfico lineal simple.

Gráfico de Pareto: Ayuda a centrar los esfuerzos en las situaciones que ofrecen el mayor potencial de mejoría, demostrando su frecuencia relativa o tamaño en un gráfico de barra descendiente (80/20 regla: 80 por ciento de las brechas del desempeño se deben al 20 por ciento de las causas).

Las ventajas de las técnicas menos estructuradas son que son más rápidas, permiten la detección de situaciones ocultas y permiten al usuario de la técnica alcanzar conclusiones abstractas. Sus desventajas son que son propensas a la subjetividad, es difícil capacitar a otros en su uso porque dependen de características personales, requieren familiaridad con el tema y tienen una probabilidad más alta de fallar. Sin embargo, estas técnicas pueden ser muy provechosas para intentar encontrar las causas de las brechas identificadas.

En algunas situaciones, la identificación de la causa de una brecha del desempeño requiere de un análisis especializado y sofisticado. Esto se puede hacer usando técnicas más estructuradas que exploren más rigurosamente la relación entre una causa potencial sospechada y la brecha del desempeño. Los métodos como análisis del cambio, análisis de la barrera, análisis de los eventos y factores causales, o los diagramas del árbol pueden ser provechosos para este propósito pero pueden requerir de ayuda especializada. (Ver más adelante para una breve descripción de estas técnicas.)

TÉCNICAS MÁS ESTRUCTURADAS PARA UN ANÁLISIS DE CAUSAS

Análisis de cambios: Consiste en examinar sistemáticamente el efecto de un cambio en un sistema (por ejemplo, la introducción de un nuevo procedimiento clínico, o de nuevo personal).

Análisis de barrera: Se conduce para analizar el comportamiento de las barreras diseñadas para prevenir eventos no deseados (por ejemplo, las barreras de seguridad diseñadas para prevenir accidentes durante la anestesia).

Análisis de los eventos y factores causales: Se realiza para examinar la secuencia y cronología de los eventos y las condiciones resultantes relacionadas (por ejemplo, análisis de las muertes maternas intra-hospitalarias).

Diagramas del árbol: Es una muestra gráficas de un evento, de cada uno de sus factores contribuyentes, y las causas que alternadamente conducen a los factores contribuyentes, como un árbol que se ramifica sucesivamente, hasta que se encuentran los factores contribuyentes finales.

Las ventajas de las técnicas más estructuradas son sus definiciones más claras del proceso que está siendo analizado, se puede repetir, una documentación mejor y más disponible de la literatura que los describe. Las desventajas son la capacitación, requerimientos de tiempo y costo, y la posibilidad de obtener resultados influenciados por los métodos usados o los sesgos introducidos por su estructura

Se puede identificar la causa o las causas de las brechas del desempeño observadas usando una combinación de técnicas, comenzando con las más fáciles. Al analizar las causas de las brechas, es necesario saber que hay diversos niveles de causas:

- **Síntomas:** No son realmente las causas; son manifestaciones de algo incorrecto. Por ejemplo, si el equipamiento para esterilización en un hospital no funciona, el síntoma es la falta de materiales y equipos médicos esterilizados. Los síntomas se pueden remediar con **arreglos rápidos**. En el ejemplo presentado, el equipamiento y el material se podría enviar a otro hospital para ser esterilizados.
- **Causa aparente:** Es la razón inmediata u obvia de una brecha. Siguiendo el ejemplo anterior, la causa evidente es que el equipamiento de esterilización no funciona. La solución sería reparar el equipamiento. Las causas evidentes se pueden solucionar con **medidas correctivas**.

- **Causa raíz:** Es la razón más básica de una brecha del desempeño. En el ejemplo arriba, la causa raíz puede ser que el equipamiento de esterilización no está funcionando correctamente y no recibe mantenimiento apropiada. Solo la eliminación de la causa raíz **prevendrá que la brecha reaparezca.**

Conseguir la causa raíz es con frecuencia un proceso del ensayo y error, y a menudo es difícil saber las causas verdaderas de una brecha. En estos casos, es importante actuar sobre las causas evidentes e incluso los síntomas. Las medidas correctivas y los arreglos rápidos pueden ayudar a obtener resultados rápidos y visibles y a crear el impulso para el cambio.

IDENTIFICACIÓN DE INTERVENCIONES APROPIADAS PARA CORREGIR LAS BRECHAS DEL DESEMPEÑO

Una vez que las causas de las brechas del desempeño se han identificado, el paso siguiente es decidir cuáles son las intervenciones apropiadas para corregir o para eliminar estas causas. A continuación se presentan algunas de las intervenciones orientadas a las brechas relacionadas con la capacidad, la oportunidad y la motivación:

- **Capacidad:** Cuando al trabajador le falta conocimiento y/o destrezas para realizar las tareas, o carece la información sobre la tarea, incluyendo comunicación de las expectativas del desempeño o de retroalimentación del trabajo hecho, la respuesta apropiada es implementar **intervenciones de aprendizaje, proporcionar información de la tarea o dar retroalimentación.**
- **Oportunidad:** Cuando al trabajador le faltan las herramientas y/o los recursos para hacer las tareas, o las tareas o los trabajos están mal organizados, o no corresponden a las capacidades del trabajador, las intervenciones apropiadas serían **proporcionar recursos, redistribuir la carga de trabajo, o reajustar los procesos del trabajo**
- **Motivación:** Cuando al trabajador le falta motivación para realizar el trabajo, o no existe un sistema significativo de consecuencias del desempeño, la intervención apropiada sería **mejorar la motivación o crear un sistema de consecuencias del desempeño, incluyendo incentivos, alineados con las metas del desempeño definidas**

Tabla 7 muestra en más detalles las características de las intervenciones que se pueden implementar en respuesta a las causas específicas identificadas.

Tabla 7. Ejemplos de intervenciones por factor de desempeño (tipo de causa)

TIPO DE CAUSA	EJEMPLO DE LA INTERVENCIÓN
Relacionada con la Capacidad	
Falta de información	<ul style="list-style-type: none"> ■ Crear estándares para el trabajo/desempeño ■ Definir las expectativas del desempeño/trabajo ■ Comunicar las expectativas del desempeño/trabajo ■ Proporcionar retroalimentación ■ Proporcionar ayudas de trabajo (incluyendo la utilización de información tecnológica)
Falta de conocimientos y/o destrezas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aprendizaje en base de experiencia (internado, asignación a un equipo) ■ Capacitación en servicio / estructurada ■ Ejercicios de simulación o juegos de roles ■ Capacitación en aula o práctica en laboratorio (talleres, seminarios, práctica de destrezas con modelos anatómicos) ■ Auto-didáctica o aprendizaje a distancia (instrucción programada con materiales impreso, sistemas de aprendizaje multimedia) ■ Tutoría de un colega experimentado o de un supervisor
Relacionada con Oportunidad	
Falta de recursos y/o materiales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Proporcionar recursos (tiempo, herramientas, equipamiento, personal, procedimientos) ■ Proporcionar apoyo gerencial y técnico (supervisión, monitoreo regular, y sistemas de apoyo)
Habilitación inadecuada	<ul style="list-style-type: none"> ■ Selección de personal (la persona correcta para la tarea correcta) ■ Redistribución de responsabilidades/cargas ■ Eliminación de las interferencias de tareas ■ Rediseñar los procesos de trabajo
Relacionada con Motivación	
Falta de incentivos	<p>Proporcionar incentivos o consecuencias del desempeño:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Retroalimentación ■ Tener informes positivos archivados ■ Reconocimiento social (ceremonias, certificados, premios simbólicos, mejoría del estatus) ■ Oportunidades para desarrollo profesional ■ Premios materiales (promociones, retributos monetarios basados en desempeño, bonos) ■ Proporcionar recursos adicionales
Falta de motivación	<p>Fortalecimiento de la motivación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Destacar el impacto de acciones y desempeño con el valor del trabajo ■ Oportunidades para el desarrollo personal ■ Seguridad del trabajo ■ Desafíos rigurosos pero alcanzables ■ Competencia saludable ■ Oportunidades para lograr los resultados

Adaptado con permiso de: Stolovitch HD y EJ Keeps. 1999. Getting Results Through Performance Consulting. Copyright©1999 Harold D. Stolovitch y Erica J. Keeps.

IMPLEMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

La puesta en práctica de intervenciones comienza con el desarrollo de planes operacionales. Estos planes son herramientas relativamente simples que destacan cuáles son las brechas y causas que necesitan ser eliminadas, la intervención específica que se conducirá, las personas responsables, el plazo para la tarea y cualquier ayuda especial que puedan ser necesaria. La identificación de las

personas responsables y la determinación del plazo son extremadamente importantes porque permiten un seguimiento más eficaz de las actividades incluidas en el plan. Los equipos de proveedores/gerentes del establecimiento que trabajan en las diversas áreas de entrega de servicio deben desarrollar planes operacionales después de que hayan conducido su análisis de la línea de base. Una muestra de un formulario para el plan operacional se muestra en la **Tabla 8**.

Tabla 8. Ejemplo de Formulario del Plan Operacional

BRECHA/CAUSA	INTERVENCIÓN/ACCIÓN	RESPONSABLE	APOYO	PLAZO

Durante la fase de implementación es importante considerar los puntos importantes que siguen:

- El proceso de mejoría es iniciado generalmente por un grupo pequeño de **agentes de cambio y de campeones comprometidos**. Es muy infrecuente encontrar un amplio apoyo para una nueva iniciativa de mejoría. Al contrario, es más típico encontrar resistencia y escepticismo (“no hay tiempo, no hay recursos...”) producto de las experiencias frustrantes de los proveedores en el pasado. Es por lo tanto clave identificar a campeones comprometidos para la iniciativa e incluirlos en los esfuerzos iniciales de la mejoría. Además, será importante seleccionar y preparar a un grupo de agentes de cambio que pueden actuar como facilitadores para los esfuerzos de la mejoría (Vea “Facilitación de la GRBE” en la página 35, un proceso sugerido para la selección y capacitación de facilitadores.)
- La implementación se basa en **la acción en equipo**. La mayoría de los procesos de la entrega del servicio no dependen de las acciones de proveedores individuales; son el resultado de los esfuerzos del equipo. Es por lo tanto importante ampliar al grupo de gente comprometida más allá de los campeones iniciales. Los equipos se pueden organizar por área o por proceso específico de la entrega de servicio. Cada equipo del área debe analizar los resultados de la evaluación del desempeño, desarrollar un plan operacional consecuente e implementar y monitorear las actividades de mejoría.
- Es deseable trabajar con las **redes de servicios**. Poner procesos de mejoría en ejecución es una tarea más difícil para una persona que trabaja sola. El trabajo en redes de los servicios o establecimientos similares, que pueden intercambiar experiencias y proporcionar la ayuda mutua, favorece generalmente el logro de cambios positivos.
- El proceso acentúa la **acción de la base y el involucramiento de clientes y comunidades**. Un propósito dominante del proceso de la GRBE es proporcionar a los trabajadores de salud local y a los clientes y comunidades que atienden, con herramientas prácticas que los fortalece y aumenta su control sobre el proceso de entrega de servicios de salud. Los clientes y comunidades no son vistos como recipientes pasivos de las actividades de la salud sino como socios esenciales en el proceso de la atención. Los representantes de los clientes y de la comunidad deben participar al máximo posible, de los equipos, de los planes y de las actividades de mejoría.

- Es importante recordar que las **destrezas para el gerenciamiento del cambio** se desarrollan gradualmente. Comenzar el proceso enfocando en las áreas de menor resistencia evita que el personal se desmoralice al comienzo por la complejidad de los desafíos que se enfrentan. El comenzar de esta manera, aprovechando la “fruta más baja,” ayuda a obtener resultados rápidos que motivan y refuerzan a los equipos locales, desarrollan sus destrezas para el gerenciamiento del cambio, aumentan la visibilidad de la iniciativa y crean el impulso para el cambio. Las intervenciones rápidas e incluso los arreglos rápidos pueden ser provechosos al principio del proceso.



Foto por: Escolastica Moura

- Cuando se requiere ayuda externa adicional para intervenir en algunas brechas del desempeño, esta debe ser proporcionada dónde y cuándo sea requerida por los equipos locales (asistencia técnica “justo a tiempo”). Durante el proceso de mejoría, los establecimientos de salud y los trabajadores individuales deben tener acceso a diversos tipos de asistencia técnica para identificar las causas de las brechas del desempeño así como para diseñar e implementar las intervenciones apropiadas. Sin embargo, esta ayuda se debe proporcionar en todo lo posible, a petición del nivel local. Los equipos locales conocedores de sus necesidades de asistencia técnica pueden solicitarla y utilizarla más con eficacia y eficiencia.

Asistencia técnica “Justo a Tiempo” de PROQUALI en Brasil

PASO TRES: MEDICIÓN DEL PROGRESO

La medición continua del progreso se usa como un mecanismo para dirigir el proceso, informar decisiones gerenciales y reforzar el impulso para el cambio. Con la medición continua, los gerentes, los proveedores e incluso las comunidades organizadas pueden supervisar el proceso, determinar el éxito de intervenciones, identificar brechas resistentes e introducir ajustes necesarios a sus planes. La medición también proporciona metas cuantitativas a gerentes y a proveedores. Un progreso sostenido de logros en metas cuantitativas tiene un efecto importante en la motivación de aquellos involucrados en el proceso de mejoría.

TIPOS DE EVALUACIONES

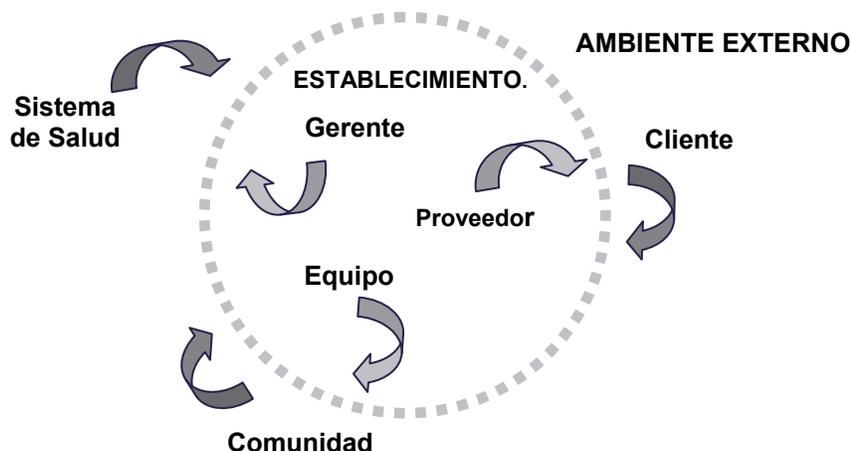
La medición continua está basada en la implementación periódica de evaluaciones de seguimiento utilizando el instrumento de evaluación del desempeño. Las evaluaciones pueden tener varias formas:

- **Auto evaluaciones** son conducidas por los proveedores individuales sobre su propio trabajo. Los proveedores utilizan el instrumento de evaluación del desempeño como una ayuda de trabajo para verificar si están siguiendo los pasos estandarizados recomendados durante la entrega de atención. Estas evaluaciones pueden realizarse tan frecuentemente como se desee o se necesite
- **Evaluaciones internas** son implementadas internamente por el personal. Pueden ser **evaluaciones en pareja**, donde el personal del establecimiento usa el instrumento de evaluación para determinar el trabajo de una y otra persona, o **evaluaciones de monitoreo internas**, donde los gerentes o los proveedores utilizan el instrumento más extensamente para determinar periódicamente los servicios que han mejorado. Se recomienda que esta última evaluación sea hecha cada 3-4 meses.
- **Evaluaciones externas** son implementadas por personas externas al establecimiento. Los ministerios centrales/regionales del nivel del distrito de la salud, el personal de gerencia de las organizaciones privadas de salud u otras personas autorizadas conducen generalmente estas evaluaciones. Pueden ser **supervisión facilitadora** cuando el propósito de la visita y de la evaluación es proporcionar apoyo en la identificación de las brechas del desempeño y de las intervenciones, o **evaluaciones de verificación** cuando el propósito de la visita es confirmar el cumplimiento de los estándares de atención recomendados para efectos del reconocimiento. En el caso de evaluaciones de verificación, es deseable que los representantes de los clientes y de las comunidades atendidas estén involucradas en el proceso de una manera apropiada. Por ejemplo, podrían tener representantes en el equipo que conduce la evaluación del establecimiento. Aunque la retroalimentación de los clientes (proporcionada durante o después de la entrega de servicios) no es una forma de evaluación, puede ser considerada como parte de los aportes externos al desempeño del establecimiento y tomado en cuenta por los proveedores y gerentes.

Estos diversos tipos de evaluaciones en varios niveles crean un sistema de fuentes múltiples de apoyo y control para el proceso, que se puede llamar **un sistema de supervisión multidimensional** (ver **Figura 6**). Este sistema asume que no hay mecanismo de apoyo perfecto. Por lo tanto, construye redundancias o mecanismos de respaldo para permitir diversas perspectivas y continuidad del monitoreo y apoyo al proceso. Esta clase de sistema de supervisión, confiando en múltiples

mecanismos, internos y externos al establecimiento, funcionando simultáneamente, es también más sostenible.

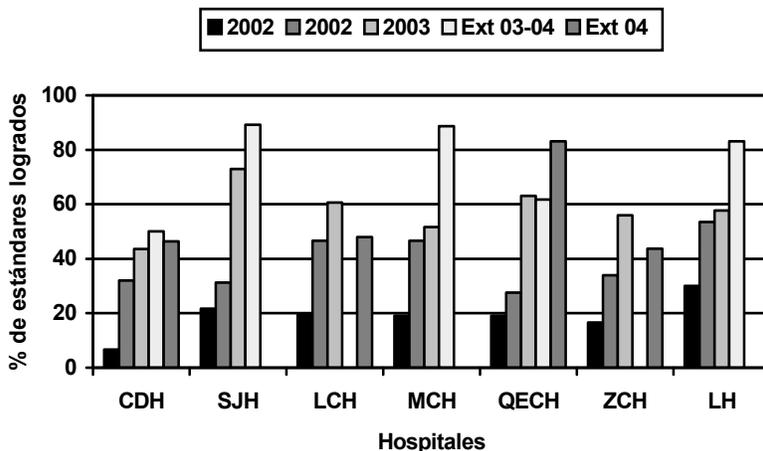
Figura 6. Supervisión Multidimensional



El uso de datos cuantitativos y comparables para determinar los niveles de desempeño tiene otra consecuencia muy importante: en base a información objetiva los establecimientos de salud pueden compartir las mejores prácticas y beneficiarse mutuamente de las experiencias de otros. Este proceso se conoce como “**benchmarking**” en inglés, traducido aquí como **análisis comparativo**. (Ver “Gerenciamiento del Proceso de Cambio” página 43 para más información sobre el proceso de análisis comparativo.)

Es importante observar que las mediciones conducidas con el instrumento de evaluación del desempeño son útiles para los propósitos gerenciales, así como una aproximación razonable a la realidad, pero no son evaluaciones científicas. El nivel de la certeza de las evaluaciones aumenta progresivamente con mediciones repetidas en un cierto plazo. Esto es porque cada subsiguiente evaluación probablemente captura pedazos adicionales o diferentes de la realidad. La **Figura 7** abajo demuestra el porcentaje de estándares logrados en siete hospitales de Malawi en tres evaluaciones internas y dos externas. Una ventaja clara de este tipo de información gerencial es su tiempo rápido de retorno, que es muy útil para la toma de decisiones sobre la marcha. Sin embargo, información de un nivel científico de certeza es esencial cuando se realizan evaluaciones más profundas o especializadas sobre la calidad y el desempeño.

Figura 7. Ejemplo de Medición del progreso de Estándares Logrados en Prevención de Infecciones a través del tiempo en siete hospitales de Malawi.



PASO CUATRO: RECONOCIMIENTO DE LOGROS

El elemento de motivación es clave para la GRBE. Los trabajadores de salud, las comunidades y otras personas involucradas no adoptan iniciativas de mejoría en la entrega del servicios sólo porque tienen sentido. Ellos deben ver que tienen algo que ganar de la experiencia. Muchos excelentes modelos de gerencia para mejorar el desempeño y la calidad fallan debido a su foco exclusivo en la metodología misma, sin prestar suficiente atención al aspecto de motivación del proceso. La respuesta a la pregunta: “¿Qué hay ahí para mí?” se encuentra en el área de la motivación.

MOTIVACIÓN

La motivación es el ímpetu dentro de uno mismo, la moral para realizar una tarea y para alcanzar una meta. Es una respuesta interna a los eventos externos, y por eso se llama un factor intrínseco. La motivación es algo que se encuentra dentro del proveedor y por lo tanto no se puede crear desde el exterior. Podemos, sin embargo, crear las condiciones que aumentan la motivación.

Hay muchas teorías sobre la motivación y la mayor parte están de acuerdo en que la motivación está relacionada con un sentido de crecimiento y significado. La motivación es mayor cuando los proveedores se sienten fortalecidos y tienen más control sobre sus tareas y procesos bajo los cuales trabajen. Es también más fuerte cuando la gente aprecia los desafíos que se enfrentan y el impacto que tendrán sus logros, y cuando creen firmemente que serán exitosos.

La GRBE ayuda a crear condiciones para aumentar la motivación:

- El instrumento de evaluación del desempeño es de hecho, una ayuda práctica de trabajo que describe claramente lo que deben hacer los gerentes y proveedores para cumplir su trabajo y **ganar más control sobre sus tareas**. La experiencia con el proceso ha demostrado que este mayor conocimiento y el control sobre sus tareas ha motivado a muchos proveedores de salud a participar en el proceso de la GRBE.
- El uso constante del instrumento de evaluación del desempeño aumenta el **fortalecimiento de los trabajadores locales** lo que les permite una mayor cercanía con supervisores externos y poder así presentar sus prioridades y abogar por recursos. También se ha observado en iniciativas de GRBE que el sentido de **crecimiento profesional** y personal experimentado por el personal local es otro factor que aumenta su motivación.
- Como fue mencionado arriba, el proceso de GRBE presenta a los proveedores **desafíos rigurosos pero alcanzables**. Esto aumenta **el valor del proceso** a los ojos de los trabajadores de salud que se sienten desafiados de una manera significativa.
- El trabajo en redes, la medición continua y el análisis comparativo crean una atmósfera de **competencia saludable** que es positiva para la motivación.
- El proceso permite **éxitos tempranos**, aumentando gradualmente los niveles de **auto confianza** de los trabajadores. Los trabajadores también experimentan un sentido de **logro** cuando alcanzan sus metas del desempeño establecidas.

- El punto de vista sistémico en GRBE en el cual la correlación de todos los factores del desempeño están considerados, ayuda a desarrollar un **ambiente de trabajo más conducente al buen desempeño** que a su vez, afecta positivamente la motivación.

Éstos son ejemplos de mecanismos “incorporados” en la GRBE con el objetivo de aumentar la motivación. También hay otros elementos externos que pueden fortalecer la motivación creando consecuencias significativas del desempeño. Estas consecuencias del desempeño deben ser establecidas de una manera tal que los trabajadores sepan claramente lo que resulta del proceso, dependiendo de cómo se desempeñan. Las consecuencias del desempeño pueden ser positivas y negativas. La GRBE acentúa las positivas en forma de provisión de incentivos

INCENTIVOS

Los incentivos son elementos proporcionados por el ambiente externo para aumentar la motivación. La provisión de incentivos tiene que estar en relación con el logro significativo de los estándares del desempeño. La GRBE considera varios tipos de incentivos para los establecimientos de salud que cumplen los objetivos y metas del desempeño:

- **Retroalimentación** es la manera más directa y menos costosa de reconocer el buen desempeño, pero su impacto es considerable. Para que la retroalimentación sea eficaz, debe ser oportuna, específica, continua e interactiva. Puede ser proporcionada verbalmente o por escrito y puede ser dirigida hacia proveedores individuales, equipos y establecimientos.

- **Reconocimiento social** consiste en proporcionar premios de valor simbólico. Según algunos autores, el reconocimiento social es importante para los trabajadores porque es un buen pronóstico de las recompensas materiales futuras. Además, el reconocimiento social ayuda inmediatamente a mejorar la moral de los trabajadores. El reconocimiento social se puede dar a los proveedores individuales, a los equipos o a los establecimientos. Puede adoptar la forma de elogios, de trofeos, de diplomas o de celebraciones. La mejoría del estatus de los trabajadores de salud a través de niveles crecientes de autoridad y los informes positivos que se incluyen en sus archivos personales son otras formas de reconocimiento social.



Foto por: ministerio de salud, Honduras

El reconocimiento social interno en un hospital que ha implementado una iniciativa de Salud Materna Neonatal en Honduras

- **Reconocimiento material** se puede proporcionar como recompensas monetarias u otras. Puede también entregarse a los proveedores individuales, a los equipos o a todo el establecimiento. Las recompensas monetarias individuales pueden adoptar la forma de pagos sistemáticos basados en el desempeño, o de bonos por una sola vez. Los equipos pueden también conseguir premios monetarios. Para los establecimientos de salud los ejemplos de recompensas monetarias son presupuestos basados en el desempeño o en la disposición de recursos financieros adicionales debido al desempeño superior. Otras recompensas para proveedores individuales pueden darse en la forma de oportunidades para el desarrollo profesional. Para los establecimientos, las recompensas pueden ser equipamiento adicional o suministros.

Los pares, supervisores directos, gerentes del establecimiento y los líderes institucionales deben proporcionar retroalimentación y reconocimiento. Los clientes y la comunidad pueden también dar reconocimiento. En la GRBE, el logro global de los estándares del desempeño se acentúa con el reconocimiento que implica una combinación de la respuesta institucional y de la comunidad.

Los establecimientos que funcionan en un ambiente competitivo de mercado también pueden encontrar un incentivo en el aumento de su base de clientes o de la cuota de mercado (y las ganancias) que resulta en una mejoría del desempeño y la calidad de servicios.

La implementación de los incentivos no esta libre de desafíos. Aplicados sin pensar o negligentemente, pueden producir distorsiones no deseadas en la entrega de servicio. Además, las consecuencias negativas del desempeño ligadas al concepto de responsabilidad tienen un lugar en la GRBE, pero son a menudo difíciles de aplicar de una manera eficaz y equitativa en ausencia de sistemas nacionales reguladores y de garantía de calidad bien desarrollados.

DEFINICIÓN DE LA INICIATIVA DE GRBE

La iniciativa GRBE debe responder a las necesidades de un contexto de salud institucional y programático específico. Para asegurar que esto ocurra, es importante definir claramente las características de la iniciativa GBE/E desde el inicio del proceso y considerando las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el propósito principal de la iniciativa de la GRBE?
- ¿En qué tipo/rango de servicios de salud se va a enfocar la GBE/R?
- ¿En qué tipo de establecimientos será evaluado y reconocido el desempeño?
- ¿Cuáles sectores serán incluidos?
- ¿Cuál es el ámbito geográfico del programa?
- ¿Qué incentivos—o consecuencias—serán desarrolladas para premiar el desempeño mejorado?
- ¿Quién evaluará y reconocerá el desempeño?
- ¿Será la iniciativa apoyada y facilitada proactivamente?
- ¿Cómo se manejará el programa?

Las respuestas de estas preguntas deben reflejar la realidad local. Hay un rango potencial de opciones para cada pregunta.

PROPOSITO

Una de las primeras preguntas a considerar para diseñar una iniciativa de GBE/R es: ¿Qué esperamos lograr a través de esta iniciativa? El propósito puede ir desde una promoción de un tipo específico de servicios relativamente de corto plazo, hasta un proceso de institucionalización de largo plazo, cercano a un plan formal de certificación o acreditación. El foco posterior para asegurar una aceptación consistente en la entrega de salud con calidad o con los requerimientos legales/regulatorios, normalmente se vincula con mecanismos financieros.

Una meta intermedia podría ser establecer un modelo que sirve como un mecanismo para mejorar el desempeño, la calidad y el uso de los servicios. La mayoría de los ejemplos de programas presentados en esta guía de campo, representan de hecho esta opción intermedia. La definición del propósito general es un pre-requisito para determinar aspectos como el tiempo de vida potencial del esfuerzo del reconocimiento.

TIPO/RANGO DE LOS SERVICIOS

El tipo/rango de los servicios a ser cubiertos tienen un impacto significativo en el nivel de complejidad y en la necesidad de recursos de la iniciativa. Basado en las prioridades y recursos institucionales disponibles, puede ser necesario limitar el proceso a un tipo de servicio y las funciones relacionadas.

Este enfoque puntual ha sido implementado por ejemplo para servicios de calidad en planificación familiar, prevención de infecciones, salud materna, consejería y examen para VIH, y prevención de la transmisión vertical de VIH de madre a hijo. Sin embargo, a veces, en términos de programa, resulta difícil focalizar totalmente en un solo servicio. En Brasil la iniciativa PROQUALI por ejemplo, un grupo de estándares de calidad para planificación familiar fue complementado por otros estándares de servicios de salud reproductiva seleccionados como atención prenatal y prevención de infecciones de transmisión sexual.

Debido a que los programas de entrega de servicios ayudaron en forma importante a integrar los servicios de las diferentes áreas de salud, más programas están intentando desarrollar diseños de GBE/R que incluyan un amplio rango de servicios o paquetes básicos de atención en salud entregados en un nivel de establecimiento dado.

TIPO DE ESTABLECIMIENTOS

La GRBE focaliza en evaluación y reconocimiento a nivel del establecimiento de salud en vez de a los proveedores. Este enfoque de la iniciativa puede aplicarse a redes de establecimientos de diferentes niveles de complejidad a fin de asegurar una efectiva continuidad de la atención. La iniciativa CaliRed para salud materna y neonatal desarrollada en Guatemala adoptó este enfoque, el que posteriormente fue expandido con la inclusión de la evaluación y reconocimiento de las comunidades en las áreas cubiertas por los establecimientos participantes.

Asimismo, la iniciativa puede focalizar en un tipo de establecimiento particular. Por ejemplo, la GRBE puede focalizar en clínicas de atención primaria si el propósito de la iniciativa es fortalecer la atención preventiva y primaria de salud, o en hospital de distrito si el propósito es brindar servicios de referencia esencial, o motivar un uso más racional de la costosa atención curativa.

COBERTURA SECTORIAL

A la fecha, muchos programas de mejoría del desempeño y calidad en países en desarrollo han estado limitados al sector público de salud, pero hay algunas experiencias con programas diseñados para implementar GRBE atravesando sectores. Por ejemplo, en el programa Círculo de Oro de África del Oeste, tanto ministerios de salud como clínicas de ONGs son evaluadas y reconocidas usando el mismo grupo de estándares. En otros casos, estrategias diferentes pero complementarias pueden ser implementadas atravesando sectores usando diferentes grupos de estándares para establecimientos públicos y privados.

AMBITO GEOGRÁFICO

El diseño puede focalizar en un área geográfica limitada o a escala nacional. Una estrategia implementada localmente puede focalizar en uno o más distritos en un número de provincias seleccionadas. Este enfoque es especialmente apropiado cuando un modelo particular es probado con la intención de expandirlo posteriormente. Otros modelos buscan gran cobertura y son implementados a escala regional, estatal o provincial. Esta opción es relevante en ambientes descentralizados donde las unidades provinciales o estatales tienen significativos niveles de poder en la toma de decisiones políticas, técnicas y administrativas. Los planes implementados para cobertura nacional en un determinado país deben estar vinculados a los planes nacionales de entrega y financiamiento de servicios.

CONSECUENCIAS DEL DESEMPEÑO / INCENTIVOS

Otro aspecto esencial de GRBE es la formulación de un esquema sostenible pero significativo de incentivos y de consecuencias. Algunos diseños utilizan incentivos no-monetarios exclusivamente, como reconocimiento social, retroalimentación del desempeño y oportunidades para actualizar destrezas. Otros construyen incentivos adicionales como proporcionar equipamiento, aumentar presupuestos operacionales para el establecimiento o aún recompensas monetarias pequeñas. Otros ofrecen incentivos monetarios proporcionados a través de asignaciones del presupuestos basados en el desempeño o sistemas de remuneración para los trabajadores de salud.

EQUIPO DE RECONOCIMIENTO

El grupo de personas que evalúa el desempeño y otorga el reconocimiento puede ser interno o externo a la institución que es propietaria o maneja la unidad evaluada. El uso de equipos internos del reconocimiento generalmente va ligado a las estructuras institucionales de supervisión y es parte de un esfuerzo interno para la mejoría de calidad. Otros modelos de reconocimiento intentan maximizar la objetividad de la evaluación y utilizan asesores externos. Un equipo externo de reconocimiento refuerza la credibilidad del proceso. Una opción intermedia que aumenta la credibilidad del proceso de reconocimiento y que permite un seguimiento más cercano en áreas donde los estándares no se alcanzan, es un equipo de acreditación compuesto por una combinación de asesores internos y externos.

APOYO Y FACILITACIÓN

Un programa eficaz de GRBE requiere planificación, coordinación y apoyo técnico. La iniciativa de GRBE puede implementarse con diversos niveles de facilitación, que determinarán el tipo de infraestructura requerida. Para iniciativas de GRBE con facilitación más proactiva será necesario identificar y desarrollar o reforzar un equipo de asistencia técnica y de tutores. La necesidad de facilitación dependerá de la naturaleza de la intervención y del nivel de desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud relacionados, incluyendo los recursos humanos.

GERENCIA

La gerencia de una iniciativa de GRBE se puede realizar de forma centralizada, desde sólo una unidad gerencial en la sede de la organización, o de una manera descentralizada. En programas descentralizados, los equipos centrales pueden conducir el desarrollo de estándares de desempeño y de instrumentos para la iniciación del programa, la implementación efectiva y la gerencia continua se delegan a los niveles regionales, provincial o del distrito. En este último caso, las autoridades locales asumen el control del proceso o tienen responsabilidades significativas. Los niveles centrales, provinciales y del distrito pueden también manejar en común un programa de reconocimiento. Esta información se resume en la **Tabla 9** más adelante.

Tabla 9. Opciones de Diseño para GRBE

ASPECTOS PARA SER CONSIDERADOS	RANGO DE OPCIONES		
Propósito	Promoción de corto plazo para servicios específicos	Mejoría del desempeño, la calidad y la utilización de servicios	Asegurar un nivel consistente de calidad / alcanzar estándares regulatorias
Tipo/rango de servicios	Enfocado en un grupo esencial de servicios (Ej. planificación familiar, prevención de infecciones, servicios para adolescentes)	Grupo esencial de servicios más otros relacionados (Ej. VIH/SIDA más los relacionados a la maternidad, consejería y prueba voluntaria)	Integral
Tipo de establecimiento	Un tipo de establecimiento (Ej. centros de salud u hospitales)	Redes de establecimientos de distintos niveles de complejidad	Redes de establecimientos o de comunidades
Cobertura sectorial	Un sector (público o privado)	Estándares diferentes pero complementarios para cada sector	Un grupo de estándares aplicados a todos los sectores
Ámbito geográfico	Establecimientos seleccionados	Regional/provincial	Nacional
Consecuencias del desempeño/incentivos	Retroalimentación	Retroalimentación más reconocimiento social	Reconocimiento material asociado con reconocimiento social y retroalimentación
Equipo de reconocimiento	Interno	Combinado	Externo
Apoyo y facilitación	Facilitación intensiva	Facilitación parcial	Sin facilitación
Gerencia	Centralizada	Compartida	Descentralizada

Elegir una opción para cada una de estas categorías ayudará a definir el perfil de la iniciativa de GRBE, un elemento importante de la visión común que dirigirá el proceso. La decisión sobre estas opciones, sin embargo, no es tarea de una sola persona. Es generalmente producto de un acuerdo negociado entre varios actores clave que puedan tener diversas visiones de qué es “lo mejor.” Por esta razón, es esencial manejar hábilmente el proceso de construir consensos entre los actores clave que toman decisiones para alcanzar un acuerdo sólido de las características de la iniciativa de GRBE. Este consenso se alcanza típicamente con un diálogo facilitado y de toma de decisiones. Unas o más reuniones informativas con las personas clave pueden ser necesarias para discutir la iniciativa con ellos y obtener sus puntos de vista. Después de esta fase preparatoria, es generalmente útil tener una reunión (preferiblemente no más de una) incluyendo todos los participantes clave para formalizar un acuerdo sobre el perfil de la iniciativa de GRBE. Es recomendable ir a esta reunión con un proyecto borrador sobre el perfil de GRBE, desarrollado con aportes de los actores clave durante las reuniones preparatorias, que debe servir como base para la discusión.

Un ejemplo de una actividad típica para conseguir consenso sobre las características de GRBE se demuestra en la **Tabla 10**:

Tabla 10. Actividad típica para alcanzar consenso

¿QUÉ HACER?	¿QUIÉN PARTICIPARÁ?	¿CUÁL SERÁ EL RESULTADO?	¿CUÁNTO TIEMPO VA A DEMORAR?
Reunión de actores clave para diseñar el programa de GRBE	Actores clave y los asesores de GRBE	Acuerdo sobre el diseño/perfil de la GRBE	Reunión de 1 día Varía, dependiendo del tamaño del grupo y la facilidad en lograr consenso

FACILITACIÓN DE LA GRBE

La implementación de la GRBE requiere el desarrollo de alguna infraestructura para propósitos de coordinación y facilitación. **La infraestructura requerida estará determinada por el alcance del proceso y la cantidad de facilitación prevista.** Para las iniciativas de GRBE que requieren más esfuerzo y facilitación más intensiva, esta infraestructura tiene que ser más desarrollada.

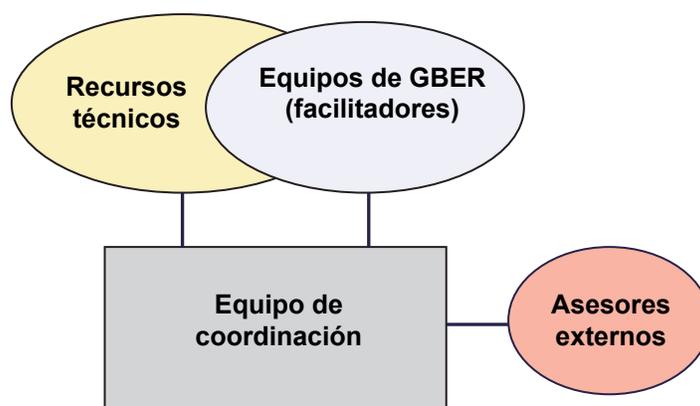
Se recomienda el desarrollo de los equipos o grupos de apoyo para las cuatro funciones principales, como se muestra en la **Tabla 11**.

Tabla 11. Equipos de Apoyo y Funciones

FUNCIÓN	EQUIPO DE APOYO
Coordinación general de la iniciativa	Equipo coordinador de la GRBE
Facilitación del proceso de la GRBE	Equipos de facilitadores de GRBE
Asistencia técnica en el tema	Asesores técnicos
Verificación del cumplimiento de los estándares	Equipo de verificación

Estos cuatro grupos tienen que trabajar de una manera coordinada para proveer el apoyo apropiado para la iniciativa de GRBE. (ver **Figura 8**).

Figura 8. Infraestructura de Facilitación de la GRBE



Las funciones principales de cada uno de estas entidades y cómo seleccionan y desarrollan sus miembros son discutido abajo.

EL EQUIPO DE COORDINACIÓN DE LA GRBE

El equipo de coordinación de la GRBE debe ser un grupo formal que guía los esfuerzos de la GRBE desde el diseño y a lo largo de la implementación (ver **Tabla 12**). Contribuye típicamente a la conceptualización inicial, los esfuerzos de movilización de recursos y para ganar aceptación y mantener el impulso inicial.

El equipo de coordinación puede ubicarse en una unidad estructural del ministerio de salud u otra organización que está implementando la iniciativa de GRBE, o puede adoptar la forma de un grupo

de trabajo con un mandato específico. Para los esfuerzos de más largo plazo de GRBE, el equipo de coordinación debe adoptar una forma más permanente e institucionalizada.

Tabla 12. Actividades sugeridas para establecer el equipo de coordinación de la GRBE

¿QUÉ HACER?	¿QUIÉN PARTICIPARÁ?	¿QUÉ SERÁ EL RESULTADO?	¿CUÁNTO TIEMPO DURARÁ?
Identificar las personas, organizaciones o grupos clave y los representantes apropiados de cada uno para formar el equipo de coordinación	Persona o grupo liderando el proceso de GRBE	Una lista de personas a ser invitadas como miembros del equipo de coordinación	Variable
Conducir una reunión para constituir el equipo de coordinación	Persona o grupo liderando el proceso de GRBE Miembros seleccionados para el equipo de coordinación	El equipo de coordinación tiene un entendimiento claro sobre el proceso de GRBE y sus funciones Compromiso organizacional verbal o escrito incluyendo nombres de los individuos con tiempo y recursos dedicados al trabajo del equipo de coordinación	Reunión de medio hasta 1 día Puede requerir tiempo después de la reunión para que las organizaciones o unidades formalicen sus compromisos

Las funciones típicas del equipo de coordinación son:

- Coordinación y planificación general del proceso de GRBE
- Definición de metas y políticas institucionales en relación al proceso de GRBE
- Aprobación de los estándares del desempeño
- Formalización del sistema de reconocimiento: criterios, procesos y consecuencias
- Selección y designación de los facilitadores de GRBE
- Identificación de asesores técnicos en áreas de especialidad
- Selección y aprobación del equipo de verificación para el reconocimiento
- Movilización de recursos
- Monitoreo, apoyo y evaluación general del proceso de GRBE
- Información y promoción

La calidad de miembro incluye a los representantes de las organizaciones principales de personas o grupos clave que serán parte de la iniciativa o más probablemente influenciados por el programa de GRBE. Los individuos seleccionados deben idealmente tener autoridad para la toma de decisiones dentro de su organización o experticia técnica relevante a los varios componentes del modelo de GRBE (ver la **Figura 9**). Generalmente los miembros de este grupo, dependiendo de las características de la iniciativa que se va a implementar, incluyen pero no se limita a:

- Representantes del ministerio de salud de nivel central y regional/provincial
- Representantes de las ONGs
- Representantes de las asociaciones profesionales
- Representantes de las comunidades
- Representantes de las organizaciones privadas de salud

Figura 9. Ejemplos de un Equipo Coordinador para una Iniciativa de GRBE

Grupo de Trabajo Nacional para la Garantía de Calidad, Ministerio de Salud de Malawi	
■	Ministerio de Salud, Malawi
–	Jefe de Asesoría Técnica, Director
–	Directora del Departamento de Enfermería
–	Directora del Departamento de Servicios Clínicos
–	Director del Departamento de Servicios del Apoyo Técnica de Salud
–	Directora del Departamento de Recursos Humanos
–	Director del Departamento de Planificación
–	Director del Departamento de Servicios de Prevención
–	Director del Departamento de Finanzas y Administración
–	Oficial de la Garantía de Calidad, Departamento de Servicios de Enfermería
■	Representantes de la Asociación Cristiana de Salud de Malawi (sede)
■	Secretaría de cada equipo regulador (Consejo de Enfermeras y Parteras; Consejo de Médicos; Mesa ejecutiva de farmacia, medicamentos y venenos)
■	Representantes de la comunidad (en este caso, el director de la Asociación de Consumidores de Malawi)
■	Representantes de las organizaciones de asistencia técnica externa que apoyan los esfuerzos de garantía de calidad de salud en el país (en este caso, Jhpiego y Management Sciences for Health)

EQUIPOS DE FACILITADORES DE LA GRBE

Los facilitadores de la GRBE son las personas que facilitarán el proceso de mejoría a nivel de la institución, establecimiento y comunidad. Ellos cumplen el rol de agentes del cambio que facilitan el aprendizaje individual y organizacional. Los facilitadores deben estar muy bien informados sobre el proceso de GRBE y la realidad de los establecimientos de salud y de las comunidades que atienden.

Los facilitadores proporcionan apoyo a las siguientes principales actividades:

- Información y promoción sobre el enfoque de la GRBE a nivel local, establecimiento o comunitario.
- Acuerdos para la implementación de la GRBE a nivel local, establecimiento o comunitario
- Evaluación de la línea de base
- Identificación de las brechas del desempeño, análisis de causas e identificación de las intervenciones
- Desarrollo de planes operacionales y su implementación a nivel local
- Movilización de apoyo especializado de los asesores técnicos en las distintas áreas (clínica, gerencial, movilización comunitaria y comunicaciones)
- Movilización de recursos financieros y materiales
- Monitoreo del progreso a través de evaluaciones internas periódicas

- Promoción y coordinación de participación/movilización a nivel del cliente y comunitaria
- Reconocimiento del proceso

El equipo de facilitadores pueden ser compuestos de:

- Proveedores de los establecimientos de salud
- Gerentes y supervisores local/regional/distrital
- Facilitadores de movilización comunitaria

Los facilitadores deben ser designados formalmente por la autoridad institucional correspondiente para permitirles incorporar sus papeles como facilitadores en sus tareas formales. El número de facilitadores por región/distrito, establecimiento y comunidad variará según el ámbito del programa de GRBE, del tamaño de los establecimientos y de las comunidades donde se va a implementar, y del nivel del establecimiento previsto para la iniciativa. Para mayores esfuerzos de facilitación, es deseable contar con dos a cuatro facilitadores para cada establecimiento grande (hospitales) o red local de establecimientos de atención primaria. Para los procesos que requieren menos facilitación, dos facilitadores por cada distrito de salud o por cada ONG deben ser suficientes.

Selección: Los facilitadores son los agentes de cambio para el proceso de la GRBE y deben tener características personales y destrezas como liderazgo, motivación, credibilidad, buenas destrezas de comunicación interpersonal, conocimientos sobre la realidad local (establecimiento y/o comunidad), trabajo en equipo, etc.

Orientación/capacitación: El proceso para los facilitadores es práctico y muy enfocado en los pasos y las actividades necesarias para la implementación de la GRBE a nivel local. Se organiza la capacitación en tres módulos cortos según las actividades/tareas específicas que se espera que los facilitadores realicen durante cada fase de proceso de la implementación. El enfoque de esta capacitación en módulos es habilitar a los facilitadores a iniciar y manejar el proceso de cambios para la GRBE. El contenido que se cubre durante los módulos incluyen: conceptos básicos de la calidad y del desempeño, el enfoque de la GRBE, utilización del instrumento para conducir evaluaciones del desempeño, identificación de brechas, técnicas para el análisis de causas, diseño de las intervenciones, estrategias para el manejo de cambios, movilización de recursos, construcción de equipos, trabajo en equipos, trabajo en redes, análisis comparativo e involucramiento y participación del cliente y de la comunidad.

La Tabla 13 muestra los pasos y las actividades de la GRBE cubiertas en los módulos de capacitación para los facilitadores:

Tabla 13. Pasos en el proceso de GRBE y las actividades en que se enfocan

PASOS	ACTIVIDADES	MÓDULOS	DURACIÓN
Promoción / acuerdo de la iniciativa de GRBE	Información sobre los objetivos y metodología de la iniciativa de GRBE Acuerdo de su implementación	Módulo 1: preparación y comienzo del proceso	3–4 días
Medir el desempeño actual	Evaluación de línea de base, resumen de los resultados, retroalimentación		
Análisis de causas	Reuniones para análisis de causas	Módulo 2: Fortalecimiento del proceso	2–3 días
Identificación de intervención	Desarrollo de un plan de acción		
Intervención, implementación y monitoreo	Mobilización de recursos Análisis comparativo Coordinación con asesores técnicos Monitoreo y retroalimentación		
Verificación	Evaluación de la verificación	Módulo 3: Refuerzo e institucionalización del proceso	2–3 días
Reconocimiento	Coordinación del reconocimiento		

Los módulos se deben realizar generalmente cada 3-4 meses para dar un plazo de tiempo para que los establecimientos implementen los cambios y medir el progreso.

Para información adicional sobre los módulos de capacitación para facilitadores (horarios, objetivos, presentaciones, ejercicios, etc.), ver el CD-ROM que acompaña esta guía del campo.

ASESORES TÉCNICOS

Los asesores técnicos son los expertos en el contenido de los diversos tipos de servicios directos y las funciones de apoyo que proporcionan dirección y ayuda especializada, incluyendo capacitación en sus áreas de especialidad (clínica, gerencial, movilización comunitaria, comunicaciones, etc.).

Las funciones típicas de los asesores técnicos son:

- Actividades de capacitación y facilitación de los procesos de aprendizaje utilizando diferentes metodologías (basadas en grupos, en servicio, etc.)
- Asistencia técnica y apoyo en el lugar o a distancia
- Seguimiento para asegurar la transferencia del aprendizaje

Los miembros de los equipos técnicos de asesores incluyen expertos en las áreas relevantes del proceso de GRBE que se van a implementar. Estas áreas pueden ser:

- Áreas clínicas como salud reproductiva, salud materna infantil, VIH/SIDA, prevención y control de infecciones
- Sistemas gerenciales
- Comunicaciones y medios masivos
- Movilización comunitaria

El número de asesores técnicos necesarios varían según las características de la iniciativa de GRBE: áreas técnicas cubiertas, nivel de desarrollo necesario para los sistemas de apoyo, nivel de involucramiento de la comunidad, etc. Para los procesos que requieren mayor facilitación, los asesores técnicos pueden ser necesarios/asignados para un número dado de establecimientos. Para las iniciativas que requieren menos esfuerzos y menos facilitación, puede ser suficiente elaborar un inventario de recursos técnicos potencialmente disponibles según demanda en los diversos campos de especialización y disponible en los establecimientos.

Selección: El proceso de GRBE requiere pericia técnica específica en las áreas de entrega de servicio e involucramiento de la comunidad, lo que hace de los expertos técnicos un recurso vital en este proceso. Será importante construir estos recursos sobre la capacidad y pericia ya existente. El primer paso será identificar los recursos técnicos disponibles para cada área (clínica, gerencial, movilización comunitaria, comunicaciones) así como su experiencia en proporcionar asistencia técnica, incluyendo la capacitación. Estos expertos pueden existir dentro del ministerio de salud o en ONGs, universidades o instituciones privadas. Es deseable seleccionar a asesores técnicos de diversas regiones del país en donde la iniciativa de GRBE será implementada.

Orientación/capacitación: Las estrategias para la orientación y capacitación de los asesores técnicos varían ampliamente. Algunos países pueden contar con excelentes recursos técnicos, otros podrían necesitar desarrollarlos, particularmente cuando la iniciativa de GRBE incluye nuevo contenido técnico o evidencia nueva en un área dada (Ej. prevención de la transmisión madre-hijo de VIH). A veces los asesores técnicos tendrán buenas destrezas en capacitación pero necesitarán actualización técnica o estandarización de destrezas. En otros casos, los asesores técnicos tendrán excelente conocimiento técnico pero no poseen destrezas en capacitación o facilitación. La **Tabla 14** muestra ejemplos de la orientación y actividades de capacitación según las necesidades específicas.

Tabla 14. Actividades de Orientación y Capacitación para Asesores Técnicos

SITUACIÓN	ORIENTACIÓN Y NECESIDADES DE CAPACITACIÓN	ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN	TIEMPO ESTIMADO
Asesores técnicos expertos en contenido pero no en destrezas de capacitación o facilitación	Destrezas de capacitación Enfoque, instrumentos y metodología de GRBE	<ul style="list-style-type: none"> ■ Orientación en el enfoque, instrumentos y metodología de GRBE ■ Curso en destrezas de capacitación 	1–2 semanas para el curso en destrezas de capacitación
Excelentes capacitadores pero no actualizados en el contenido	Contenido técnico Enfoque, instrumentos y metodología de GRBE	<ul style="list-style-type: none"> ■ Orientación en el enfoque, instrumentos y metodología de GRBE ■ Curso en actualización del contenido 	Variable, dependiendo del contenido técnico del área
Sin capacidad técnica local	Contenido técnico, Destrezas de capacitación Enfoque, instrumentos y metodología de GRBE,	<ul style="list-style-type: none"> ■ Orientación en el enfoque, instrumentos y metodología de GRBE ■ Capacitación en contenido ■ Curso en destrezas de capacitación 	Variable, dependiendo del contenido técnico del área 1–2 semanas para el curso en destrezas de capacitación

Se pueden utilizar varias metodologías de aprendizaje/capacitación para capacitar, orientar o actualizar a los asesores técnicos. Pueden incluir cursos basados en grupos, capacitación en servicio estructurada o semi-estructurada y aprendizaje a distancia vía Internet, correo electrónico, video o CD-ROM. Los resultados de estos esfuerzos deben fortalecer la capacidad técnica para apoyar la implementación de la iniciativa de GRBE.

Algunos asesores técnicos también pueden ser facilitadores y viceversa. Este traslape aumenta la eficacia en el uso de los recursos y a menudo asegura una perspectiva integrada del proceso de GRBE.

EL EQUIPO DE VERIFICACIÓN

El equipo de la verificación evalúa el cumplimiento de los estándares de desempeño en los establecimientos para propósito del reconocimiento. El equipo realiza esta verificación por medio de evaluaciones externas a petición de los establecimientos. La evaluación del establecimiento por un equipo externo confiere credibilidad al proceso del reconocimiento.

Las funciones del equipo de verificación son:

- Coordinar y preparar las visitas de verificación con los establecimientos, el equipo coordinador de la GRBE y los facilitadores
- Implementar la evaluación de verificación
- Recomendar el reconocimiento para los establecimientos que han logrado el nivel de desempeño requerido
- Proveer retroalimentación a los establecimientos sobre los resultados

Los miembros del equipo de verificación normalmente vienen de:

- Niveles central/regional/distrital del ministerio de salud
- Nivel gerencial de las ONGs u organizaciones privadas
- Representantes de la comunidad
- Asociaciones profesionales
- Universidades
- Grupos de mujeres y de promoción de los derechos del usuario

Las características específicas de los miembros de este equipo variarán según el tipo de proceso de verificación/reconocimiento que está siendo implementado, pero en general el equipo debe ser multidisciplinario e incluir a los representantes de la comunidad.

Selección: Los objetivos principales de la evaluación de verificación son conferir credibilidad al proceso del reconocimiento y realzar la motivación al nivel local. Por esta razón, los miembros del equipo de la verificación deben ser seleccionados cuidadosamente. Idealmente, los individuos elegidos deben ser bien conocidos y tener autoridad dentro de su organización y/o experticia técnica

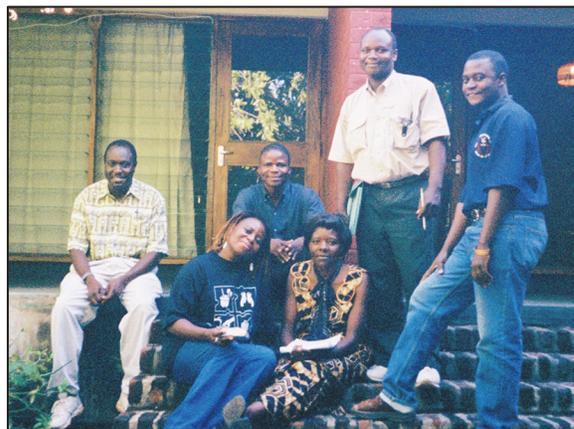


foto by: Debora Bossemeyer

Facilitadores de GRBE en Malawi

relevantes en los varios componentes de la iniciativa de GRBE. Regularmente, el equipo coordinador identificará e invitará a estos individuos a que formen el equipo de verificación. Es importante clarificar a los miembros del equipo sus funciones y responsabilidades en este proceso. Generalmente cuando la iniciativa de GRBE tiene un alcance nacional o se ha ampliado a varias regiones y distritos, este equipo necesitará ser ampliado o descentralizado.

Orientación/capacitación: El objetivo de esta capacitación es permitir a los equipos de verificación preparar y conducir las evaluaciones de verificación a nivel del establecimiento y hacer la recomendación para el reconocimiento de los que alcanzan los estándares predeterminados. Ésta meta se alcanza generalmente a través de un taller de dos días que cubre el enfoque de la GRBE y las características específicas del modelo que va a ser implementado, el instrumento de evaluación del desempeño, las metodologías de evaluación, y los requisitos y procedimientos para el reconocimiento. La metodología usada durante la capacitación debe ser altamente participativa y con mucha práctica.

GESTIÓN DEL PROCESO DE CAMBIO

El proceso de implementar la GRBE en el nivel del establecimiento abarca tres fases principales, cada una con sus propios desafíos que requieran la realización de algunas tareas y actividades:

- **Preparación e iniciación:** El objetivo clave en la primera fase es **crear conciencia** sobre la situación actual de los servicios de salud y la necesidad de mejorarlos. Durante esta fase, los implementadores desarrollan una visión común para el proceso, aseguran el involucramiento de las personas interesadas, crean una infraestructura inicial, y comienzan el trabajo en el nivel del establecimiento. Los establecimientos de salud interesados en participar en el proceso deben alcanzar un acuerdo en su participación y comenzar determinando la magnitud inicial y las características de sus brechas de desempeño. Las actividades típicas de esta etapa son: desarrollo de los estándares de desempeño, creación del equipo coordinador, capacitación inicial de equipos de facilitadores y de asesores técnicos, promoción de la iniciativa en los niveles local y del establecimiento, implementación de una evaluación de línea de base y discusión de sus resultados con personal del establecimiento.
- **Fortalecimiento:** En esta fase, el objetivo principal es **construir el impulso** para el cambio. Aquí, es esencial comenzar mejorías concretas, demostrar algunos resultados tangibles iniciales, crear y consolidar los equipos y las redes de implementadores comprometidos y desarrollar un sistema de la retroalimentación. Las actividades características de esta fase son el desarrollo y la implementación de planes operacionales prácticos, organización de los equipos de mejoría por áreas, movilización inicial de recursos, medición del progreso a través de evaluaciones de monitoreo e implementación de las actividades de análisis comparativo entre redes de establecimientos.
- **Reforzamiento:** El objetivo principal de esta fase es **consolidar** los cambios y el proceso de mejoría. Para alcanzar esta consolidación, es necesario aumentar y ampliar las mejorías en el desempeño y la calidad a un nivel significativo, institucionalizar el proceso de GRBE, ampliar el rol de clientes, de la comunidad y otros ciudadanos, y recompensar y diseminar los logros. En esta fase, las actividades que se conducen generalmente son esfuerzos centrados en las brechas persistentes o más complejas, la movilización de recursos técnicos y financieros adicionales, la incorporación de las mejorías exitosas en los sistemas de organización, actividades crecientes de comunicación y movilización comunitaria y la implementación del proceso del reconocimiento.

Estas fases ocurren sobre un período que varía según las características del contexto local y de salud y de la iniciativa de la GRBE. La experiencia en implementar el proceso GRBE demuestra que las iniciativas más simples y más directas pueden tomar a aproximadamente 1-2 años para pasar estas tres fases, mientras que las más complejas podrían tomar 3-4 años.

Durante estas tres fases, la GRBE se convierte en un vehículo que acciona y desarrolla un proceso de aprendizaje individual y organizacional. Se estimula y ayuda a los individuos para que adopten los nuevos comportamientos (las mejores prácticas) y roles dinámicos, y los sistemas de organización son dinamizados y adaptados para apoyar estos nuevos comportamientos y alcanzar resultados.

PREPARACIÓN E INICIACIÓN

Como se mencionó antes, las tareas principales de esta fase son:

- Lograr una visión compartida para el proceso
- Asegurar el involucramiento de los actores clave
- Crear una estructura de facilitación inicial
- Promover la iniciativa de la GRBE en los niveles locales y en el establecimiento
- Evaluar la magnitud inicial y las características de las brechas del desempeño

Lograr una visión compartida

La visión es la imagen unificada de lo que deseamos alcanzar, la fuerza que todos empujarán hacia el logro de la meta común. La construcción de una visión compartida es crítica porque orienta y direcciona a los diversos miembros y componentes de una organización hacia la misma meta. Sin embargo, las organizaciones con frecuencia adoptan declaraciones interesantes de la visión que no son ni concretas ni comunicadas efectivamente a los trabajadores. En la GRBE, la visión se expresa en términos concretos en dos niveles: el perfil de la iniciativa de GRBE y los estándares de desempeño que deben ser alcanzados. En “Definición de la iniciativa de GRBE” (ver página 30), discutimos cómo desarrollar la primera parte de nuestra visión: el perfil específico de la GRBE. Este perfil nos dice qué tipo de modelo de GRBE deseamos crear.

En esta sección se discuten las actividades que se deben realizar para desarrollar los estándares de desempeño que representan el nivel del desempeño y la calidad que se desea. Expresar la visión en estándares de desempeño concretos es una manera muy eficaz de hacerla comprensible y de diseminarla a través de la organización para ser utilizada como guía por cada trabajador de salud.

Los estándares del desempeño se basan en tres aportes principales:

- Información científica nacional y/o internacional en las áreas técnicas de entrega de servicios que deben ser mejorados (guías de entrega de servicios, normas y protocolos), para asegurar que los estándares del desempeño están basados en evidencia sólida y actualizada.
- Opinión de los proveedores, asegurando que los estándares del desempeño sean aplicables y factibles a nivel del establecimiento.
- Opinión de los/las clientes, para conocer sus percepciones e incorporar sus preferencias, las que pueden afectar la utilización de los servicios.

Para desarrollar los estándares de desempeño, estos aportes tienen que ser combinados de una manera equilibrada. La **Tabla 15** demuestra algunas actividades preparatorias para lograr esta tarea, y la **Tabla 16** sugiere algunas actividades alrededor del desarrollo de estándares.

Actividades preparatorias: El propósito de estas actividades es actualizar al personal clave en la información basada en la evidencia en las áreas técnicas seleccionadas, delinear los procesos centrales y de apoyo que serán incluidos en el instrumento de evaluación que contiene los estándares de desempeño, recoger toda la información necesaria y materiales de referencia requeridos y desarrollar la propuesta de instrumento de evaluación para la revisión de los actores locales clave.

Tabla 15. Actividades Preparatorias Antes de Desarrollar los Estándares

¿QUÉ HACER?	¿QUIÉN VA A PARTICIPAR?	¿CUAL SERÁ EL RESULTADO?	¿CUANTO DEMORA?
Taller de actualización técnica (sobre las áreas para mejorar)	Una o dos capacitadores, expertos en el contenido técnico del área Oficiales técnicos, gerentes de programas seccionados, y proveedores que participarán en la elaboración de los estándares del desempeño; el número de participantes variará según en contenido	Grupo central de oficiales técnicos, gerentes y proveedores de salud actualizados en las áreas que se van a incluir en los estándares de desempeño.	De 2 días a 2 semanas; variará dependiendo del área del contenido a cubrir.
Una o más reuniones de coordinación para delinear los procesos centrales y de apoyo en la entrega de servicios que se incluirán en el instrumento de evaluación, y para seleccionar los materiales de apoyo técnico de referencia	Personal técnico y gerentes del Ministerio de Salud, de ONGs y/o de organizaciones privadas involucradas en el proceso de la GRBE. Asesores técnicos de la GRBE	Mapa detallado de los procesos centrales y de apoyo en la entrega de los servicios incluidos en el instrumento Selección de materiales de referencia (guías, normas técnicas nacionales y/o internacionales)	Una o dos reuniones de medio día
Desarrollo de la primera propuesta del instrumento de evaluación del desempeño de los estándares	Personal técnico y gerentes del Ministerio de Salud, de ONGs y/o de organizaciones privadas involucradas en el proceso de la GRBE. Asesores técnicos de la GRBE	Primera propuesta del instrumento de evaluación del desempeño de los estándares (incluyendo criterios de verificación)	Varía según la complejidad de los servicios, experiencia de los asesores y disponibilidad de los materiales de referencia. De unos días a varias semanas.

La actualización técnica es la actividad preparatoria clave para facilitar una revisión objetiva de la primera propuesta del borrador del instrumento de evaluación, en base a la evidencia científica.

Desarrollo de los estándares: Después que la primera propuesta de los estándares operacionales esté lista, tiene que ser revisada y probada en el campo antes de desarrollar una versión final. Algunas de las actividades sugeridas están en el **Tabla 16** más adelante.

Tabla 16. Actividades Para el Desarrollo de los Estándares

¿QUÉ HACER?	¿QUIÉN VA A PARTICIPAR?	¿CUAL SERÁ EL RESULTADO?	¿CUANTO DEMORA?
Taller de desarrollo de los estándares	Oficiales técnicos del nivel central o provincial del MINSA, ONGs u organizaciones privadas; proveedores de salud y gerentes; representantes de la comunidad y clientes (la retroalimentación de las clientes debe ser obtenida por otros mecanismos: investigación formativa, entrevistas, grupos focales, etc.) Asesores técnicos facilitarán el proceso (no más que 30 personas)	Propuesta revisada del instrumento de evaluación del desempeño que contiene los estándares y criterios de verificación para ser probado en terreno	3–5 días
Probar en terreno el instrumento de evaluación del desempeño en establecimientos seleccionados para revisar: <ul style="list-style-type: none"> ■ Formato ■ Fluidez ■ Objetividad ■ Sincronización ■ Factibilidad ■ Operatividad 	Igual que arriba (se sugiere que un grupo pequeño —de 5 a 10 personas— conduzca esta tarea)	Aplicar el instrumento de evaluación como prueba en terreno	5–15 días
Finalización del instrumento de evaluación del desempeño; incorporación de los aportes de la prueba en terreno, edición y formato final.	Ministerio de Salud (nivel central, provincial o de distrito), ONG y/o representantes de organizaciones privadas técnicas y gerenciales	Propuesta final para aprobación del Ministerio de Salud, ONG y/o organización privada	5–15 días
Aprobación del instrumento de evaluación del desempeño	Nivel de autorización del Ministerio de Salud, ONG y/o organización privada	Instrumento final de evaluación del desempeño aprobado por el Ministerio de Salud, ONG y/o organización privada	Varía de 2 a 4 semanas.

Durante el desarrollo de los estándares de desempeño:

- Involucrar a los actores clave relevantes desde el principio y mantenerlos informados.
- Seleccionar los participantes correctos para el taller del desarrollo de los estándares.
- Actualizar/ estandarizar técnicamente al grupo de participantes antes el taller del desarrollo de los estándares para facilitar la revisión de los estándares en base a la evidencia.

- Preparar una “primera propuesta” de los estándares de desempeño operacionales, pero ser flexible para realizar cambios. Es importante escuchar a los proveedores y gerentes, ya que ellos conocen su lugar de trabajo y tendrán sugerencias valiosas en la mayoría de los casos.
- Obtener aprobación formal de los estándares del desempeño operacionales para aumentar la “autoridad y credibilidad” del instrumento y del proceso.

Involucrar a los actores clave

Los actores clave son individuos o grupos de personas que probablemente serán afectadas (o creen que serán afectadas), positiva o negativamente, por los cambios que se están promoviendo. Los actores clave reaccionarán a la iniciativa, favoreciéndola u oponiéndose, en base a sus opiniones sobre el impacto en sus intereses. La actitud de los actores clave hacia la iniciativa de GRBE puede ser crítica a su éxito en cada etapa del proceso. Esta es la razón por la que es esencial manejar cuidadosamente la relación con estos grupos e individuos durante toda la iniciativa.

Hay dos tipos de actores clave:

Primarios: los que están directamente involucrados en los procesos que van a cambiar o mejorar.

Secundarios: los que están indirectamente involucrados en los procesos que van a cambiar.

Los actores clave primarios en la iniciativa de la GRBE serán normalmente: proveedores de salud, gerentes, administradores de salud, los que dictan las políticas y clientes. Ejemplos de los actores clave secundarios son: organizaciones profesionales, universidades, organizaciones de la sociedad civil (organizaciones de los derechos del consumidor, de promoción, etc.) organizaciones religiosas, y organizaciones políticas y social. Los actores clave primarios son los que probablemente tienen mayor influencia en el proceso, aunque a veces el involucramiento de los grupos secundarios pueden tomar un mayor relevancia.

Cada categoría de actores clave tienen distintos tipos de intereses. (Ver **Tabla 17** para ejemplos de intereses de los actores clave y la **Figura 10** para la matriz en como clasificar el nivel de interés de los actores clave). La primera tarea es seguir los siguientes pasos para aprender lo más posible sobre esos intereses:

- Identificar a todos los actores clave (primarios y secundarios).
- Especificar la naturaleza de sus intereses.
- Evaluar el nivel de sus intereses en la iniciativa.
- Evaluar la fortaleza de los actores clave y su impacto potencial en el proyecto.

Tabla 17. Ejemplos de los Intereses de los Actores Clave

ACTORES CLAVE	TIPO DE INTERÉS
Proveedores de salud	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intereses económicos ■ Premios sociales y psicológicos ■ Libre de decisiones arbitrarias ■ Condiciones de trabajo ■ Oportunidades de crecimiento individual y profesional
Gerentes de salud	<ul style="list-style-type: none"> ■ Costo de los servicios ■ Resultados ■ Productividad ■ Oportunidades para crecimiento individual y profesional ■ Apoyo de la alta gerencia/nivel político
Clientes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Efectividad y calidad de los servicios ■ Aseguramiento de la calidad ■ Ambiente amigable ■ Información técnica sobre los servicios ■ Costo de la atención

Una vez que haya una comprensión clara de los intereses de los actores clave tenemos que manejar la situación para obtener su ayuda y trabajar hacia las metas comunes, teniendo presente que los actores clave pueden tener intereses diferentes a los nuestros pero que no son nuestros enemigos. En el manejo de la relación con los actores clave debemos intentar:

- Empezar a construir con el apoyo de los que ya están a favor de la iniciativa.
- Neutralizar a los que están en contra, incorporando sus puntos de vista o negociando con ellos.
- Mantener el contacto y la comunicación constante.
- Monitorear cuidadosamente las relaciones con los actores clave que tienen más influencia potencial.

Figura 10. Determinar el Nivel de Interés de los Actores Clave en la Iniciativa de la GRBE

	En favor	En contra
Muy interesadas		
No muy interesadas		

Algunos puntos clave en el proceso donde los actores clave deben estar involucradas:

- Diseño de la iniciativa de la GRBE
- Reunión del equipo coordinador
- Desarrollo de los estándares del desempeño
- Definición de la infraestructura de facilitación
- Identificación de los mecanismos de reconocimiento
- Movilización de los recursos
- Decisiones sobre la institucionalización de la iniciativa de GRBE

Se deben realizar reuniones periódicas con los actores clave para mantenerlas informada sobre el progreso de la iniciativa, revisar algunas nuevos temas o desarrollo potencial para movilizar su apoyo. La frecuencia de estas reuniones variará según las características de la iniciativa de GRBE y las personas pero, generalmente no deben ser menos de dos o tres reuniones por año para la revisión del progreso.

Durante las reuniones con los actores clave es importante lograr acuerdos específicos y concretos en diversos aspectos de la iniciativa. Estos acuerdos podían ser menos o más formales, dependiendo del tema tratado. Cuanto más relevante es el tema para la iniciativa de GRBE, más formal debe ser el acuerdo. Muy a menudo, los acuerdos alcanzados en estas reuniones se basan en la participación voluntaria de los actores clave con la decisión hecha. Sin embargo, en algunas ocasiones, puede ser apropiado utilizar la influencia de un cierto nivel de autoridad formal para hacer cumplir los acuerdos. La **Figura 11** muestra los tipos de acuerdos posibles con actores clave.

Figura 11. Determinación de Tipos de Acuerdos con Actores Clave en la Iniciativa de GRBE

	Voluntario	Impuesto
Formal	Acuerdo escrito	Orden escrita
Informal	Acuerdo verbal	Orden verbal

Creación de una infraestructura inicial

Las entidades de apoyo que tienen que ser creadas o desarrolladas en esta etapa son el equipo coordinador de la GRBE, los asesores técnicos y los equipos de facilitadores. Es importante asegurar que un número suficiente de asesores técnicos, expertos en el tema del área relevante y en destrezas de capacitación y facilitación, estén disponibles desde el principio del proceso para proporcionar la ayuda a los establecimientos participantes.

La capacitación de los equipos de facilitadores comienza en esta etapa con la implementación del primer módulo de capacitación. Este módulo proporciona a los equipos las destrezas necesarias para apoyar las actividades de la fase de preparación e inicio. (Para los detalles en la organización del equipo coordinador y del desarrollo de asesores técnicos y de facilitadores, ver “Facilitación de la GRBE” en la página 35.)

Promoción de la iniciativa de GRBE en los niveles locales y en los establecimientos

La participación en la GRBE debe ser voluntaria y por eso todos los establecimientos tienen que tomar una decisión sobre su participación en el proceso. Los facilitadores tienen que proporcionar la información a los distritos/ provincias, a ONGs y a los establecimientos de la salud según sea apropiado, en relación a los objetivos, metodología, instrumentos, actividades, ventajas, desafíos y compromisos para el proceso de GRBE. Para este propósito, los facilitadores deben organizar reuniones en el nivel apropiado (distritos, ONGs o establecimientos de salud). Después de recibir la información, cada distrito/ONG y establecimiento debe tomar una decisión sobre su participación en el proceso de GRBE y notificar formalmente (Ej. en una carta de acuerdo) a los facilitadores y/o al equipo coordinador su decisión, incluyendo los nombres de las personas de contacto para la iniciativa con fines de coordinación y comunicación.

La **Tabla 18** muestra una guía y listado de participantes que los facilitadores capacitados utilizaron para conducir reuniones promocionales a nivel de hospital de una iniciativa de GRBE sobre la prevención de infecciones en Malawi.

Tabla 18. Guía para Facilitadores y Listado de Participantes para una Iniciativa sobre la Prevención de Infecciones en Malawi.

GUIA PARA LA REUNIÓN	LISTADO DE PARTICIPANTES INVITADOS
<ul style="list-style-type: none"> ■ Bienvenida y presentaciones ■ Por qué es importante la prevención de infecciones y los beneficios de mejorar estas practicas (Ej. Proteger a los proveedores de salud, clientes y el medio ambiente, disminuir las infecciones nosocomiales, aumentar eficiencia, disminuir la duración de la hospitalización, disminuir costos) ■ Resumen del proceso de GRBE (incluyendo pasos, ventajas, requerimientos, etc.) ■ Instrumento de Evaluación ■ Línea de base y próximos pasos ■ Cómo se organizarán los equipos y comités de Prevención de Infecciones ■ El apoyo requerido y compromisos de administración 	<p>Director del hospital Administrador del hospital Jefes de los departamentos Enfermera jefa</p>

Evaluación de las brechas en el desempeño

La identificación inicial de las brechas del desempeño requiere de una evaluación de línea de base. En la mayoría de los casos de la primera evaluación del establecimiento, los facilitadores capacitados deben apoyar activamente a los equipos del establecimiento a conducirla. Sin embargo, en algunos casos la línea de base puede ser totalmente realizada por los establecimientos siguiendo las instrucciones sobre cómo conducirla que están incluidas en el instrumento de evaluación.

El equipo del establecimiento debe planificar y preparar adecuadamente la evaluación de línea de base, asegurando que:

- El equipo evaluador tenga suficiente información sobre el establecimiento de salud (Ej. su horario, flujo de clientes, etc.)
- Las fechas para la evaluación hayan sido comunicadas a los gerentes y proveedores.
- Los gerentes y proveedores del establecimiento hayan sido informados sobre lo que está incluido en la línea de base.
- El personal de cada área de la evaluación haya sido identificado (Ej. laboratorio, atención prenatal, lavandería, etc.)
- Las responsabilidades hayan sido claramente identificadas dentro del equipo de evaluación
- El material necesario está disponible, incluyendo copias del instrumento de evaluación, lápices y gomas.
- Los procedimientos y rutinas del establecimientos sean respetados (Ej. horarios, códigos de vestuario, etc.)
- La privacidad de los pacientes sea respetada y el equipo de evaluación no interfiera con los servicios que se entregan al público.

Es importante que los/las evaluadores se hayan sido familiarizados con el instrumento de evaluación antes de hacer la línea de base. Algunos tipos de servicios van a requerir que las personas expertas en ciertas áreas (Ej. trabajo de parto y parto, consejería y prueba para el VIH) participen en el equipo de evaluación.

El equipo que conduce la evaluación de la línea de base debe reunirse para repasar y anotar los resultados tan pronto como se termine la evaluación. (Ver **Tabla 19** para una muestra de un formulario resumen para la puntuación de los logros de los estándares del desempeño.)

Puntuación de los resultados de la evaluación de línea de base

Para llenar el formulario resumen:

- Escribir el número de los estándares del desempeño logrados por área y en total.
- Calcular y escribir el porcentaje de los estándares del desempeño logrados por área y en total

Tabla 19. Ejemplo de un Formulario Resumen para los Servicios de Consejería y Prueba Voluntaria para el VIH (CPV)

ÁREAS	TOTAL DE ESTÁNDARES DEL DESEMPEÑO POR ÁREA	ESTÁNDARES DEL DESEMPEÑO LOGRADOS	
		Número	Porcentaje
Pre-prueba/educación grupal para VIH/SIDA y CVP	6	2	33
Consejería uno-a-uno para la pre- prueba	7	3	43
Prueba VIH	9	4	44
Consejería uno-a-uno para la post- prueba	12	2	17
Sistemas de apoyo para CPV	11	4	36
Total	45	15	33

Después de la revisión y puntuación del instrumento y los formularios llenados, el equipo de evaluación prepara una reunión de retroalimentación para compartir los resultados con los gerentes y el personal clave (Ej., director del establecimiento, jefes de los departamentos, administrador). Si fuera necesario, los asesores técnicos también deben participar en la reunión de retroalimentación. Es muy importante fijar una fecha lo antes posible para capitalizar las expectativas generadas entre los trabajadores del establecimiento por la evaluación de línea de base. Durante la reunión, se deben identificar las áreas con fortalezas y brechas del desempeño. La idea es utilizar estos resultados como la base para implementar cambios y mejoras.

La duración de la evaluación de la línea de base varía según los servicios a ser evaluados, pero normalmente se cumple en 1 o 2 días.

QUÉ HACER DURANTE LA REUNIÓN DE RETROALIMENTACIÓN

Durante la reunión de retroalimentación, el equipo evaluador debe:

- Entregar sus propias impresiones y no las de otros.
 - Respetar la auto-estima del personal del establecimiento.
 - Proveer una copia del instrumento de evaluación con los resultados.
 - Presentar los resultados de la línea de base al personal, total y por área
 - Ser específico y descriptivo.
 - Empezar siempre con los aspectos positivos y felicitar al establecimiento cuyas áreas se está desempeñando satisfactoriamente.
 - Sugerir que el establecimiento pueda empezar mejoras interviniendo las brechas relativamente sencillas.
 - Informar al personal que se va a brindar apoyo para corregir las brechas más complejas.
 - Ser interactivo y solicitar las sugerencias y opiniones del personal.
-

FORTALECIMIENTO

En esta segunda fase, las tareas principales son:

- Empezar mejorías y demostrar resultados iniciales tangibles.
- Crear/fortalecer equipos y redes de implementadores comprometidos.
- Desarrollar un sistema de retroalimentación.

Comienzo de las mejorías y logro de resultados iniciales

Uno de los factores más importantes que favorece el cambio es el logro de resultados positivos por el establecimiento. Cuando los gerentes, tomadores de decisiones y otros actores clave, incluyendo los clientes y la comunidad ven resultados, están más dispuestos a apoyar las iniciativas de cambios. Es por eso que la GRBE enfoca en el logro de resultados desde el principio del proceso. Los facilitadores orientan a los equipos locales a examinar las brechas desde la evaluación de la línea de base y dividen las brechas en tres amplias categorías:

- Las brechas que no requieren un análisis de causa significativo porque el problema es obvio y sencillo (Ej. la designación de una persona a cargo de una tarea, compras menores para reemplazar piezas dañadas de equipos y reubicaciones menores de suministros y equipos para que estén disponible en su lugar de uso).
- Las brechas que probablemente son causadas por factores que están bajo el control local/ establecimiento y pueden ser eliminadas con la movilización de recursos locales (Ej. modificación de algunos procedimientos internos, redistribución de cargas de trabajo dentro del establecimiento, reubicación de recursos internos, algún tipo de capacitación, implementación de ciertos tipos de servicios).
- Las brechas que probablemente son causadas por factores que están fuera del control local/ establecimiento y que normalmente requieren la movilización de recursos externos significativos (Ej. cambios de políticas, aumentos de salarios, aumento del personal, provisión de presupuestos adicionales, remodelación física/construcción del establecimiento).

Se anima a los gerentes y proveedores a hacer los cambios inmediatos empezando con las cosas más sencillas y que tengan causas bajo el control local—**“la fruta más baja.”** El énfasis en este

momento inicial está puesto en acción en vez de análisis en profundidad. Las intervenciones rápidas producen resultados rápidos que atraen la atención de gerentes y aumentan la motivación de los implementadores del proceso del cambio.

Otra ventaja de las intervenciones rápidas es que permiten el desarrollo gradual de las destrezas para el gerenciamiento de cambios por parte de los trabajadores locales de salud. Los trabajadores gradualmente van conociendo las conexiones múltiples de la entrega de servicios y de los procesos gerenciales y pueden ser más capaces de manejarlos a favor del cambio. También, al implementar cambios relativamente simples y lograr resultados observables se aumenta el nivel de confianza del personal local.

En resumen, las intervenciones rápidas:

- Producen resultados inmediatos
- Producen un sentido de fortalecimiento
- Crean un impulso para el cambio
- Incrementan las destrezas para el gerenciamiento de cambios

Generalmente, después de haber tenido cierta experiencia implementando cambios basados en intervenciones rápidas y la solución de causas bajo el control local, los equipos de mejoría pueden ocuparse con más eficacia de causas raíz o más complejas que requieran un análisis más cuidadoso de causas y la provisión de ayuda externa.

Fortalecimiento de equipos y redes de implementadores comprometidos

Para implementar las intervenciones, los equipos de trabajadores de salud deben ser organizados a nivel del establecimiento y por unidad/servicio según sea apropiado. Para crear y expandir los equipos los implementadores deben:

- Identificar campeones. En casi todos los establecimientos hay individuos que son capaces de entender los beneficios de las mejorías propuestas antes que la mayoría de sus colegas. Conocidos como los primeros en adoptar las innovaciones, son usualmente individuos capaces, con alta motivación personal, que inspiran el respeto de sus colegas y otros trabajadores. Estos campeones deben ser los líderes y el respaldo de los equipos de mejorías de GRBE en los establecimientos.
- Ampliar los equipos de implementación con gente comprometida. Además de los campeones, los equipos deben ampliarse para incorporar a otros trabajadores que estén abiertos al cambio, queriendo colaborar y capaz de asumir responsabilidades y compromisos. Son esenciales para la planificación, coordinación y para conducir las actividades requeridas por el proceso.

Una manera útil para organizar los equipos del establecimiento es tener un equipo central de mejoría de GRBE así como también equipos de cada área dirigidos por el instrumento de evaluación. El equipo central tendrá la responsabilidad global de coordinación para la iniciativa y los equipos de área tendrán el cargo de coordinación e implementación de las mejorías en cada área. Construyendo equipos alrededor de las áreas del instrumento de evaluación (Ej. prevención de infecciones, trabajo de parto y parto, lavandería, sala de cirugía, atención prenatal, etc.) ayuda a clarificar las responsabilidades, reforzar el trabajo en equipo y promover una competencia saludable entre las áreas del mismo establecimiento. También se puede incluir a miembros de la comunidad dentro de

los equipos del establecimiento según sea apropiado. A menudo, los miembros de la comunidad pueden actuar como promotores y ayudar a los equipos locales a movilizar recursos en la comunidad. (Ver **Tabla 20** para un ejemplo de matriz para organizar equipos para atención obstétrica esencial).

Tabla 20. Matriz para Organizar Equipos en Atención Obstétrica Esencial

	COORDINADOR/A	MIEMBRO	MIEMBRO
Complicaciones del embarazo			
Atención del trabajo de parto, parto, post parto y del recién nacido			
Servicios de apoyo			
Información, educación y comunicación			
Recursos humanos, físicos y materiales			
Sistemas gerenciales			

El instrumento básico para organizar el trabajo en cada equipo es el plan operacional. Basado en los resultados de la evaluación, cada equipo de área debe preparar un plan operacional simple que destaca las brechas/causas que desean corregir, cuál será la intervención, quién es el responsable, qué recursos son necesarios, y las fechas de inicio y los plazos de cumplimiento. Los plazos y la asignación de responsabilidades son particularmente importantes para promover la acción. La identificación de potenciales recursos necesarios es útil para guiar los esfuerzos de movilización de recursos y hacer que las cosas suceden.

Se debe revisar periódicamente el plan operacional para comprobar la terminación de tareas y para agregar nuevas. Se recomienda que cada mes se realice una reunión de supervisión para comprobar el progreso hecho en el plan de acción, y cada 3-4 meses para una revisión más amplia del plan (Ver **Tabla 8** en la página 23 para una muestra de un plan operacional.)

Al mismo tiempo que el trabajo se está desarrollando a nivel del establecimiento, es importante desarrollar redes de los establecimientos que están en el mismo proceso de mejoría. Las redes son mecanismos importantes para la ayuda mutua y son un vehículo muy eficiente para el intercambio abierto de experiencias y mejores prácticas a través de una comunicación lateral no jerárquica.

Desarrollo de un sistema de retroalimentación

Una vez que empieza la implementación de los planes operacionales y las mejorías comienzan a suceder, es importante comprobar periódicamente el progreso en el logro de los estándares del desempeño. Esta información es útil para las personas que implementan directamente las actividades de mejoría y también para los actores clave involucradas en el proceso.

El avance del proceso se hace evidente a través de diversos tipos de evaluaciones conducidas usando el instrumento de evaluación. Según lo mencionado anteriormente, auto-evaluaciones por los mismos proveedores, evaluaciones de pares entre colegas, supervisión interna, supervisión facilitadora, evaluaciones externas de verificación, y opiniones de clientes y de comunidades constituyen un sistema multidimensional de retroalimentación que crea fuentes múltiples de apoyo y de control para el proceso.

Es importante animar a los gerentes y proveedores a nivel del establecimiento que realicen periódica y sistemáticamente este tipo de evaluaciones. Sus resultados, particularmente los de supervisión interna, supervisión facilitadora, evaluaciones externas, y opiniones de clientes y de la comunidad, se deben diseminar, según sea apropiado, entre los implementadores del proceso y los actores clave. Para este propósito, es importante desarrollar mecanismos eficaces de comunicación dentro y fuera del establecimiento, incluyendo reuniones periódicas y canales escritos y orales. (Ver “El rol de la comunicación,” en página 65 para más información sobre este tema.)

Algunos de los desafíos de las autoevaluaciones y las evaluaciones internas del establecimiento se relacionan con su credibilidad. Particularmente al principio del proceso, el personal del establecimiento pudo no haberse familiarizado totalmente con el instrumento de evaluación, la colección de datos o la metodología para la puntuación, lo que puede introducir inexactitudes en las mediciones iniciales. Además, en ambientes punitivos el personal podría estar tentado de inflar falsamente sus puntajes. Sin embargo, la experiencia demuestra que los trabajadores de salud gradualmente entienden la importancia de tener información válida para dirigir el proceso de mejoría en sus establecimientos. La creación de un ambiente más abierto y la existencia de otras fuentes no jerárquicas de control ayudan al proceso en este sentido.

Además de estos mecanismos, el intercambio de las mejores prácticas o el análisis comparativo entre redes de establecimientos es otra estrategia muy eficaz para la retroalimentación y el apoyo. Desde el punto de vista del gerenciamiento del cambio, implementar este proceso tiene varias ventajas importantes. El análisis comparativo:

- Es una “llamada de alerta” efectiva y ayuda a reforzar el cambio.
- Proporciona una manera más eficaz de diseñar e implementar soluciones a las brechas del desempeño. A menudo, las soluciones exitosas desarrolladas en un establecimiento toman en cuenta las condiciones locales y pueden ser más fácilmente adaptadas a otros con las mismas características.

- Tiene un efecto de motivación muy importante. Refuerza la moral del personal que comparte experiencias exitosas y fomenta el proceso de mejoría en sus establecimientos. El análisis comparativo también facilita la tarea de los que aprenden de las experiencias del otro y provee un modelo y una meta para alcanzar y sobrepasar.
- Crea y refuerza las redes de colaboración y promueve una cultura que sea receptiva a ideas y enfoques nuevos.
- Refuerza el proceso de aprendizaje a través de enseñanza mutua y el intercambio de experiencias.
- Crea una fuente adicional de apoyo y control para el proceso de mejoría de los colegas y pares.

La Tabla 21 (ver la página 59) muestra ejemplos de resultados de varias evaluaciones internas de monitoreo. Estos resultados pueden ser usados para conducir las actividades del análisis comparativo. Los establecimientos con bajo puntaje en un área pueden mirar a los otros establecimientos con puntajes superiores en la misma área para descubrir si hay lecciones que pueden adaptar. Los establecimientos pueden intercambiar información de su progreso y logros durante las reuniones (como en los módulos de capacitación o reuniones periódicas especialmente organizadas) o a través de comunicación escrita o electrónica.

Basada en la información compartida, los establecimientos pueden organizar visitas para el análisis comparativo y aprender sobre las mejorías hechas en otros lugares. Para aprovechar totalmente estas visitas los establecimientos deben seguir algunos de estos pasos recomendados:

- Identificar el área técnica a revisar y la brecha a ser cerrada.
- Identificar los socios potenciales de las “mejores prácticas”.
- Contactar a los socios.
- Seleccionar un equipo para el análisis comparativo (personas apropiadas, familiarizadas con el área técnica).
- Preparar la visita de análisis comparativo (qué información a reunir, logística de la visita).
- Conducir la visita de análisis comparativo.
- Analizar los hallazgos de la visita y hacer recomendaciones.
- Implementar las recomendaciones y monitorear sus resultados.

REFORZAMIENTO

Las tareas principales en esta etapa son:

- Incrementar y expandir las mejorías del desempeño y la calidad a un nivel significativo.
- Institucionalizar el proceso de la GRBE.
- Expandir los roles de los clientes, la comunidad y otros grupos involucrados.
- Recompensar y publicar los logros

Alcanzar las metas de la mejoría

En la etapa de reforzamiento, las brechas del desempeño más sencillas y menos complejas usualmente han sido abordadas y resueltas. Lo más probable es que los establecimientos han logrado el 60 por

ciento o más de los estándares del desempeño. Sin embargo, para alcanzar un nivel significativo de la calidad es generalmente necesario alcanzar por lo menos el 80 por ciento de los estándares. Para alcanzar el siguiente paso en la calidad se requiere ahora algunos tipos de acciones diferentes:

- Reenfocar en brechas seleccionadas persistentes. Al principio del proceso la recomendación era comenzar con las brechas de menos resistencia sin ponerlas en orden de prioridad. En esta etapa, es importante concentrar las energías del equipo en las brechas resistentes que no estén mostrando mejoría y tener un mayor impacto en el logro de los estándares.
- Realizar un análisis a mayor profundidad de las causas de las brechas. Los equipos de la mejoría que usualmente han ganado experiencia substancial en la promoción e implementación de cambios en los establecimientos deben ahora dedicar más atención a analizar las causas de las brechas persistentes para intentar encontrar sus causas profundas. Esta tarea requerirá a menudo un esfuerzo ampliado del equipo para incorporar la experiencia y las opiniones de más trabajadores de salud. También será necesario reuniones con más planificación y un análisis más sistemático de la información.
- Determinar objetivos claros de mejoría. Al principio del proceso la consideración más importante era aprovechar cada oportunidad de hacer mejorías. En esta etapa, se deben fijar objetivos claros, especificando las brechas que necesitan ser reducidas o cerradas y en qué plazo.
- Movilizar los recursos adicionales técnicos y financieros. El análisis más profundo de las causas de las brechas y la identificación de intervenciones apropiadas pueden requerir apoyo de recursos técnicos especializados fuera del establecimiento. Los equipos de mejoría con la ayuda de los facilitadores deben estar listos para movilizar tal apoyo. Asimismo, pueden ser necesarios recursos financieros adicionales, y deben redoblar los esfuerzos creativos para movilizarlos a partir de diferentes fuentes potenciales..

Institucionalización de la GRBE

Las intervenciones necesarias para cerrar las brechas más complejas son generalmente las que abordan factores sistémicos. Es probable que en esta etapa los equipos de mejoría se ocupen de causas raíz más bien que de síntomas o de causas evidentes. Las intervenciones implementadas en esta fase se relacionan normalmente con los cambios en políticas institucionales que van más allá de los límites de los establecimientos del distrito/provincial e incluso de los niveles nacionales. Estas intervenciones caen en las áreas de sistemas organizacionales más amplias como gerencia de recursos humanos (incluyendo la definición y asignación del personal, o políticas e incentivos del salario), asignaciones del presupuesto, remodelación/construcción de la planta física, políticas de entrega de servicio y otras.

Cambiar sistemas organizacionales más amplios es difícil, pero es generalmente esencial para cerrar las brechas más complejas. El éxito en cumplir esta tarea es más probable si se ha fortalecido nuestra influencia construyendo el impulso suficiente para el cambio y se han tomado las siguientes acciones:

- Obtención de resultados visibles del proceso de mejoría. Esto es importante porque los gerentes de alto nivel y los que dictan las políticas podrán visualizar las ventajas del proceso de mejoría para la organización entera y estarán más inclinados a proporcionar apoyo a la iniciativa. El efecto de resultados positivos es incluso mayor si fue obtenido con la movilización de recursos locales, porque los gerentes y los políticos considerarán que no toda la responsabilidad de apoyar el proceso está puesta en sus hombros.

- Creación de opinión pública en favor de los cambios realizados. La resistencia de gerentes de alto nivel y de los que dictan las políticas a cambios más amplios y sistémicos será más débil si se ha podido generar el apoyo de diversos actores clave implicados en la iniciativa como proveedores, clientes, gerentes locales, líderes de la comunidad, y organizaciones de los derechos del consumidor, profesionales y otras organizaciones de la sociedad civil. El apoyo de estos actores o grupos clave se puede expresar en diversos tipos de actividades de defensa a favor de los cambios propuestos.
- Definición clara de los cambios deseados. Al procurar el cambio sistémico, es muy importante ser tan específico como sea posible, definiendo claramente los límites de las propuestas para evitar que los gerentes y políticos se sienten abrumados y asustados de las consecuencias de los cambios. En este sentido, es útil siempre que sea posible tener una idea aproximada de los costos potenciales de las propuestas, de tal modo de evitar peticiones poco realistas.

Otro aspecto importante de implementar cambios a un nivel institucional más amplio es que ayuda a hacer las mejorías menos reversibles. En esta etapa, deseamos hacer que los cambios positivos sean los más permanentes posibles.

Tabla 21. Ejemplo de Medición del Progreso (tabla que muestra los porcentajes de los estándares logrados en siete hospitales en Malawi)

ÁREAS	CHIKWAWA DH			ST. JOHN'S H			LCH			MZUZU CH			QECH			ZOMBA CH			LIKUNI H		
	Base	Int	Ext	Base	Int	Ext	Base	Int	Ext	Base	Int	Ext	Base	Int	Ext	Base	Int	Ext	Base	Int	Ext
Abastecim. y Esterilización	8.3	59.2	58.3	37.5	83.0	83.3	4.2	73.0	83.3	37.5	39.0	83.3	12.5	64.9	83.3	29.1	54.0	41.6	31.8	62.0	81.8
Sala de cirugía			54.5			90.9			68.8			95.8			81.8			22.7			90.9
Sistemas de aislamiento	0.0	9.1	10.0	0.0	63.0	90.0	0.0	18.2	10.0	0.0	27.3	60.0	0.0	45.4	40.0	0.0	27.0	20.0	0.0	36.0	80.0
Pre parto y parto	8.0	55.6	77.7	8.3	72.0	83.3	25.0	44.4	50.0	25.0	39.0	83.3	25.0	61.1	83.3	33.3	83.0	33.3	16.6	66.7	88.8
Salas de pacientes	7.6	34.0	12.9	15.4	84.0	90.9	30.7	56.0	31.8	7.14	63.6	86.0	7.1	61.3	86.3	0.0	41.0	44.7	35.7	61.0	80.0
Clinicas de PF	0.0	54.5	65.2	18.2	63.0	100	16.6	77.3	62.5	58.3	77.3	100	58.3	81.8	87.0	16.6	68.0	60.8	54.5	40.9	85.7
Dental	0.0	78.5	57.1	13.0	78.0	92.7	20.0	93.0	64.2	20.0	57.0	92.7	20.0	71.4	85.7	0.0	87.0	71.4	20.0	50.0	80.0
Laboratorio	8.0	58.8	68.2	25.0	58.0	100	16.6	64.7	36.3	8.0	29.4	80.9	8.0	58.8	86.3	25.0	64.0	27.2	25.0	52.9	81.7
Morgue	0.0	50.0	83.3	0.0	75.0	83.3	0.0	58.3	50.0	0.0	83.3	91.6	0.0	66.6	83.3	0.0	75.0	66.6	N.O.	66.6	83.3
Administrativo	0.0	16.7	12.5	0.0	50.0	87.5	25.0	16.7	12.5	0.0	0.0	85.0	0.0	33.3	87.5	0.0	33.0	25.0	0.0	33.0	100
Educación. Pac./cliente	0.0	0.0	0.00	0.0	50.0	100	0.0	50.0	0.0	25.0	0.0	100	25.0	75.0	100	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	75.0
Preparación de comida	14.0	14.3	14.2	0.0	71.0	85.7	14.2	71.4	85.7	28.5	85.7	100	28.5	28.5	85.7	14.2	57.1	71.4	42.8	57.0	85.7
Lavandería	16.3	83.3	83.3	16.7	50.0	83.3	83.3	100	83.3	33.3	56.7	100	33.3	66.6	83.3	33.3	67.0	66.6	33.3	83.0	100
Manejo de desechos	0.0	40.0	20.0	66.7	80.0	100	25.0	0.0	40.0	0.0	60.0	100	0.0	80.0	60.0	0.0	20.0	40.0	75.0	80.0	80.0
Total	6.6	47.2	46.4	21.7	73.0	90.8	19.3	60.6	48.0	19.1	51.7	88.7	19.1	63.1	83.1	16.6	56.0	43.7	30.0	57.7	89.7

Línea de base (Mar – Jul 2002)

Monitoreo interno (May – Jul 2003)

Evaluación externa (Jun – Jul – Ago 2004)

Expansión del rol de clientes y de la comunidad

Lograr calidad que sea sostenible no solamente requiere una acción decidida y compromiso de parte del proveedor; también es esencial la participación proactiva e informada de los usuarios de los servicios de salud. Hay varias maneras en cómo los clientes y las comunidades pueden hacer contribuciones clave al reforzamiento de los cambios que se promueven a través del proceso de GRBE:

- Aportando con sus percepciones y preferencias de la calidad.
- Promoción de la mejoría de calidad.
- Participación y apoyo en las actividades de mejoría de calidad.
- Actuación como una fuente de control para la calidad.

Para más detalles sobre el papel de clientes y de comunidades en GRBE, ver la “Fortalecimiento de la demanda y la participación” en la página 62.

Reconocimiento y diseminación de los logros

Otro mecanismo de gran alcance para reforzar los cambios es el reconocimiento de los logros hechos durante el proceso de GRBE. Como se describió anteriormente, el reconocimiento se puede demostrar bajo la forma de retroalimentación, reconocimiento social o material, o una combinación de éstos.



Foto por: Jbpiogo/Malawi

Ceremonia de reconocimiento para el personal de un hospital en Malawi

Los elementos centrales de la GRBE son las actividades y la ceremonia del reconocimiento que ocurren cuando los establecimientos alcanzan el nivel preestablecido de los estándares de calidad. Esta ceremonia debe incluir los líderes de la institución a que pertenece el establecimiento (Ministerio de Salud, ONG, etc.), representantes de la comunidad y de la sociedad civil (incluyendo representantes del gobierno local cuando sea adecuado), trabajadores y gerentes del establecimiento.



photo by: Jbpiogo/Malawi

Presentación de una placa

Durante la ceremonia, la dirección institucional o el gobierno local confiere normalmente un premio simbólico (Ej. una placa, un diploma conmemorativo, etc.) a los representantes del establecimiento por el logro de los estándares. Este premio simbólico puede ser vinculado a algún tipo de recompensas materiales para el establecimiento (premio en dinero, asignaciones presupuestarias adicionales o apoyo puntual como equipamiento, fuentes u oportunidades profesionales del desarrollo).

Además de reconocer los logros del establecimiento, uno de los propósitos básicos de una ceremonia de reconocimiento de alto perfil es crear conciencia sobre los niveles deseados de calidad de atención entre el público en general. Los clientes y las comunidades que están más enterados de los niveles de calidad alcanzados por el establecimiento crean una presión para mantener las mejorías logradas. Asimismo, la ceremonia de reconocimiento facilita la difusión de la experiencia entre trabajadores de salud en

otros establecimientos que todavía no están participando en el proceso de mejoría del desempeño y la calidad. Es más fácil crear conciencia usando estrategias apropiadas de comunicación, incluyendo medios de comunicación masivos/cobertura de prensa de la ceremonia (periódicos, radio y/o televisión). Para más información sobre cómo diseñar y utilizar estrategias de la comunicación, ver “El rol de la comunicación” en la página 66.

Las tres fases del proceso de la GRBE — preparación e iniciación, fortalecimiento y reforzamiento— constituyen diversas etapas de un proceso de aprendizaje continuo para todos los involucrados (trabajadores de salud, clientes, comunidades, facilitadores, asesores técnicos y líderes institucionales). Este aprendizaje colectivo es la condición y la base para el sostenibilidad y el desarrollo posterior de la iniciativa de la mejoría del desempeño y la calidad.



Foto por: Jbpiogo/Malawi

Actuación sobre Prevención de Infecciones del grupo teatral del Hospital Central Mzuzu durante una ceremonia de reconocimiento en Malawi

FORTALECIMIENTO DE LA DEMANDA Y LA PARTICIPACIÓN

La participación informada y proactiva de los usuarios de los servicios de salud será una de las características más importantes de los sistemas de la salud de este siglo. Los clientes y las comunidades pueden desempeñar un papel dominante en definir, promover, lograr y sostener la calidad de los servicios de salud. Según lo mencionado anteriormente, pueden hacerlo a través de:

- Provisión de sus opiniones sobre sus percepciones y preferencias de la calidad.
- Promoción de la mejoría de calidad.
- Participación y apoyo en las actividades de mejoría de calidad.
- Actuar como una fuente de control para la calidad.

OBTENCIÓN DE LA OPINIÓN DE CLIENTES Y COMUNIDAD

Un aporte extremadamente valioso para el diseño y la organización de los servicios de salud es aprender sobre preferencias de los clientes con respecto a la atención de salud que reciben o desean recibir. Los servicios personalizados son más probables de aumentar la satisfacción del cliente y facilitar el acceso y utilización de los establecimientos de salud.

Hay varias maneras de saber más sobre las percepciones y preferencias de los clientes y comunidades en relación a los servicios de salud. Una opción es revisar y analizar la información existente, si está disponible. Generalmente es posible obtener información sobre la utilización de los servicios en encuestas de salud nacionales/regionales (Ej. las encuestas demográficas y de salud). Esta información se desagrega a menudo por tipo de establecimiento y proveedor e indican a veces las razones de las elecciones de los clientes. Otras fuentes de información son estudios específicos, cuantitativos o cualitativos en la entrega y utilización de tipos específicos de servicio, como estudios sobre aceptación y continuidad de métodos anticonceptivos, o la utilización de los establecimientos para el parto.

A veces, no hay información disponible sobre los tipos de servicios que necesitan ser mejorados por lo que los datos deben ser recopilados. Para éste propósito, es deseable utilizar métodos relativamente rápidos y comprables como encuestas de alcance limitado o reuniones con clientes y representantes de la comunidad. Por ejemplo, en Malawi, una ONG local condujo una encuesta rápida sobre las preferencias y percepciones de los clientes relacionadas con las prácticas de prevención de infecciones en hospitales para obtener la información necesaria para una iniciativa de GRBE. Los clientes reales y potenciales fueron entrevistados en una muestra de hospitales en las regiones seleccionadas del país usando un cuestionario estándar. Otro ejemplo es la iniciativa de PROQUALI en Brasil, donde el Centro para Programas de Comunicación (CPC) de la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins recogió información sobre las preferencias de las usuarias en relación a los servicios de salud reproductiva usando la metodología de grupo focal aplicado a las usuarias reales y potenciales de los centros de salud. En Guatemala, el CPC usó una metodología de reunión video- participativa para facilitar el diálogo entre miembros de la comunidad sobre la utilización de establecimientos para dar a luz y las preferencias sobre la atención materna.

Cualquier método que se aplique, debe incorporar las opiniones del cliente y de la comunidad en los estándares del desempeño. Por ejemplo, de la encuesta en Malawi mencionada anteriormente, fue posible conocer que los clientes estaban preocupados por las áreas de espera congestionadas y no ventiladas del hospital por el riesgo percibido de adquirir enfermedades; en la experiencia de PROQUALI en Brasil, a los clientes que asistían a las clínicas de salud reproductivas les importaba los sanitarios limpios; en Guatemala, las mujeres embarazadas expresaron una fuerte preferencia por estar acompañadas por un pariente o una partera tradicional durante sus parto dentro del establecimiento de salud. Incorporar estos puntos de vista ayudará a que los servicios mejorados sean más amigables al usuario.

PROMOCIÓN DE LOS SERVICIOS DE ALTA CALIDAD

Los clientes pueden tener un rol muy importante en la promoción de mejores servicios de salud. La opinión pública, expresada de diversas maneras (reuniones directas, comunicaciones escritas, elecciones, etc.) es un medio poderoso para influir en los responsables clave y para obtener más apoyo para la mejoría de la atención de salud. Estos esfuerzos requieren a menudo la asignación de suficientes recursos y de la adopción de nuevas políticas sanitarias o la modificación de las existentes. Este rol de promoción es aún más importante en el contexto de la descentralización de la atención de salud. Mientras que el distrito o los gobiernos locales comienzan a desempeñar un papel más prominente en la toma de decisiones sobre servicios, el papel de la promoción llega a ser más crítico para asegurar que los servicios y los recursos están conforme a las necesidades y derechos de los clientes y la comunidad.

El rol de promoción se puede desempeñar con más eficacia cuando los clientes y la comunidad están bien informados sobre el significado y las características de servicios de alta calidad. La GRBE facilita este proceso al definir estándares del desempeño objetivos y concretos en la entrega de servicios de salud. Los clientes y las comunidades que están actualizados con los estándares pueden trabajar en conjunto con proveedores de los servicios y gerentes para promover el logro de estos estándares. Por ejemplo, en algunos municipios que participaban en la iniciativa de PROQUALI en Brasil, los representantes de la comunidad participaron activamente en la supervisión periódica de los establecimientos usando el instrumento de evaluación del desempeño. Este proceso permitió que estuvieran concientes de las brechas y necesidades del establecimiento, lo que los incitó a entrar en contacto con los gobiernos locales para obtener la ayuda requerida. De la misma manera, en una iniciativa de GRBE en salud materna y neonatal en Honduras, representantes de la comunidad participaron en la presentación y análisis de los resultados de evaluaciones periódicas de monitoreo hospitalario y después trabajaron con los proveedores y gerentes del establecimiento en abogar por recursos para resolver las brechas del desempeño.

PARTICIPACIÓN EN LA MEJORÍA DEL DESEMPEÑO Y LA CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD

Además de promover servicios de alta calidad, los clientes y comunidades pueden participar activamente en la implementación de actividades de mejoría y movilización de recursos. Esta participación puede extenderse desde la colaboración individual con los esfuerzos de mejoría hasta involucrarse en forma sistemática y organizada en la supervisión y gerencia del establecimiento. Las actividades de comunicación y educación de salud (ver la sección siguiente en “El rol de la comunicación”) facilitan la colaboración de clientes en proporcionar información. En varios hospitales que están conduciendo una iniciativa de GRBE en prevención de infecciones en Malawi, los clientes y familiares acompañantes (apoderados) están ayudando a mantener los patios del hospital limpios y a hacer cumplir regulaciones de circulación de las personas. En algunos hospitales,

los voluntarios ayudan con la limpieza del establecimiento en días específicos. Los clientes y parientes pueden también trabajar en redes y en conjunto con los proveedores para mejorar el cumplimiento del tratamiento.

En otros casos, las comunidades organizadas participan sistemáticamente en los comités que supervisan la organización y el funcionamiento de los establecimientos de la salud. En estos casos, los estándares del desempeño usados en el proceso de GRBE ayudan a los representantes de la comunidad a entender mejor cómo un servicio debe trabajar con estándares basados en evidencia.

Para los tipos más sistemáticos de participación de la comunidad, es útil seguir metodologías bien estructuradas como el Ciclo de Acción Comunitaria, un enfoque paso a paso bien definido y documentado de movilización comunitaria para la salud y el cambio social. El Ciclo de Acción Comunitaria fue iniciado por Save the Children bajo el Proyecto de Comunicación de Salud (PCS), y se ha utilizado en varios países incluyendo Brasil, Indonesia y Tanzania y países del oeste de África. Los pasos esenciales de este enfoque son: a) implementar un análisis de la comunidad; b) adaptar los instrumentos existentes o desarrollar nuevos para la implementación; c) capacitar facilitadores comunitarios; d) invitar y orientar a la comunidad; e) evaluar y priorizar los temas de calidad; f) diseñar un plan de implementación; g) monitorear la implementación; y h) evaluar el programa.

Más información sobre este proceso está contenida en el manual *Cómo movilizar a comunidades para la salud y el cambio social* (Howard-Grabman y Snetro 2003).

FUNCIONAMIENTO COMO UNA FUENTE DE CONTROL DE CALIDAD

Uno de los papeles más críticos de clientes y comunidades es participar para asegurar que los servicios de salud sean proporcionados según estándares de calidad. Para que los clientes y comunidades puedan cumplir este rol efectivamente, es necesario que existan determinados mecanismos:

- **Actividades de información y educación.** Los clientes deben estar informados sobre los procedimientos y los pasos recomendados a seguir y sobre sus derechos y responsabilidades durante la entrega de atención de salud. Esta información debe ser complementada con actividades educativas dirigidas a promover comportamientos positivos y fortalecer a los clientes para interactuar mejor con los proveedores de salud. Los clientes informados y fortalecidos se convierten en socios efectivos de los proveedores para asegurar mejores resultados de las actividades de salud.
- **Canales y procedimientos de retroalimentación.** Otro mecanismo clave a ser desarrollado es un sistema de retroalimentación que permita continuamente a los proveedores y clientes informarse uno al otro sobre cómo están cumpliendo sus roles en la entrega de atención de salud. Este sistema puede incluir mecanismos como cajas de sugerencias, entrevistas de salida (verbales o escritas), reuniones, boletines de noticias, sistemas del manejo de quejas y otros.
- **Un sistema confiable para proveedores y clientes.** Un sistema de control de calidad efectivo requiere de establecer claramente las consecuencias del desempeño tanto para proveedores como clientes. Es importante asegurar que estas consecuencias serán aplicadas en forma consistente y justa y que corresponderán a la magnitud del desempeño correcto o incorrecto.

Estos mecanismos que permiten a clientes y comunidades colaborar en el control de la calidad de la atención de salud generalmente se incorporan a los estándares del desempeño de la GRBE, en una

sección relacionada con la participación del cliente/de la comunidad o en otras secciones como educación del cliente y sistemas gerenciales.

EL ROL DE LA COMUNICACIÓN

En el contexto de la GRBE, se utilizan estrategias de comunicación no sólo para crear conciencia sobre la importancia de entregar servicios de salud de alta calidad y para generar demanda, sino también para servir como modelos y motivadores de comportamientos positivos del proveedor, del cliente y de la comunidad que apoyan el proceso de mejoría de calidad. Así, las estrategias de comunicación de la GRBE se diseñan para tener un impacto en el comportamiento de los proveedores y de los usuarios de los servicios.

La comunicación afecta el cambio de comportamiento del personal que entrega servicios a través de las nuevas normas que reflejan los estándares que el programa de GRBE pretende cambiar y a través de reconocer y premiar públicamente a los que los logran. La comunicación también tiene un impacto en el comportamiento de los que usan los servicios en diferentes niveles. Los mensajes se pueden diseñar para informar a los clientes y miembros de la comunidad sobre sus derechos a la calidad y crear sus expectativas sobre los servicios que utilizan. Los clientes comprenden que recibir servicios de alta calidad es su derecho y comienzan a exigir un alto nivel de calidad. Se puede utilizar la comunicación para demostrar comportamientos deseados y motivar a los clientes para que sean más proactivos e involucrados con su propia salud, particularmente cuando consultan a un proveedor.

Además, las campañas promocionales para los servicios que alcanzan el nivel requerido para el cumplimiento de los estándares de desempeño permiten que la población en general sepa dónde puede conseguir los servicios de alta calidad. Un sub producto de este tipo de promoción es la generación de demanda de calidad a nivel local. Las actividades de comunicación pueden estimular el interés y ejercer presión para incrementar la demanda de una mejoría de la calidad por los clientes.

LAS TRES PRINCIPALES FORMAS DE COMUNICACIÓN

Las estrategias efectivas de comunicación utilizan una variedad de formas de comunicación para asegurar que los mensajes y la información sobre el programa lleguen a las audiencias más amplias posibles y logren el efecto deseado. Tradicionalmente, las audiencias para los programas de comunicación de la GRBE incluyen a clientes, proveedores, gerentes de la clínica/ establecimiento, a miembros de la comunidad, líderes distritales/locales, profesionales de los medios de comunicación y a los encargados de programas. El uso de diversas modalidades es necesario en base a los perfiles de las diversas audiencias así como la necesidad de reforzar mensajes a través de diversas formas. Las modalidades de comunicación para estas audiencias incluyen lo siguiente:

Medios masivos de comunicación. Los medios masivos son la televisión, radio y los periódicos que alcanzan una gran audiencia y a menudo nacional. Una estrategia de comunicación debe aprovechar los medios existentes para la mejor cobertura. Desde el comienzo, los medios se deben considerar como socios importantes en el programa. Además de asistir al lanzamiento del programa de GRBE, los representantes de los medios deben estar en contacto durante todo el proceso del programa de GRBE para destacar el crecimiento del programa, sus logros y contribuidores destacados (tanto clientes como personal del establecimiento). En relación a generar materiales de marca exclusiva del programa de GRBE para los medios, un programa puede considerar diseñar un anuncio promocional para la televisión o radio. Cada vez más, la tecnología de información es una opción viable para otros instrumentos como el sitio de Internet y boletines electrónicos de noticias del programa que pueden proporcionar actualizaciones continuas en el programa para diversos actores clave.

Impresos/Video. Los materiales de impresión y video pueden reforzar amplios mensajes transmitidos por los medios así como proveer más información detallada sobre el programa de GRBE. Los materiales de impresión y video pueden incluir temas como directivas escritas del ministerio de la salud en relación a las metas del programa de GRBE; folletos y/o carteles; videos que apoyen actividades de implementación de GRBE a nivel del establecimiento de salud, boletines de noticias y documentos de referencia que describen funciones, estándares y procesos de implementación para conceder el reconocimiento. Los materiales promocionales impresos adicionales pueden incluir artículos que se pueden regalar al personal de servicio y al público como llaveros, sombreros, botones y camisetas.

Comunicación interpersonal entre individuos y grupos. La comunicación interpersonal involucra mensajes entregados de uno-a-uno, es decir entre un supervisor y un proveedor o de proveedor a un cliente, pero también pueden incluir un locutor que se dirige a una gran audiencia. La experiencia anterior muestra que es importante tener líderes fuertes y visibles que sirvan como campeones para el programa de GRBE. Idealmente, los campeones y líderes están presentes en múltiples niveles – ya sea una figura del gobierno que pueda tener un impacto en la escena nacional o un supervisor del distrito que puede orientar y motivar a los proveedores. El uso de imágenes visuales, junto con testimonio personal, es especialmente eficaz en reflejar los comportamientos necesarios para la entrega de servicio de alta calidad porque la mayoría de la gente se convence sobre las ventajas de una innovación a través de las experiencias de otras personas semejantes.

Mientras que no es absolutamente necesario implementar todas las actividades de comunicación descritas anteriormente, se recomienda altamente que una combinación de estas tres formas de comunicación se utilice para asegurar que el programa de GRBE sea bien conocido y entendido por el público en general, los clientes, el personal que entrega el servicio y otros actores clave.

LA MARCA

Un papel crítico de la comunicación en programas de GRBE es la “marca” de la calidad, donde se crea una marca distintiva que identifica los establecimientos de salud que entregan los servicios de alta calidad. Esto se hace generalmente a través del uso de un logotipo de la calidad, o del sello de aprobación que define el programa de GRBE al público (ver **Figura 12**). Este símbolo de la calidad se utiliza en campañas promocionales de comunicación de GRBE.

Figura 12. Ejemplos de logotipos de calidad



Para atraer la atención pública a los establecimientos que han sido premiadas por sus logros en cumplir los estándares de calidad para los servicios, la mayoría de los programas de GRBE organizan ceremonias públicas e invitan a los medios para que reconozcan a estos establecimientos y proveedores. Se entrega al personal premiado, materiales adicionales promocionales (Ej. botones, lápices, autoadhesivos, etc.) para promover la marca de la calidad.

En Malawi, los hospitales públicos y de misiones cristianas que cumplieron por lo menos 80 por ciento de los estándares dispuestos para la calidad en prevención de infecciones recibieron públicamente el logotipo de *Ukhondo Ndi Moyo* (La Prevención de Infección es Vida) del ministro de salud o de un funcionario de alto nivel del ministerio. Además, los medios locales publicaron este logro. Este reconocimiento ayudó a generar demanda para la iniciativa en hospitales de otras áreas del país y consiguió el interés considerable de los líderes locales, proveedores y miembros de la comunidad.

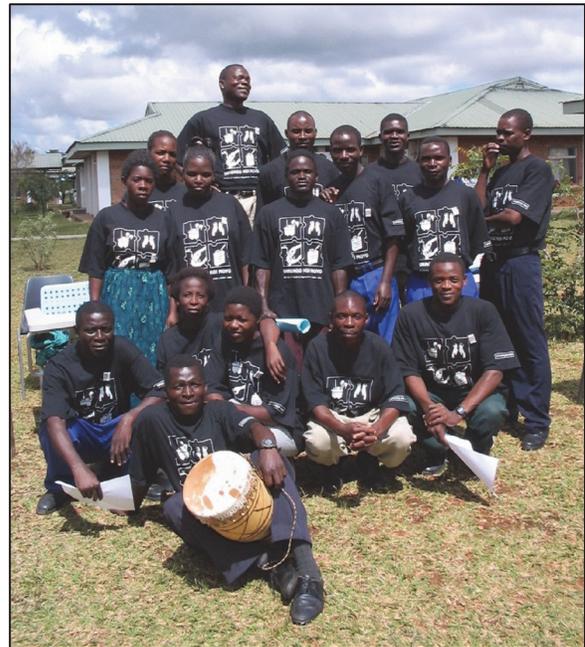


Foto por: Jbpiego/Malawi

Participantes con camisetas marcadas con el logotipo de la iniciativa para Prevención de Infecciones de GRBE en Malawi

EVALUACIÓN DE UNA INICIATIVA DE GRBE

El propósito de una iniciativa de GRBE es mejorar el funcionamiento de la entrega del servicio de salud. Por lo tanto, la evaluación de una iniciativa de GRBE se determina si el desempeño en los establecimientos de la salud ha mejorado o en otras palabras, si los servicios se están produciendo en mayor cantidad con una calidad mejor y/o más eficientemente.

La mejoría en el desempeño se puede expresar en:

- Volumen de los servicios producidos
- Calidad de los servicios brindados
- Eficiencia durante la provisión de servicios

La selección de indicadores (instrumentos objetivos de medición usados como guía para monitorear el desempeño) para determinar el éxito de la iniciativa de GRBE tienen que ser establecidos al inicio del proceso, de acuerdo con el propósito de la iniciativa y las características de los servicios que están siendo mejorados. Los indicadores pueden reflejar mejorías en resultados o procesos de la entrega del servicio. Las conclusiones obtenidas son más significativas si estos indicadores también son evaluados en establecimientos donde la iniciativa de GRBE no se ha implementado; esta comparación (comparación con áreas de control) eliminará otros factores generales que potencialmente pudieran haber causado los cambios observados.

VOLUMEN DE SERVICIOS

Un aumento en el volumen de servicios producidos por un establecimiento de salud puede contribuir a la extensión de la cobertura de salud y/o a la provisión de servicios ininterrumpidos a la población. Mejorías en el desempeño de este tipo pueden ser evaluadas a través del análisis de datos de la producción de servicio (relacionados a los servicios siendo mejorados) en un establecimiento dado a lo largo del tiempo.

Las mejorías del desempeño de este tipo se pueden comprobar con el análisis de los datos de la producción del servicio (relacionados con los servicios siendo mejorados) en un establecimiento dado a lo largo de un periodo de tiempo. Por ejemplo, si la iniciativa de GRBE se centra en servicios de planificación familiar, sería importante examinar si la cantidad de usuarias nuevas y continuas está aumentando. Si el programa de GRBE está focalizado en la salud materna y neonatal, podemos desear saber si el número (y la proporción) de partos en un establecimiento de salud está aumentando en un cierto plazo. De manera similar, si trabajamos con los servicios de consejería y prueba voluntaria para el VIH, desearíamos saber si el número de personas que reciben consejería y la prueba está aumentando. El análisis del aumento en los servicios entregados sirve como una evaluación de la iniciativa de GRBE en el nivel de los resultados.

Es importante examinar los datos sobre los servicios entregados a lo largo de un período de tiempo razonable para evitar variaciones estacionales en la provisión de servicios o de otros efectos a corto plazo. Para obtener información válida, es también esencial asegurar que los mecanismos de recolección, registro y consolidación de datos de los establecimientos de la salud sean confiables.

Otra fuente de información para determinar mejorías en el volumen de servicios producidos son las encuestas poblacionales que son conducidas periódicamente en muchos países, con la condición de que los datos se desagreguen a un nivel que corresponda al nivel de la intervención de GRBE (Ej. el nivel del distrito). Estas encuestas pueden proporcionar datos sobre la utilización de los servicios de salud por tipo de establecimientos, área geográfica, y similares.

CALIDAD DE SERVICIOS

Medir cambios en la calidad de servicios es generalmente más desafiante que medir el volumen de servicios producidos. Podemos intentar determinar calidad en diversos niveles. Por ejemplo, podemos examinar mejorías en la preparación del establecimiento para proporcionar un grupo dado de servicios. Esta clase de evaluación examina si los aportes principales requeridos para la entrega de servicios están presentes y disponibles. Estos aportes incluyen recursos humanos, planta física, suministros médicos incluyendo medicamentos, materiales y similares.

Podemos también determinar si la provisión de los servicios que están siendo mejorados está siguiendo los procesos correctos según prácticas recomendadas basadas en evidencia. En este caso, será necesario observar sistemáticamente cómo en realidad se están proporcionando los servicios o revisar expedientes médicos y otros documentos de la entrega del servicio. Las mediciones periódicas que usa el instrumento de evaluación del desempeño son generalmente suficientes para proporcionar este tipo de información relacionado con la preparación del establecimiento y los procesos de la atención.

Los niveles de la calidad también se pueden determinar a nivel de los resultados, examinando variaciones en resultados de salud. La idea es determinar si, al final, los servicios proporcionados han producido un resultado positivo en el estado de salud de los clientes atendidos. Esto es a menudo una tarea desafiante debido a la escasez de fuentes confiables de datos.

Otra manera de determinar los resultados de la provisión de servicio es evaluar cambios en la satisfacción del cliente. Hay varios métodos para obtener opiniones de clientes con respecto a sus niveles de satisfacción, incluyendo entrevistas de salida del cliente y grupos focales. La medición de cambios en la satisfacción del cliente no está libre de desafíos. En algunas ocasiones, se ha observado que los resultados después de intervenciones aparentemente acertadas de GRBE son paradójicos —se ha encontrado una disminución de los niveles de satisfacción del cliente. Esto puede haber ocurrido porque la sensibilidad y las expectativas de los clientes sobre calidad pueden cambiar con el tiempo, particularmente si se implementan actividades educativas y mejorías del servicio. En todo caso, obtener la perspectiva de los clientes sobre el proceso de mejoría es esencial para un proceso exitoso de GRBE.

EFICIENCIA

La eficacia mide la relación entre resultados de salud producidos y los recursos utilizados. Producir más eficientemente significa la obtención de más o mejores resultados con la misma cantidad de recursos o mantener el mismo nivel de resultados con menos recursos. El desempeño mejorado debe dar lugar a procedimientos y a mecanismos más eficientes para la provisión de servicios. Durante experiencias con la GRBE, no es raro observar que los servicios mejoran visiblemente en términos de calidad y volumen con aumentos relativamente marginales en gastos. Estas mejorías y gastos totales se pueden cuantificar para dar una idea de la eficiencia mejorada. En la mayoría de los casos, sin embargo, se necesita una información más exacta sobre costos, además de la información sobre volumen y/o la calidad de los servicios proporcionados. La obtención de esta información

puede ser muy desafiante en muchos lugares debido a la falta de buenos datos desagregados sobre costos. Sin embargo, es posible conducir un análisis enfocado de la eficiencia en la entrega del servicio sin una inversión sustancial de recursos o tiempo. Por ejemplo, los proveedores en un hospital de Guatemala compararon los costos de comprar oxitocina para el manejo del tercer período del parto (alumbramiento) con los costos de transfusiones de sangre evitadas. Después que los gerentes del hospital consideraran los ahorros potenciales de costos, adoptaron el manejo activo del tercer período del parto con oxitocina como práctica rutinaria en el establecimiento.

El enfoque de GRBE contribuye a mejorar la eficacia de los servicios de salud y a una mejor utilización de los escasos recursos de salud. Esto no implica, sin embargo, que las mejoras significativas en el desempeño y la calidad de los servicios se pueden alcanzar siempre sin nuevas inversiones significativas en salud (pública y privada). A largo plazo, las mejoras de calidad de la atención de salud son menos costosas que no hacer nada, pero requieren generalmente algunas inversiones iniciales significativas. Esto es un punto extremadamente importante, particularmente si la meta es mejorar la equidad, haciendo los servicios de salud de alta calidad accesibles a los sectores menos beneficiados de la población.

Las mediciones hechas con el instrumento de evaluación pueden proporcionar parte de la información necesitada para evaluar una iniciativa de GRBE. Sin embargo, esta información se debe complementar con el seguimiento cuidadoso de indicadores seleccionados de producción, calidad y/o los costos de la entrega de servicio.

EXPANSIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE GRBE

Un desafío común que enfrentan las iniciativas de mejoría del desempeño y la calidad es cómo ir más allá de las iniciativas limitadas o focalizadas y alcanzar una escala significativa que tenga un impacto real sobre la entrega de los servicios de salud en un país.

Hay dos pasos básicos para la expansión de la iniciativa de GRBE:

- Crear una masa crítica de adoptantes tempranos de la iniciativa.
- Expandir la iniciativa a gran escala

CREAR UNA MASA CRITICA DE ADOPTANTES TEMPRANOS

Crear una masa crítica inicial que demuestre cómo funcionan las mejorías propuestas de la GRBE y cuáles son sus ventajas es generalmente un paso muy útil en la expansión de la iniciativa. El cambio crea nuevas situaciones que podrían generar incertidumbre y ansiedad para mucha gente. Es por eso es más probable que la mayoría de los individuos adopten una innovación cuando pueden ver sus resultados y pueden experimentarla en una escala limitada. Para crear una masa crítica inicial es siempre posible confiar en adoptantes tempranos de las innovaciones, personas que pueden ver primero cómo una nueva idea u oferta podría ser beneficiosa y están dispuestas a tomar más riesgo.

La masa crítica debe ser grande y bastante visible para servir como modelo para los nuevos adoptantes potenciales. Es importante tener presente que la mayoría de las personas puede convencerse sobre las ventajas de una innovación confiando en las experiencias de otros individuos semejantes que ya han adoptado la innovación.

EXPANDIR LA INICIATIVA

Se necesitan estrategias eficaces para ampliar la masa crítica a una gran escala. Por ejemplo, deben estar utilizados mecanismos rápidos y eficientes como canales de medios masivos de comunicación para informar a una gran audiencia de adoptantes potenciales sobre la iniciativa de GRBE. Ésta es una razón por la que cuando un establecimiento de salud alcanza el nivel preestablecido de estándares las ceremonias de reconocimiento se publicitan extensamente usando los medios masivos de comunicación.

Pero conocer sobre la iniciativa no basta para que las personas adopten la innovación propuesta. En esta etapa, el contacto directo entre los servicios que constituyen la masa crítica y los nuevos adoptantes potenciales se debe promover activamente a través de visitas, demostraciones, presentaciones, e intercambios de información, etc. Es importante tener presente que las nuevas ideas simples son adoptadas más rápidamente que las complejas, y que el nuevo modelo debe ser tan simple y directo como sea posible. Además, el “hardware” (los instrumentos) y el “software” (el proceso) del modelo tienen que ser adecuadamente “empaquetados” para la distribución masiva. Los manuales y los instrumentos que se explican por sí mismo y otros materiales son muy importantes en esta etapa.

La creación de una infraestructura de apoyo/ refuerzo también es necesaria en esta etapa. Esta infraestructura puede incluir la preparación de facilitadores que pueden trabajar con los adoptantes

nuevos, sistemas de incentivos que promueven las mejoras y sistemas institucionales (como un sistema para la verificación externa del cumplimiento con los estándares y los procedimientos del reconocimiento) que apoyan la iniciativa de GRBE en una gran escala.

SOSTENIBILIDAD DE LA GRBE

La GRBE tiene algunas características que puede facilitar en gran medida su expansión rápida y la sostenibilidad:

- La GRBE corresponde muy bien con los actuales **objetivos organizacionales** de la mayoría de las organizaciones de salud públicas y privadas. Los aspectos de la mejora del desempeño y la calidad, y de una regulación más fuerte en la provisión de servicio están en el centro de la atención de los que dictan las políticas de salud y los gerentes. La GRBE es también consistente con mecanismos sistémicos de garantía de calidad como esquemas de acreditación/ certificación de servicio en base a estándares y modelos de financiamiento de atención de salud basados en el desempeño en ambos sectores públicos y privados. La consistencia con metas organizacionales facilita las decisiones sobre asignación de recursos que son necesarios para lanzar y mantener la iniciativa de GRBE.
- El enfoque de GRBE desde las bases aumenta el fortalecimiento de los gerentes locales y del establecimiento, proveedores y comunidades, dándoles los instrumentos concretos para tomar decisiones informadas y cumplir mejor sus tareas. Esta característica de la GRBE la hace particularmente conveniente para los procesos de **descentralización** en salud. Cuando los que determinan las políticas, gerentes, líderes comunitarios y los proveedores locales de salud pueden ver las ventajas de la GRBE, están generalmente más dispuestos a apoyar este tipo de iniciativa.
- El proceso de GRBE ha demostrado ser un poderoso **instrumento para la promoción y movilización de recursos** en diversos niveles. La GRBE ayuda a los gerentes, proveedores y miembros de la comunidad a visualizar en concreto los tipos de recursos que necesitan para alcanzar su nivel de desempeño y calidad deseado. De esta forma son capaces de hacer peticiones concretas y específicas para el apoyo, y con más probabilidad de conseguir respuestas concretas y específicas de los que determinan las políticas, de la comunidad y de la sociedad civil. Por otra parte, el enfoque en resultados de la GRBE, muchos de ellos alcanzados temprano en el proceso con relativamente pocos recursos adicionales, atrae la atención de los que dictan las políticas y de líderes de la comunidad y facilita su involucramiento y apoyo.
- El **proceso** relativamente **fácil y dinámico** de la implementación de la GRBE lo hace más replicable con poco apoyo externo. Los esfuerzos de la mejora del desempeño y la calidad pueden ser muy complejos y sofisticados. Con frecuencia, se presentan en los servicios de salud como actividades discretas, especializadas y a veces complicadas. Así, se convierten a menudo en una carga adicional de los proveedores de salud y no se integran “naturalmente” en la entrega cotidiana del servicio o tareas gerenciales. La GRBE, por otra parte, se concibe para ser una “ayuda” para que los proveedores realicen sus tareas regulares de una mejor manera, creando así un ambiente de motivación. Esta simplicidad aumenta la probabilidad de aceptación por los implementadores de la iniciativa.
- La GRBE promueve el involucramiento constante y sistemático en la iniciativa de diversos actores clave en distintos niveles. Estos actores clave incluyen proveedores individuales y equipos de proveedores, redes de establecimientos, clientes, grupos organizados de la comunidad, gobiernos nacionales/regionales/locales de la sociedad civil y otros, creando con

eficacia un sistema de **fuentes múltiples de apoyo y control** para el proceso. El hecho que la GRBE no confía en una sola fuente de apoyo y control (como la supervisión tradicional desde arriba hacia abajo o enfoques centrados en el proveedor) aumenta la probabilidad de continuidad de las actividades y sostenibilidad de su calidad.

- La GRBE **no requiere** de una **infraestructura compleja adicional** para su implementación; se construye sobre las estructuras normales de las organizaciones de entrega de servicio, incluyendo equipos naturales de supervisión. El desempeño y la mejoría de la calidad es una responsabilidad y tarea diaria de cada uno —de proveedores, gerentes, clientes, etc.—y su logro está facilitado por los instrumentos y los procesos de la GRBE. Este factor también contribuye a la sostenibilidad y expansión potencial de las iniciativas de GRBE.

Después de una inversión inicial limitada, muchas iniciativas de GRBE han podido crecer, atraer recursos adicionales y seguir siendo sostenibles por un período del tiempo significativo. Varios de ellos también se han ampliado con éxito para hacer programas a gran escala.

APÉNDICE: PROGRAMAS DE GRBE EN PAÍSES

OPCIONES DE DISEÑO DE GRBE	PAÍS							
	Brasil	Guatemala	Malawi	Honduras	Jamaica	Mozambique	Afganistán	
	<p>Programa: PROQUALI (en colaboración con el Centro para Programas en Comunicación de la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad de Johns Hopkins y Management Sciences for Health)</p>	<p>Programa: CalliRed (en colaboración con el Centro para Programas en Comunicación de la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad de Johns Hopkins y Management Sciences for Health)</p>	<p>Programa: Ukhondo Ndi Moyo</p>	<p>Programa: Salud Materna y Neonatal</p>	<p>Programa: Consejería y Prueba Voluntaria</p>	<p>Programa: Prevención y Control de Infecciones</p>	<p>Programa: Atención Obstétrica Esencial y Prevención de Infecciones (en colaboración con Management Sciences for Health))</p>	
Propósito	Mejorar la calidad, desempeño y utilización de servicios seleccionados en planificación familiar y salud reproductiva a través del involucramiento activo de clientes y proveedores en lograr el cumplimiento de los estándares	Mejorar la calidad, desempeño y utilización de servicios de salud materna y neonatal proporcionado por proveedores capaces en una red de establecimientos	Mejorar la calidad y las prácticas de prevención y control de infecciones para proteger a los clientes y los trabajadores de salud de adquirir infecciones (especialmente las transmitidas por sangre y TB)	Mejorar la calidad, desempeño y utilización de servicios de salud materna neonatal proporcionado por proveedores capacitados en hospitales	Mejorar la calidad y utilización de servicios en Consejería y Prueba Voluntaria de VIH a través del involucramiento activo de clientes y proveedores en lograr cumplimiento de los estándares	Mejorar la calidad y prevención y control de infecciones para proteger a los clientes y los trabajadores de salud de adquirir infecciones (especialmente las transmitidas por sangre y TB)	Mejorar la calidad, desempeño y utilización de servicios de salud materna neonatal proporcionado por proveedores capacitados en hospitales. Mejorar las prácticas en prevención de infecciones en hospitales.	
Tipo/rango de servicios	Inicialmente servicios de planificación familiar y seleccionados de salud reproductiva, y luego expandidos a la atención primaria de salud	Salud materna neonatal incluyendo atención normal y manejo de complicaciones	Prácticas de prevención de infecciones en todo el personal (servicios directos a clientes /pacientes y funciones de apoyo)	Salud materna neonatal incluyendo atención normal y manejo de complicaciones	Consejería y prueba Voluntaria para el VIH	Prácticas de prevención de infecciones en todo el personal (servicios directos a clientes/pacientes y los funciones de apoyo)	Salud materna neonatal incluyendo atención normal y manejo de complicaciones Prácticas de prevención de infecciones en todo el personal	

		PAÍS						
OPCIONES DE DISEÑO DE GRBE	Brasil	Guatemala	Malawi	Honduras	Jamaica	Mozambique	Afganistán	
Tipo de establecimiento	Centros de Salud	Red de servicios (puestos de salud, centros de salud, maternidades comunitarias y hospitales de distrito) vinculados con una red de comunidades	Hospitales (misioneros y públicos)	Hospitales regionales y distritales	Centros de salud	Hospitales generales y provinciales	Hospitales	
Cobertura por sector	Sector Público 29 centros de salud	Sector Público con la participación de ONGs locales e internacionales, municipios, grupos de mujeres y compañías privadas.	17 hospitales de la Asociación Cristiana de Salud en Malawi y todos los hospitales nacionales del Min de Salud	Sector público; seis hospitales	Centros de salud ONG sector público y privado	Sector público; seis hospitales (fase inicial)	Sector público; 16 hospitales	
Cobertura geográfica	Dos estados en el noreste de Brasil: Bahía y Ceará Piloto inicial en 5 centros, luego expandido a 29 establecimientos	Ocho áreas de salud del Min de Salud (incluido 30 municipios): 10 hospitales, 44 centros de salud, 97 puestos de salud y tres maternidades; Total: 154 establecimientos y 99 comunidades Luego expandido a 15 hospitales, 66 centros de salud y 141 puestos de salud; Total: 222 establecimientos	Fase inicial: siete hospitales en tres regiones (tres en el sur, dos en el centro, dos en el norte) Expansión: 17 hospitales de la nación	Dos regiones de salud con tres hospitales en cada región.	Todo el país; inicialmente 15 clínicas en 4 regiones de salud	Seis provincias (fase inicial) expansión: 12 hospitales en todo el país	Provincias seleccionadas	

OPCIONES DE DISEÑO DE GRBE	PAÍS						
	Brasil	Guatemala	Malawi	Honduras	Jamaica	Mozambique	Afganistán
Consecuencias del desempeño/incentivos	<p>Una Clínica logra reconocimiento cuando se cumple el 90% de los estándares del desempeño preestablecidos</p> <p>Retroalimentación más reconocimiento social: reconocimiento público con honores ceremoniales en establecimientos con una placa simbólica de "calidad"</p> <p>Camisetas, certificados, fotos para los proveedores</p>	<p>Acreditación cuando se cumple el 90% de los estándares del desempeño preestablecidos y un reconocimiento cuando el sitio logra más que el 70% del criterio</p> <p>Retroalimentación más el reconocimiento social: reconocimiento público con honores ceremoniales en establecimientos con una placa simbólica de "calidad"</p> <p>Diplomas, cartas de reconocimiento entregadas al personal destacado</p> <p>Visitas a otros sitios acreditados como incentivo</p>	<p>Reconocimiento público e institucional cuando alcanza el 80% de los estándares del desempeño preestablecidos en total y en cada área</p> <p>Reconocimiento público con honores ceremoniales en establecimientos con una placa simbólica de "calidad"</p> <p>Promoción interna: camisetas, certificados para los proveedores por logros parciales</p>	Reconocimiento interno dentro de hospitales	<p>Diseminación de las mejores practicas</p> <p>En consideración reconocimiento institucional</p>	Reconocimiento institucional	Reconocimiento institucional

OPCIONES DE DISEÑO DE GRBE	PAÍS							
	Brasil	Guatemala	Malawi	Honduras	Jamaica	Mozambique	Afganistán	
Equipo de reconocimiento	Combinado Equipo multidisciplinario externo de evaluación (representantes del MIN DE SALUD, la universidad, asociaciones profesionales, y sociedad civil)	Combinado Equipo multidisciplinario externo de evaluación (representativos del MIN DE SALUD, la universidad, asociaciones profesionales, y sociedad civil)	Combinado Equipo multidisciplinario externo de evaluación (representativos del MIN DE SALUD, la universidad, asociaciones profesionales, y sociedad civil)	MIN DE SALUD	MIN DE SALUD	MIN DE SALUD	MIN DE SALUD	
Apoyo y facilitación	Fase piloto facilitada intensamente por equipos del establecimiento, distrito y estado Expansión: parcialmente facilitado por los mismos equipos	Fase piloto facilitado intensamente por equipos del hospital y distrito Expansión: parcialmente facilitado por los mismos equipos	Fase piloto facilitado intensamente por equipos del hospital y central Expansión: parcialmente facilitado por los equipos hospital y central	Facilitado por equipos del establecimiento	Facilitado por equipos regionales	Facilitado por equipos del establecimiento y nivel central	Facilitado por equipos del hospital	
Gerencia	Descentralizada: niveles del estado (regional) y local (municipalidad)	Combinada: MIN DE SALUD nivel central, áreas y distritos de salud con fuerte coordinación con los gobiernos municipales	Centralizada (MIN DE SALUD central)	Combinada (MIN DE SALUD central y regional)	Combinada (MIN DE SALUD central y regional)	Centralizada (MIN DE SALUD central)	Combinada (MIN DE SALUD central y provincial)	

REFERENCIAS SELECCIONADAS

- Byura A. 1997. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. WH Freeman y Company: New York.
- Byura A. 1986. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice Hall: Englewood Cliffs, NJ.
- Blake SM y col. 1999. *PROQUALI: Development y Dissemination of a Primary Care Center Accreditation Model for Performance y Quality Improvement in Reproductive Health services in Northern Brazil*. Technical Report JHP-03. Jhpiego: Baltimore, MD.
- Brassard M y D Ritter. 1994. *The Memory Jogger II, A Pocket Guide of Tools for Continuous Improvement y Effective Planning*. GOAL/QPC: Salem, NH.
- Dean PJ y DE Ripley. 1998. *Performance Improvement Interventions: Methods for Organizational Learning*. International Society for Performance Improvement: Silver Spring, MD.
- Fuller J. 1997. *Managing Performance Improvement Projects: Preparing, Planning, Implementing*. Jossey-Bass, Inc.: San Francisco, CA.
- Garrison K y col. 2004. *Supervising Healthcare Services: Improving the Performance of People*. Jhpiego: Baltimore, MD.
- Gilbert T. 1996. *Human Competence: Engineering Worthy Performance*. McGraw-Hill: New York.
- Hacker S, B Jouslin de Noray, y C Johnston. 2001. Standardization versus improvement: Approaches for changing work process performance. *European Quality*. European Quality Publications, Ltd.: London.
- Herzberg F. 1968. One more time: How do you motivate employees? *Harvard Business Review* 46(1): 53–62.
- Howard-Grabman L y G Snetro. 2003. *How to Mobilize Communities for Health and Social Change*. Health Communication Partnership, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs: Baltimore, MD.
- Institute for Health Care Improvement. 2003. *The Breakthrough Series*. Institute for Health Care Improvement: Cambridge, MA.
- Institute of Medicine. 2001. *Crossing the Quality Chasm*. National Academy Press: Washington, DC.
- Kaplan RS y DP Norton 1996. *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Harvard Business School Press: Boston, MA.
- Klein G. 2001. *Sources of Power: How People Makes Decisions*. MIT Press: Cambridge, MA.
- Ishikawa K. 1985. *What Is Total Quality Control?* Prentice Hall: Englewood Cliffs, NJ.
- McDowell I y C Newell. 1996. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Oxford University Press: New York.

- Niven PR. 2002. *Balanced Scorecard Step by Step: Maximizing Performance y Maintaining Results*. John Wiley y Sons, Inc.: New York.
- Pande PS, RP Newman, y RR Cavanagh. 2000. *The Six Sigma Way*. McGraw-Hill: New York.
- Rawlins B y col. 2004. *A Performance and Quality Improvement Process to Improve Infection Prevention: Malawi Case Study*. Jhpiego: Baltimore, MD.
- Robinson DG y JC Robinson. 1998. *Moving from Training to Performance*. American Society for Training y Development: Alexandria, VA.
- Robinson DG y JC Robinson. 1995. *Performance Consulting: Moving beyond Training*. Berret-Koehler Publishers: San Francisco, CA.
- Rogers EM. 2003. *Diffusion of Innovations*. Free Press: New York.
- Rosset A. 1999. *First Things Fast: A Handbook for Performance Analysis*. Jossey-Bass Pfeiffer: San Francisco, CA.
- Syers ES y S Thiagarajan. 2001. *Performance Intervention Maps*. American Society for Training and Development: Alexandria, VA.
- Schaefer L y col. 2000. *Advanced Training Skills for Reproductive Health Professionals*. Jhpiego: Baltimore, MD.
- Senge P y col. 1999. *The Dance of Change*. Doubleday: Garden City, NY.
- Shortell M y AD Kaluzny. 2000. *Health Care Management: Organization Design and Behavior*. Thomson Learning: Stamford, CT.
- Stajkovic AD y F Luthans. 2001. The differential effects of incentive motivators on work performance. *Academy of Management Journal* 4(3): 580–590.
- Stolovitch HD y EJ Keeps. 1999. *Getting Results Through Performance Consulting*. Copyright © Harold D. Stolovitch y Erica J Keeps.
- Stolovitch HD y EJ Keeps. 1999. *Handbook of Human Performance Technology: Improving Individual and Organizational Performance Worldwide*. International Society for Performance Improvement: Silver Spring, MD.
- Sugrue B y J Fuller. 1999. *Performance Interventions: Selecting, Implementing, y Evaluating the Results*. American Society for Training and Development: Alexandria, VA.
- Sullivan R y col. 1998. *Clinical Training Skills for Reproductive Health Professionals*, second edition. Jhpiego: Baltimore, MD.
- Swanson RA 1994. *Analysis for Improving Performance: Tools for Diagnosing Organizations & Documenting Workplace Expertise*. Berret-Koehler Publishers: San Francisco, CA.
- Wilson PF, LD Dell, y GF Anderson. 1993. *Root Cause Analysis: A Tool for Total Quality Management*. ASQC: Milwaukee, WI.

