salud
Ministerio de Salud
Panamá

USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO CAPACITY CENTROAMÉRICA

IntraHealth INTERNATIONAL
Porque los trabajadores de salud salvan vidas.

Manual del modelo:

Optimizar el Desempeño y la Calidad

Panamá, Agosto 2013

Contenido

Prefacio 3
Propósito 3
Estructura del documento 3

Introducción 5

Capítulo 1 7
Marco conceptual 7
Calidad 7
Desempeño 9
Factores que influyen en el desempeño 9
Optimizar el desempeño laboral 12

Capítulo 2 13
Optimizar el desempeño y la calidad 13

Capítulo 3 16
Etapa preparatoria
Análisis del contexto 16
Apoyo de actores clave, empoderamiento y liderazgo 18
Resultados esperados 23
Monitoreo y evaluación 25
Paso I: Desempeño/calidad deseada 28

Capítulo 4 36
Etapa de implementación 36
Paso II: Desemepeño/calidad actual 36
Paso III: Identificación de brechas del desempeño 42
Paso IV: Análisis de las causas raíz 45
Paso V: Selección y diseño de las intervenciones 49
Paso VI: Implementación del plan de intervenciones
Seguimiento del plan de intervenciones 56
Paso II: Desempeño actual (reinicio del ciclo) 65

MANUAL DEL MODELO: OPTIMIZACIÓN DEL DESEMPEÑO Y LA CALIDAD

Panamá, agosto 2013.

"Este Manual del Modelo: Optimización del Desempeño y la Calidad, es posible gracias al apoyo del Pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido de este Manual es responsabilidad exclusiva del autor y el mismo no necesariamente refleja la perspectiva de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos de América".

Nota de género

En este texto se utilizan en forma indistinta y variada términos tales como hijas, hijos, hombres, mujeres y otros similares para evitar repeticiones que puedan entorpecer la lectura. Sin embargo, reconocemos y valoramos la presencia y el protagonismo de las mujeres en estas instituciones y en estos procesos de gestión cultural.

Prefacio

Propósito

Brindar una guía para la implementación de la metodología de -ODC- Optimizar el Desempeño y la Calidad basada en estándares, a ser aplicado en establecimientos de salud y redes de apoyo, o cualquier instancia que desee mejorar los resultados organizacionales.

Este manual va dirigido a líderes, gerentes, tomadores de decisiones, personal técnico y equipos de trabajo multidisciplinarios enfocados en buscar mejores resultados y puede ser aplicado a diferentes escalas; ya sea un establecimiento, toda una red o todo un sistema. Como resultado de la aplicación de esta metodología pueden esperarse mejoras en el desempeño de los trabajadores, mejor calidad de los servicios, mejorar la toma de decisiones, optimizar los recursos y tiempo en las intervenciones, así como incrementar la satisfacción de los usuarios, pero sobre todo, alcanzar los resultados esperados.

Estructura del documento:

Este manual contiene un marco conceptual básico de la calidad, una descripción de la metodología de ODC organizada en etapas y pasos, un paquete de herramientas para la implementación, y un ejemplo de cómo aplicar la metodología.

Experiencia de ODC en Panamá

A partir del año 2010, cuando inició la metodología de Optimizar el Desempeño y la Calidad de los hospitales en Panamá, los equipos multidisciplinarios se han apropiado de la misma y con ella obtenido grandes avances.

El personal de salud de los 14 hospitales que actualmente aplican la metodología, se ha empoderado y ha logrado transferir a su sitio de trabajo cada uno de los pasos de ODC; a tal punto, que en muchos hospitales tenemos testimonios e historias de éxito que evidencia las mejoras que han logrado para sus unidades de trabajo.

Hay una tendencia de todos los hospitales a mejorar año tras año los resultados de las mediciones, a través del compromiso de los equipos multidisciplinarios de ODC por cerrar las brechas y cumplir con el plan de intervenciones que se trazan anualmente.

En muchos de estos hospitales, los proveedores de salud aplican los instrumentos para realizar automediciones por áreas de servicio, mediciones cruzadas entre departamentos y construyen herramientas que le permiten dar seguimiento al cierre de brechas, para así lograr mejoras considerables en los resultados.

El empoderamiento del personal de salud a nivel central, regional y local es fundamental para la continuidad y sostenibilidad de la metodología; por lo que Panamá se beneficiará en los próximos años de la expansión de ODC a más unidades locales de distintos niveles de atención a lo largo del territorio nacional.

Introducción

¿Es necesario buscar soluciones sofisticadas, costosas y de difícil implementación para lograr mejoras significativas del desempeño y la calidad de los servicios de salud?, ¿Es la capacitación la clave para los problemas de desempeño?, ¿Cuál es la naturaleza de los problemas de desempeño de los servicios de salud?, ¿Qué nivel de desempeño se desea alcanzar?.

Con frecuencia los problemas de desempeño tienen causas que no son tan obvias. Optimizar el desempeño y la calidad -ODC-, es una metodología sistemática para encontrar las *causas profundas* de los problemas de desempeño y luego implementar una intervención que corrija brechas específicas.

Optimización del Desempeño y la Calidad, es la metodología que IntraHealth Inc. ha mejorado basada en la experiencia de aplicar enfoques de mejora del desempeño y calidad de más de 15 años de construcción; este no es un enfoque totalmente nuevo y no está destinado a sustituir otro modelo de intervenciones de mejora del desempeño y la calidad que sea exitoso. Se puede utilizar de forma independiente o en combinación con otras intervenciones y herramientas.

ODC puede utilizarse para planificar el desempeño deseado, basado en estándares. Puede ser aplicado para gestionar la calidad en un programa de salud específico, todo el establecimiento de salud, todo el sistema de salud o una red multisectorial.

El proceso implica análisis del contexto interno y externo, primero uno general por país y luego un análisis local o regional con actores locales y estos puede ocurrir para los diferentes niveles[1] en donde se gestione la calidad; en paralelo a esto, se deberá establecer junto a las autoridades y actores clave, los resultados esperados de implementar ODC y como se habrán de monitorear los mismos. Estos resultados luego se traducen en estándares de calidad y desempeño deseado, que en su construcción tomará en cuenta las guías de atención clínica, las normas y protocolos nacionales y las mejores prácticas basadas en la evidencia. El paso siguiente es establecer la calidad y desempeño real, a través de procesos de medición, es decir comparando la situación encontrada con los estándares y criterios anteriormente definidos. La diferencia entre el desempeño deseado y el desempeño real permite identificar brechas u oportunidades de mejora. Los equipos multidisciplinarios, analizan las causas para establecer los estándares que no se cumplen (basados en los factores que afectan al desempeño) y porque razón. Para cerrar las brechas identificadas, se elabora el plan de intervenciones, el cual busca reducir las brechas y asegurar el cumplimiento del desempeño y la calidad deseada y, si esto ocurre todas las veces el desempeño se habrá incrementado la productividad y en consecuencia se pueden esperar mejores resultados en salud; lo que está relacionado con el marco conceptual de la calidad en la que se apoya el modelo.

[1] Las dimensiones de la calidad: Calidad del sistema, calidad de los establecimientos o calidad de un servicio o programa.

La metodología de ODC también puede ser utilizada para abordar el desempeño y calidad en diferentes dimensiones, es decir, desde la mejora de un programa, la totalidad de servicios del establecimiento o hasta un sistema de salud. Si bien está orientado al sector salud, puede ser aplicado en otros sectores que involucran la interacción entre sus trabajadores, organizaciones y sistemas de trabajo, cuyo objetivo es producir servicios o productos donde la calidad es necesaria. La experiencia de trabajar con estándares de atención nos permite sostener que se pueden obtenerse beneficios tales como: Planificar la calidad esperada en la atención o en la entrega de los servicios; direccionando las acciones necesarias, para conseguir el resultado esperado en salud.

También pueden otros beneficios como, direccionar en que invertir los escasos recursos, para la obtención del resultado, pues se enfocan las soluciones en los aspectos faltantes del estándar; enfocarse en la prevención, pues se anticipa a los problemas y costos que resultan de la NO calidad o un inadecuado desempeño, alinear el desempeño a la norma aplicable y permitir la innovación científico-técnica dentro del estándar, integrando los intereses en el usuario.

Capítulo 1

Marco conceptual

Calidad

La calidad de la atención es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el desempeño adecuado de las intervenciones que cumplen con las normas, que es conocido por ser seguros, que están al alcance de la sociedad, y que tiene la capacidad de mejorar los resultados en salud.[2] La OMS describe seis dimensiones de calidad de la atención[3] con las cuales se puede definir el desempeño o estándares deseados y evaluar el desempeño real.

- **Efectividad:** Atención, basada en evidencia, que produce mejora en los resultados a nivel individual y comunitario.
- **Eficiencia:** Atención sanitaria que maximiza los recursos y evita despilfarro. Es conseguir el más alto nivel de calidad, al menor costo razonable "*Evitar los costos de la no calidad*".
- **Seguridad:** Atención que minimiza los riesgos de lesión, infección y otros efectos secundarios negativos o dañinos (ambientes de trabajo seguros, procedimientos con riesgos controlados).
- **Aceptabilidad o atención centrada en el paciente:** Atención que toma en cuenta las preferencias, necesidades, expectativas y aspiraciones de los usuarios y la cultura de la comunidad para satisfacerlas.
- **Equidad:** Atención que mantiene su calidad, sin importar las características personales como género, cultura, etnicidad, ubicación geográfica, posición socioeconómica y patología.
- **Accesibilidad:** Atención sanitaria oportuna en el tiempo, geográfica razonable y provista en entornos y con personal adecuados a las necesidades.

[2] Adaptado de: Roemer MI, Montoya-Aguilar C. 1988.
[3] OMS, 2006.

Niveles para la gestión de la calidad

La organización para la gestión de la calidad puede dividirse en tres niveles:

El primer nivel, **la calidad del sistema**, es el de la calidad general, implica todas las dimensiones e instituciones; se enfoca en el cumplimiento de principios y estrategias globales y es responsabilidad de los gestores y las autoridades políticas. Sus indicadores son de base poblacional, con base en resultados y procesos en general.

El segundo nivel, **calidad de los servicios de salud,** implica la dimensión específica de la provisión de servicios. Este nivel se enfoca en la organización general de la asistencia, regulación de procesos y optimización de recursos; además es responsabilidad de los gerentes y equipos de dirección. Sus indicadores están basados en accesibilidad, procesos y resultados en servicios concretos; además de la satisfacción de necesidades de usuarios y proveedores.

El tercer nivel implica la **calidad de servicios específicos o programas concretos.** Se enfoca en la calidad de servicios de atención que recibe el individuo. La responsabilidad es principalmente del personal que provee la atención directa. Sus indicadores son de satisfacción, calidad científico–técnica, seguridad y efectividad en tipos de pacientes concretos.

Desempeño

Concepto integrador del conjunto de comportamientos y resultados de un colaborador en determinado periodo. Es el resultado de la sumatoria de conocimientos, la experiencia práctica y las competencias.[4]

El desempeño en salud es el grado en que las tareas de los trabajadores de salud y los establecimientos llenan las expectativas de calidad técnica (cumplimiento de las normas y estándares). Dicho desempeño implica la capacidad del equipo de salud para resolver los problemas relacionados con la salud de los pacientes, además de proporcionarles máxima satisfacción y seguridad en la atención.

Factores que influyen en el desempeño

IntraHealth Inc. señala seis categorías principales de factores que afectan el desempeño individual o grupal, estos son: sistemas organizacionales, incentivos, herramientas y entorno físico, destrezas y conocimiento y, atributos individuales. Estos factores ayudarán a los equipos a analizar el desempeño y las causas de las fortalezas y brechas.

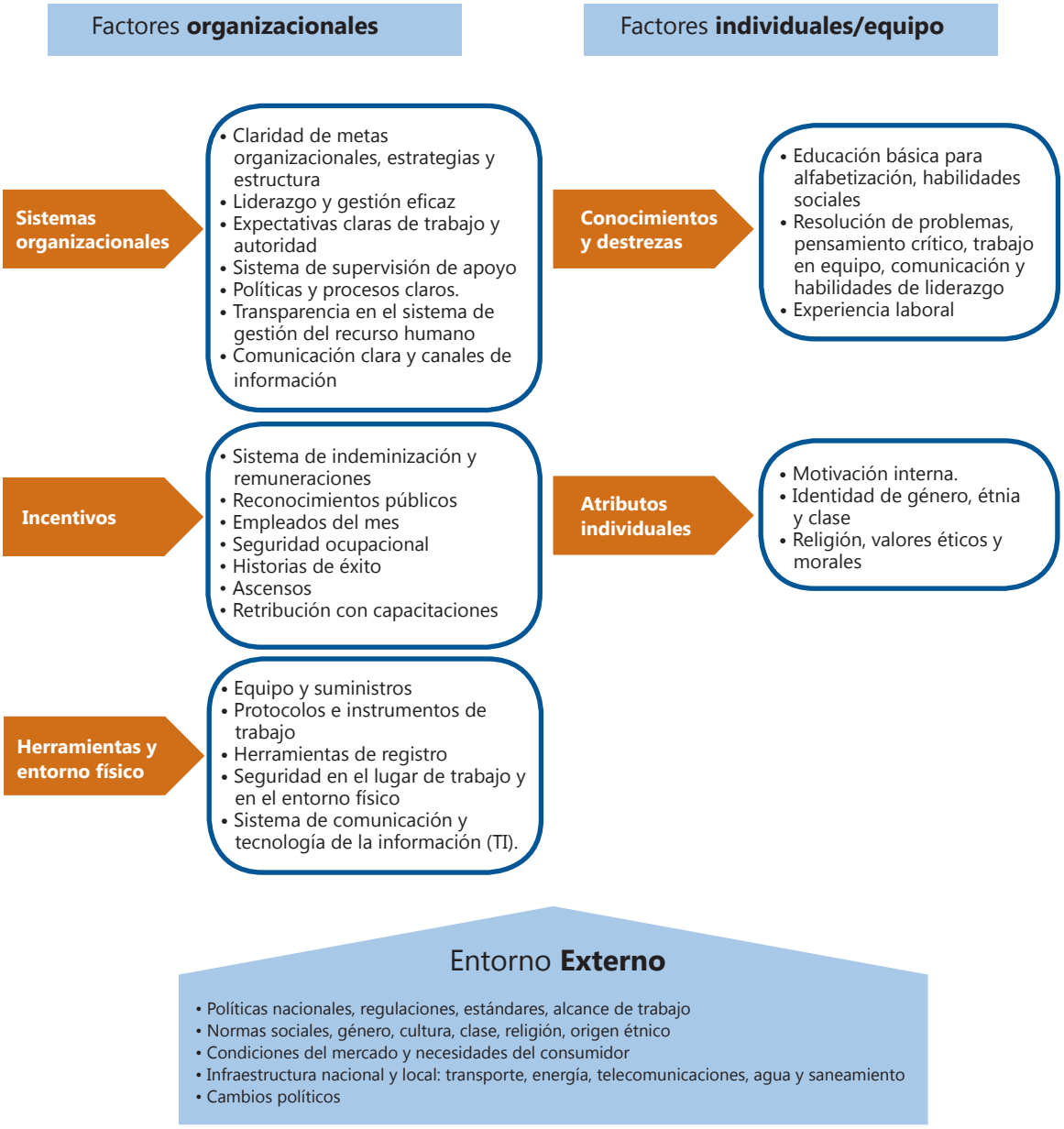
Hay seis categorías principales de factores que afectan el desempeño de los empleados, equipos, organizaciones y sistemas y, por lo tanto, la calidad de los servicios. Cinco categorías se ubican entre los factores organizacionales e individuales o grupales, ellos son: sistemas de organización, incentivos, herramientas y entorno físico, habilidades y conocimientos, atributos individuales. La sexta categoría incluye los factores en el ambiente externo a la organización o institución.

En la Figura No. 1 se identifica los elementos que incluye cada factor del desempeño, aunque es para fines ilustrativos, pues no agota todos los elementos de cada factor. Dichos factores a menudo están relacionados o se complementan entre sí, además evidencian que un proceso efectivo requiere tomar en cuenta los factores para resolver problemas del desempeño o para crear un nuevo desempeño efectivo que logre la productividad con la calidad planificada.

Entonces, el desempeño de los individuos está influenciado principalmente por el sistema que los apoya; por ende, los líderes y gerentes eficaces ayudarán a sus organizaciones o establecimientos para prestar atención a los cinco factores del desempeño, así como al entorno externo. Estos líderes también buscarán constantemente la manera de utilizar dichos factores para mantener y desarrollar los sistemas que les permitirán a los individuos y a los equipos realizar el mejor desempeño posible y, finalmente, proveer atención de alta calidad.

[4] Diccionario de Términos de Recursos Humanos de Martha Alles, pág. 123

Figura No.1
Los seis factores del rendimiento



Estos factores del desempeño también deben tenerse en cuenta a lo largo de todo el proceso, principalmente cuando se analiza el contexto, se define el desempeño deseado, se analiza las causas de un bajo desempeño y se planifica las intervenciones.

1. Sistemas Organizacionales
Organizaciones, ministerios, organismos reguladores, instituciones de capacitación en salud, centros de salud, organizaciones no gubernamentales tienen culturas únicas, políticas y prácticas que generan efectos profundos sobre cómo se hace el trabajo y por quién. Los líderes organizacionales y directivos, por lo tanto, tienen que preguntarse continuamente: ¿Los sistemas de la organización apoyan el desempeño deseado?, ¿qué tan bien lo hacen?

2. Incentivos
Los empleados deben ser capaces de responder a la pregunta: ¿qué gano yo por cumplir con los estándares de calidad? Sobre todo cuando las condiciones de trabajo son difíciles, los salarios son bajos, y hay una escasez de personal sanitario. Los incentivos animan a los empleados a trabajar mejor y se pueden conectar con expectativas claras, retroalimentación y recompensas para un mejor rendimiento. Las organizaciones exitosas y establecimientos de salud ofrecen incentivos para motivar a los empleados a contribuir de manera positiva a los objetivos y resultados de la organización. La cuestión general de este factor de direcciones es cuestionarse si los empleados y los equipos tienen razones para llevar a cabo lo que se les pide realizar en los estándares.

3. Herramientas y el entorno físico
Este factor se centra en valorar si los empleados tienen las herramientas necesarias y adecuadas, materiales y entorno físico de apoyo para hacer bien su trabajo. También se examina si la organización o centro de salud cuenta con los sistemas de mantenimiento y logística para apoyar el buen funcionamiento del lugar de trabajo. Lo esencial en las direcciones de este factor es: ¿los empleados cuentan con los recursos físicos necesarios para llevar a cabo su trabajo?

4. Conocimientos y Habilidades
Este factor generalmente es el más fácil de entender, implica determinar si los empleados tienen el conocimiento y las habilidades para hacer su trabajo. Aborda la cuestión fundamental: ¿los empleados y los equipos saben cómo hacer su trabajo correctamente?

5. Los atributos individuales
Al conocer a los empleados se puede asegurar que todos son diferentes. Cada individuo trae atributos particulares que influyen en su rendimiento y en el del equipo. La pregunta central es: ¿de qué manera los atributos personales de un individuo o de los miembros del equipo afectan su capacidad de trabajar juntos y lograr las metas?

6. Entorno externo
Hay muchas variables externas a las organizaciones que afectan la capacidad de la organización, los equipos y los empleados para llevar a cabo el trabajo. Algunas de estas variables se ubican fuera de la organización o del período de servicio de salud de control; pero otras pueden ser modificadas o mejoradas por las acciones de las organizaciones de atención de salud o grupos. Todas deben ser consideradas en el análisis de las causas de fortalezas o deficiencias. La pregunta central es: ¿qué factores del entorno externo impiden la capacidad de la organización y los empleados para lograr sus metas?

Optimizar el desempeño laboral

En el Diccionario de la Lengua Española define que Optimizar[5], es buscar la mejor manera de realizar una actividad. Para la metodología ODC, debe entenderse como el gerenciamiento de las actividades, procesos y recursos de la organización o establecimiento para que a través de su desempeño se logren los resultados esperados y se cumpla con los objetivos de la calidad, de conformidad con las capacidades reales de dicha organización. Optimizar también implicara enfoque y priorización, desde la premisa de que los recursos son limitados y su mejor aprovechamiento ayuda a producir lo deseado.

[7] Real Academia de la Lengua Española

Capítulo 2

Optimizar el desempeño y la calidad

La metodología Optimizar el Desempeño y la Calidad **(ODC)** consiste en aplicar una secuencia de pasos lógicos para el gerenciamiento del proceso; su carácter cíclico, permite ir aumentando la escala de las mejores prácticas. Con ello se contribuye al logro de la calidad, el desempeño y los resultados esperados.

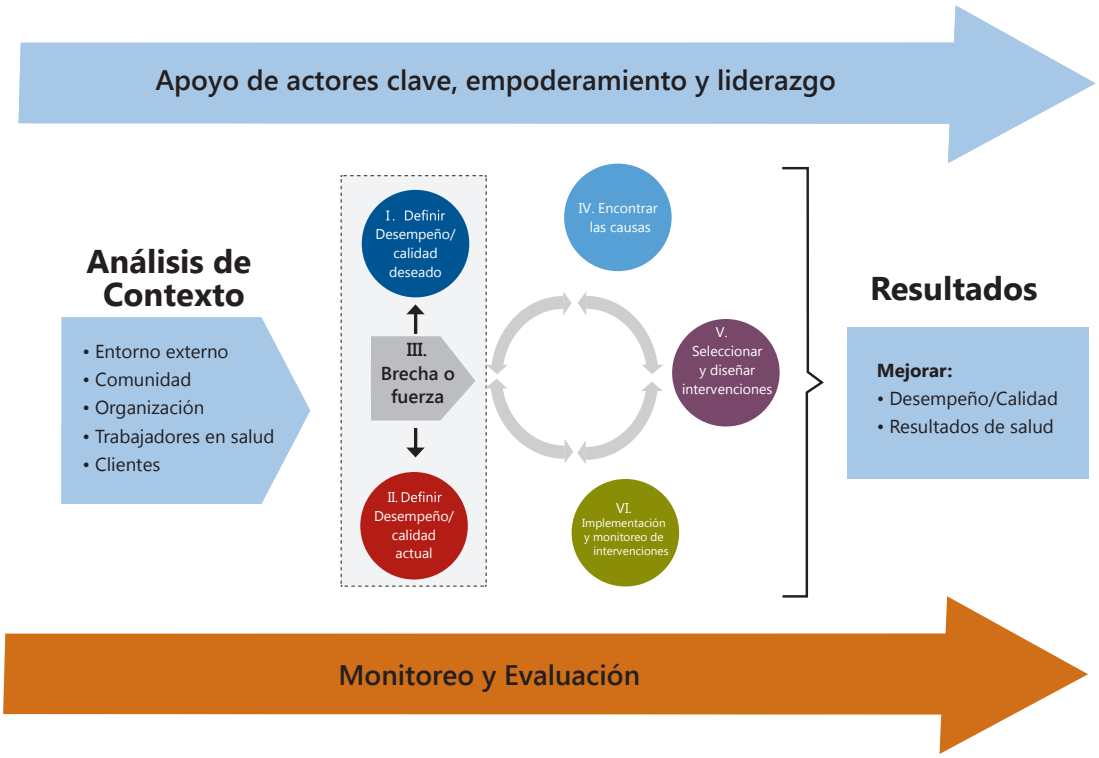
Para implementar la metodología de ODC puede seguirse un enfoque externo o interno; en ambos casos debe asegurarse su transferencia a los líderes para promover su sostenibilidad. Los miembros del equipo interno pueden ser directores, gerentes, supervisores y trabajadores de los establecimientos de salud a nivel local. El equipo externo puede estar constituido por personas de los niveles normativos, consultores, ONG o empresas privadas.

Esta metodología puede usarse como ciclos de mejora continua en un pequeño proyecto dentro de un establecimiento, todo el establecimiento, redes de servicios o un sistema de salud. Además puede combinarse con otras metodologías para el monitoreo, planificación y diseño de la calidad.

Algunas etapas del proceso de ODC que se describe, están provistas de herramientas para ayudar en su implementación. La etapa preparatoria puede ocurrir simultáneamente o puede invertirse el orden.

En la Figura No. 2 se muestra la metodología ODC de manera esquemática. Para una mejor comprensión del proceso de implementación, la metodología se ha dividido en 3 etapas, cuya aplicación da como resultado un ciclo completo.

Figura No. 2
Optimizar el Desempeño y la Calidad



En la Figura No. 2, los pasos: Análisis de contexto y Resultados forman la etapa de preparación; los pasos Actores clave y Monitoreo ocurren a lo largo de todo el proceso de implementación, por lo que deben realizarse con regularidad y no solo al inicio del proceso. Así también se define el sistema de monitoreo y evaluación y se establece quiénes serán los responsables de dicho sistema. Estos cuatro pasos se realizan al inicio y, por su importancia, deben realizarse periódicamente para identificar cambios en el contexto y los actores, además de analizar cómo se avanza en el logro de resultados.

En el paso de Monitoreo y Evaluación se definen los estándares y criterios que formarán los instrumentos. Esta es una etapa de las más importantes, pues en ella se planifica la calidad y el desempeño con todas sus características y será el marco de referencia para todo el resto del proceso. Un reto de esta etapa es elegir cuidadosamente los estándares que logran los resultados, pues aunque hay muchas situaciones deseables, no todas contribuyen a obtener dichos resultados.

Los pasos a definir el desempeño y calidad deseada e implementación y seguimiento de las intervenciones son la fase más operativa del modelo. En ella se mide el desempeño actual, se identifican las brechas, se analizan las causas y se definen las acciones que corrigen las brechas; asimismo se implementa y da seguimiento a los avances del plan.

Para fines de este manual se reconocen diez pasos, organizados en dos etapas y estructurados así:

Etapa Preparatoria
Análisis de contexto
Resultados
Apoyo de actores clave, empoderamiento y liderazgo
Monitoreo y evaluación
Paso I: Definir el desempeño y calidad deseada

Etapa de Implementación
Paso II: Desempeño y calidad actual
Paso III: Identificar la brecha u oportunidad
Paso IV: Encontrar las causas
Paso V: Selección y diseño de las intervenciones
Paso VI: Implementación y seguimiento de las intervenciones

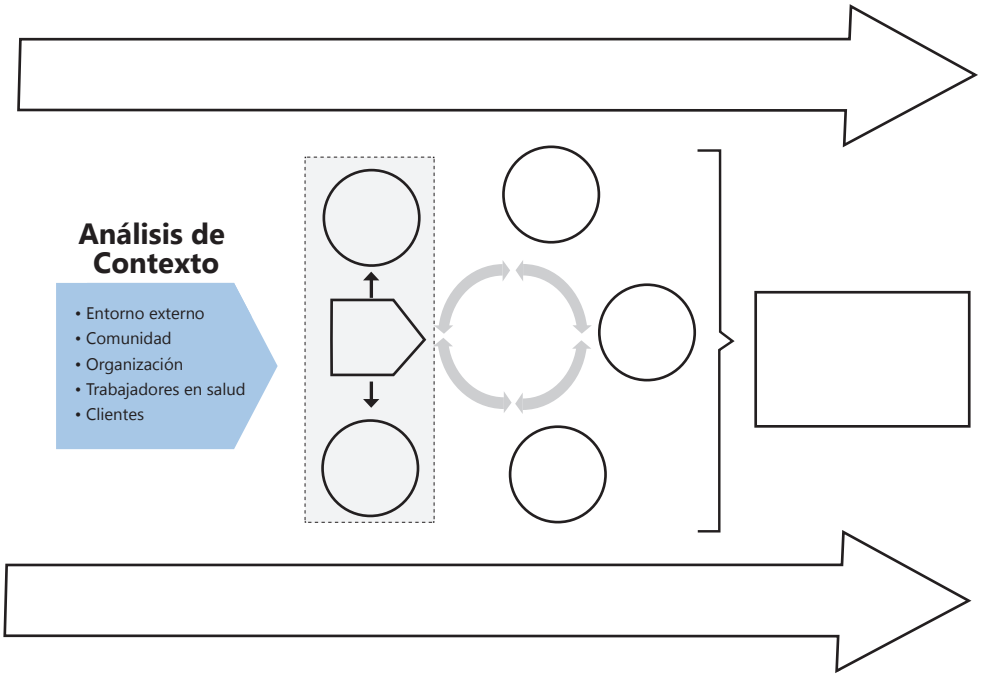
Capítulo 3

Etapa preparatoria

Análisis del contexto

Objetivos

- Identificar los desafíos y oportunidades que plantea la implementación de la metodología de ODC en el contexto de los resultados esperados.



Este primer paso es uno de los más importantes, pues se necesita establecer cuál es el contexto general y específico en el que se implementará la metodología. Por ello se debe comprender la situación nacional de salud, su entorno y factores determinantes; luego analizar la situación específica del problema o situación a mejorar, que en nuestro caso es la situación del VIH.

Para ello se utiliza la Herramienta No. 1, Guía para el análisis de contexto. En ella se incluyen preguntas organizadas por área que, tras su análisis, permite definir prioridades e identificar las consideraciones para la implementación de la metodología y el alcance de resultados.

Se debe evitar los análisis sin dirección específica, pues esto llevaría a tener insumos poco concretos. Lo anterior se evita al aclarar **cuáles son los resultados esperados** y utilizarlos para el análisis.

Herramienta No. 1
Guía para el análisis de contexto

- Los equipos enfocan el análisis en los resultados generales que se espera obtener con la implementación de la metodología.
- Las siguientes preguntas sirven para iniciar el análisis, de ser necesario pueden incorporarse otras áreas o preguntas.

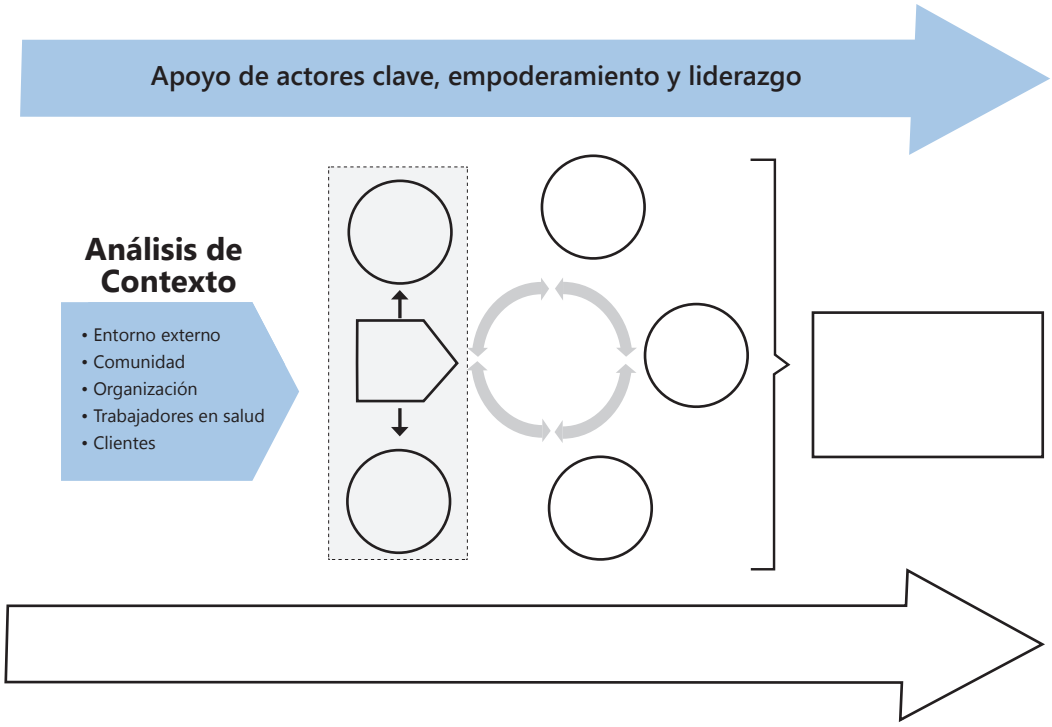
Área	Análisis	Consideraciones para la implementación y los resultados
Político, estratégico	•¿Cuáles son las metas nacionales, el plan estratégico, las políticas y prioridades de salud? • ¿Existe alguna política que abarque el proceso de desempeño y/o calidad? • ¿Se considera que este es el momento oportuno para la implementación?, ¿por qué? • ¿Hay interés político por conocer los resultados que aportará la metodología? • ¿Quién aprueba el proyecto y sus actividades? • ¿Hay alguna metodología en uso para gestionar la calidad? • ¿Hay ley específica sobre el problema que se desea abordar? • ¿Existe alguna instancia nacional o programa nacional que coordine los esfuerzos?	
Estructura	• ¿Cuál es la estructura organizacional? • ¿Se identifican oportunidades en la estructura para apoyar la implementación de la metodología de ODC? • ¿Hay una estructura ministerial o del seguro social que se haga cargo del proceso de acreditación? • ¿Existe alguna estructura en la institución encargada de gestionar la calidad de los servicios? • ¿Cuáles son las estructuras que deben participar en cada momento de la metodología? Por ejemplo: programa nacional de VIH, unidades de monitoreo, acreditación, calidad, implementación por niveles de atención, etc.	
Actores Clave	• ¿Quiénes son? • ¿Dónde están? • ¿Qué intereses tienen?	
Otros cooperantes	• ¿Qué otros organismos están activos en el área del proyecto?, ¿qué hacen?, ¿qué han hecho?, ¿son potenciales aliados a la metodología?	
Experiencias previas	• ¿Hay proyectos anteriores que ya trabajaron en el mismo lugar o con el mismo tema? Si es así: ¿cuál fue el resultado?, ¿qué se ha intentado antes y cómo funcionó?	
Clientes	• ¿Quién es el cliente? (es posible que el donante y el país receptor) • ¿Qué expectativas tienen el cliente y/o proveedor?, ¿cuáles son sus características? • Quienes son las instancias encargadas de dictar las normas, guías y protocolos en el tema VIH?, ¿cuál es el nivel de desarrollo de las normas aplicables? • ¿Se conocen las preferencias de los clientes internos y sus preferencias?	
Beneficiarios	• ¿Cuáles son las características demográficas de la población objetivo?, ¿rural o urbano?, ¿hombres, mujeres o ambos?, ¿a quiénes afecta más? • ¿Cuántos casos hay? y ¿cuáles son sus características? • En este grupo, ¿cuáles son los principales desafíos? • ¿Se conoce la satisfacción de los usuarios y sus preferencias?	
Aspectos logísticos	• ¿Cuáles son las limitaciones logísticas en las que se trabajará para alcanzar los resultados? • ¿Cuáles son los plazos y presupuestos que se tienen?	
Contexto cultural y social	• ¿Cómo afecta el contexto cultural y el comportamiento de sus usuarios? • ¿Cuáles son las características culturales de la comunidad? • ¿Existen interlocutores dentro del grupo de actores clave que puedan ayudar? • ¿Cuál es el estado de la relaciones de género en los posibles lugares de implementación? • ¿Cómo es la condición de los derechos humanos?, ¿hay respeto por la diversidad sexual?, ¿es frecuente la discriminación y estigmatización?, ¿por qué ocurre?	

Apoyo de actores clave, empoderamiento y liderazgo

Objetivos

- Obtener acuerdos con los actores clave sobre la implementación de la metodología de ODC para obtener los resultados esperados.

- Crear las condiciones básicas que permitan fomentar el cambio desde adentro y con ello lograr la institucionalización de la metodología de ODC.



Las máximas autoridades y los directivos de los servicios de salud deciden su participación en el proceso. Según sea apropiado, los facilitadores proporcionan la información a los establecimientos de la salud, con relación a los objetivos, metodología, instrumentos, actividades, ventajas, desafíos y compromisos para el proceso de implementación. Para este propósito, los facilitadores deben organizar reuniones en el nivel apropiado. Después de recibir la información, cada institución y establecimiento decide sobre su participación en el proceso y notifica formalmente a los facilitadores y/o al equipo coordinador su decisión. La notificación se puede hacer con una carta de acuerdo e incluir los nombres de las personas de contacto con fines de coordinación y comunicación.

Deberá escribirse la bitácora del proceso de consenso entre los niveles involucrados y registrar los acuerdos y compromisos.

El proceso sugerido es:

- Preparar la información a presentar en relación a los objetivos, metodología, instrumentos, actividades, ventajas, desafíos y compromisos para el proceso de implementación.
- Preparar una agenda de la reunión, detallando los productos de la misma.
- Preparar borrador del documento de acuerdos esperados.
- Realizar reunión ejecutiva con las máximas autoridades de la institución que también incluyan a actores clave internos.

Producto de las reuniones se espera contar con un acuerdo de cooperación que incluya:

- Definición de los resultados esperados, obtenidos mediante conceso.
- Identificar la estructura organizacional delegada para la implementación y sus roles.

    - Servicios de salud en donde se implementará
    - Programas y unidades involucrados
    - Responsables del monitoreo de los resultados
    - Conformación del equipo central de la calidad a cargo de la definición de estándares, implementación y supervisión del proceso
    - Responsables de la acreditación o reconocimiento de los servicios.
    - Mecanismos de coordinación y comunicación.

Las personas clave son individuos o grupos de personas que probablemente serán afectadas, o creen que lo serán, positiva o negativamente por los cambios que se promueven. Las personas clave reaccionarán al proyecto favoreciéndolo u oponiéndose, según el impacto en sus intereses. La actitud de las personas clave hacia la implementación de la metodología de ODC puede ser crítica para el éxito en cada etapa del proceso. Por ello es esencial manejar cuidadosamente la relación y participación con estos grupos e individuos durante toda la implementación. Actores clave hay en los distintos niveles donde se implementa la metodología, es decir a nivel central regional y local.

Hay dos tipos de actores clave:

Primarios los que están directamente involucrados en los procesos que van a cambiar o mejorar. Las personas clave primarias serán normalmente: autoridades institucionales, proveedores de salud, directores, administradores, los que dictan las políticas y clientes.

Secundarios los que están indirectamente involucrados en los procesos que van a cambiar. Ejemplos de personas clave secundarias son: organizaciones comunitarias, profesionales, universidades, organizaciones religiosas, organizaciones políticas y sociales.

Las personas clave primarias son las que probablemente tienen mayor influencia en el proceso, aunque a veces el involucramiento de los grupos secundarios puede tomar mayor relevancia.

Cada categoría de las personas clave tienen distintos tipos de interés. La primera tarea es observar los próximos pasos para aprender todo lo posible sobre dichos intereses.

- Identificar a todas las personas clave (primarias y secundarias)
- Especificar la naturaleza de sus intereses
- Evaluar el nivel de sus intereses en la iniciativa
- Evaluar la fortaleza de las personas clave y su impacto potencial en el proyecto

Para identificar los intereses se recomienda el uso de la Herramienta No. 2.

Importante: este análisis de contexto e intereses de los actores se retoma cada cierto tiempo para hacer los ajustes de acuerdo con los cambios en el contexto e intereses.

Herramienta No. 2
Análisis de interes de los actores

Una tarea inicial es analizar los intereses de los grupos necesarios para el proceso de implementación, entre ellos: personal que presta servicios de salud, usuarios, representantes de la comunidad, directivos, políticos, representantes del órgano regulador, representantes de las organizaciones de formación, líderes comunitarios y religiosos.

Nombre del proyecto	
Persona contacto	
Lista de temas o aspectos que abordará el proyecto, que pueden generar interés	1. 2. 3. 4.

Nombre de la persona o grupo, puesto, organización.	Interés que tiene o puede tener en el asunto	Forma en que afecta su interés al proyecto, ¿qué nivel de influencia tiene?	Decisión o acciones necesarias
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Empoderamiento y liderazgo

En este paso, el empoderamiento se le llama al proceso por el cual las personas y los equipos aumentan sus capacidades para impulsar las acciones y los cambios necesarios. Esto incluye la capacidad de conducción, liderar o gestionar el cambio e institucionalizar la metodología. El proceso es transversal a toda la metodología y abarca por lo menos tres fases principales, cada una con sus propios desafíos que requieren la realización de algunas tareas y actividades. Estas fases se describen en el siguiente cuadro a continuación.

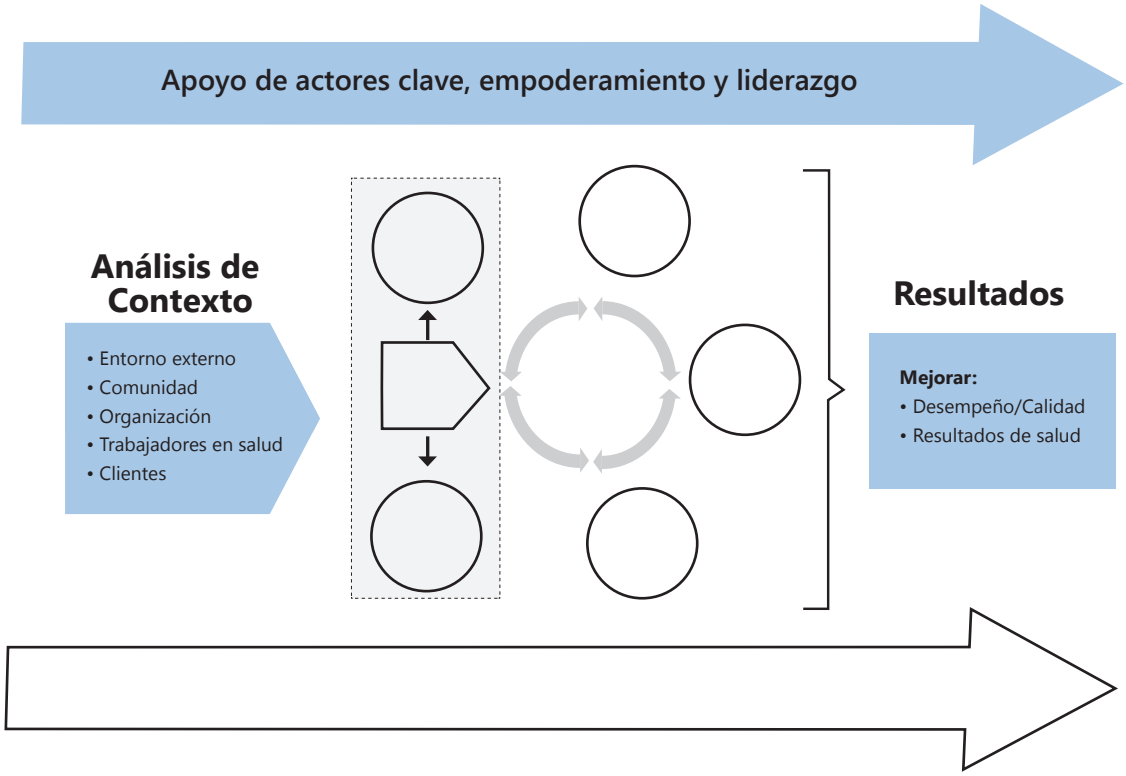
Cuadro 1. Fases del empoderamiento y liderazgo en ODC

Fase de preparación e iniciación:	Fase de fortalecimiento:	Fase de reforzamiento:
Busca 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 la estructura inicial para el proceso. Actividades típicas de esta fase: • Análisis de contexto • Acuerdos iniciales • Desarrollo de los estándares • Creación del equipo coordinador • Capacitación de los equipos facilitadores y los asesores técnicos • Promoción de la metodología. • Implementación de las líneas de base y discusión de los resultados con personal de los establecimientos	En esta fase el objetivo es construir al impulso para el cambio. Es muy importante comenzar con mejoras concretas, demostrar resultados tangibles, crear y consolidar los equipos de implementadores comprometidos y desarrollar un sistema de retroalimentación. Actividades características de esta fase: • El desarrollo y la implementación de los planes de mejora • Organización de equipos de mejora por áreas • Movilización de recursos • Medición del progreso a través de monitoreo • Crear vínculos para que los equipos de ODC intercambien experiencias con otros de su mismo interés • Gestionar el cambio • Documentar experiencias exitosas	El objetivo de esta fase es consolidar los cambios. Para alcanzarlo es necesario aumentar y ampliar las mejorías en el desempeño y la calidad a un nivel significativo, institucionalizar el proceso, ampliar el rol de los usuarios y la comunidad, por último, recompensar y diseminar los logros. Las actividades de esta fase se centran en: • Esfuerzos focalizados en brechas persistentes o más complejas • Enfoque en factores críticos que afectan el rendimiento • La movilización de recursos técnicos y financieros adicionales • La incorporación de mejoras exitosas e los sistemas organizacionales • Actividades crecientes de comunicación y movilización comunitaria • Implementación del proceso de reconocimiento o acreditación

Resultados esperados

Objetivo

- Definir los resultados esperados con la implementación de la metodología ODC.



En este paso se definen, con la participación de las máximas autoridades de la institución, el o los resultados que se desean alcanzar mediante la optimización del desempeño y la calidad al aplicar la metodología.

Importante: para definir los resultados debe tenerse en cuenta factores como: **tiempo** para la implementación, **dimensión** del proceso a mejorar, tamaño del sistema a intervenir (local, distrital o nacional) y **complejidad** del mismo.

Los resultados son los productos planificados y diseñados que deben ser alcanzados tras implementar intervenciones clave a través de la metodología ODC. Estos son definidos con la participación de las máximas autoridades del sistema y deben tener coherencia con la visión y misión del sistema.

Al diseñar con claridad esos resultados, se pueden alinear las siguientes etapas de la metodología; lo cual servirá de referencia al tomar decisiones sobre qué incluir en los estándares del desempeño, qué brechas priorizar y el tipo de intervenciones a implementar. Los resultados deben ser presentados como indicadores para poderlos medir.

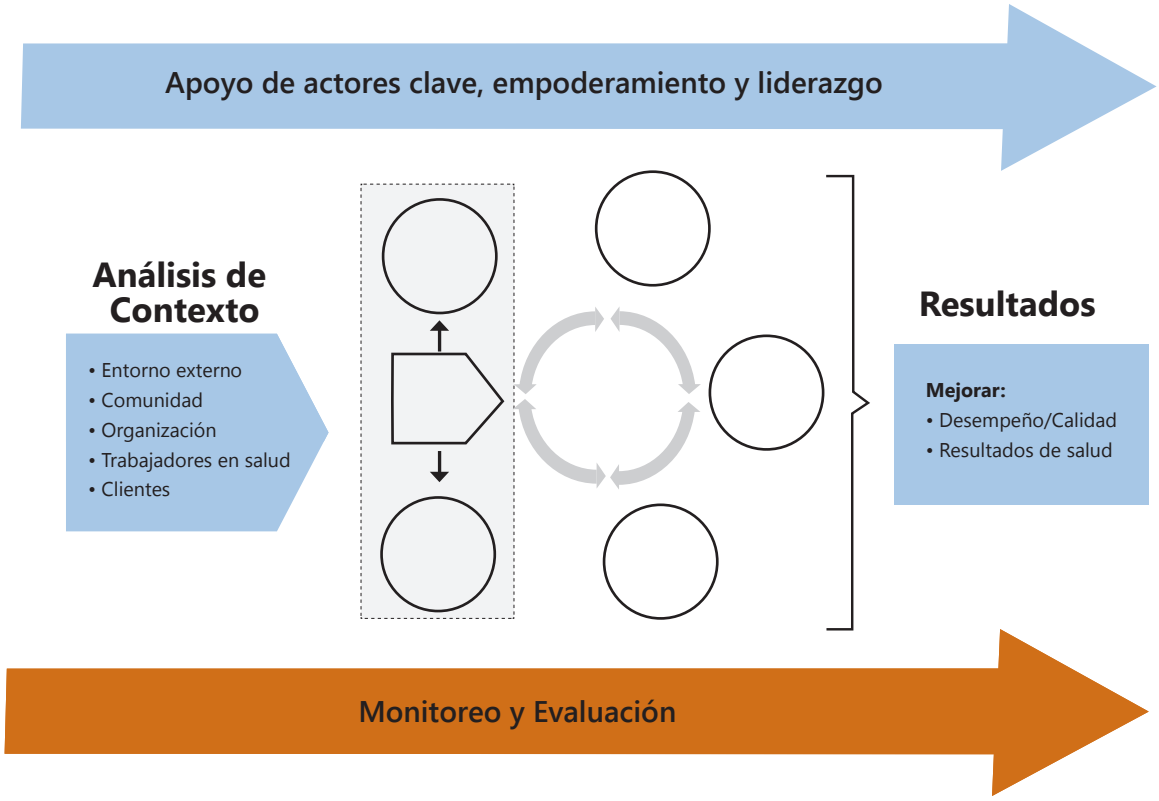
Los resultados responden a los problemas que se desean superar, a las prioridades y criterios establecidos en el análisis de contexto; además deben ser coherentes con el resto del proceso. Si la metodología se implementará para mejorar un programa específico o la atención a pacientes con determinada patología, los resultados serán de acuerdo con ello.

Monitoreo y evaluación

Objetivos

- Identifica los elementos a monitorear al inicio del proceso y los productos de la implementación de ODC.

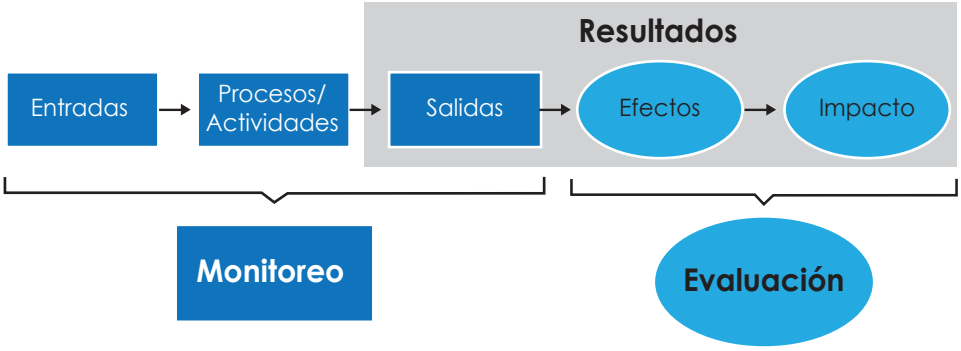
- Identificar otros resultados que pueden lograrse al implementar la metodología.



El monitoreo, en forma general, consistirá en la **observación del curso de uno o más parámetros para detectar eventuales anomalías.** En este caso, para detectar que se cumplen las etapas de la implementación de la metodología de ODC y que se están alcanzando los resultados deseados mediante el proceso.

Las actividades de monitoreo suelen abarcar las entradas o insumos que son necesarios, el desarrollo del proceso y las salidas del mismo. Estos elementos se constituyen en indicadores y con frecuencia se eligen de dos tipos: los de proceso y los de resultados.

En el esquema siguiente se puede identificar la lógica de este proceso. Los primeros tres cajones corresponden al monitoreo; luego se extienden hacia los efectos e impacto, estos últimos corresponden a la evaluación.



Las decisiones relacionadas con el monitoreo se toman en conjunto con las autoridades y de una vez se debe definir qué instancia será la responsable de llevar el control del mismo. Para facilitar este proceso se puede utilizar la Herramienta No. 3.

Algunas preguntas generadoras para definir este proceso son:

- ¿Qué indicadores reflejarán que se alcanzan los resultados generales esperados y de cada etapa del proceso?
- ¿Qué indicador reflejará el nivel de avance de los resultados esperados en la aplicación de la metodología?
- ¿Existen otros resultados atribuibles a la implementación de ODC?

Herramienta No. 3 **Desarrollo del plan de monitoreo de resultados**				
¿Qué se monitorea?	¿Cómo se hará?	¿Quién lo realiza?	¿Cuál es la fuente del dato?	¿ Qué criterio de análisis?
Proceso/Resultado	Metodología	Responsable	Registro de información	Rangos de ponderación

Evaluación de las intervenciones:

Este paso consiste en medir indicadores de los **efectos** que ocasiona la implementación de la metodología y, en algún momento, medir el **impacto** a largo plazo de los resultados.

La evaluación proporciona elementos objetivos y confiables acerca de:

- Los efectos resultantes al transcurrir determinado período de tiempo
- Fortalezas y debilidades del la implementación de la metodología
- Factores que influyen en cada etapa del proceso
- Lecciones aprendidas

La evaluación consiste en recopilar y analizar datos para medir la **eficacia** de una intervención en el cumplimiento de los objetivos previstos y/o el grado en que los cambios en los resultados pueden atribuirse a dicha intervención o a otros factores. El propósito de la evaluación es ayudar a los interesados en la toma de decisiones sobre la continuidad de la intervención evaluada, su uso en nuevos ciclos de calidad y otras aplicaciones futuras.

Algunos indicadores de efecto e impacto se presentan en las tablas siguientes. Es un ejemplo, sin embargo esta es una tarea que debe construirse con los involucrados desde el inicio del proceso y revisarse periódicamente, lo cual puede o no empatar con lo acá propuesto.

Posibles efectos de las intervenciones	Indicador de efecto
¿Se han presentado cambios en los conocimientos, habilidades, comportamientos o medio ambiente laboral que favorece un mejor desempeño?	• # de brechas del desempeño reducidas
¿Cuáles son las diferencias entre el desempeño actual y la línea basal? ¿Es el cambio un resultado de las intervenciones?	• % de diferencia en el desempeño actual y el desempeño deseado
¿Cómo se ha cambiado el desempeño de la atención, en relación a las intervenciones?	• # de mejores prácticas que se han implementado
¿Son los proveedores capaces de aplicar sus conocimientos para resolver problemas y/o mejorar la provisión de servicios?	• % de reducción de complicaciones • % de incremento en la productividad • # de reducción de quejas
¿En qué medida se han afectado otros factores del desempeño y sistemas organizacionales?	• # de procesos institucionales que se han afectado con las intervenciones

Posibles Impactos de las intervenciones	Indicador de Impacto
¿En qué medida los resultados estratégicos del establecimiento se cumplen?	• Tasa de cobertura del programa X • Tasa de Incidencia de XX • Tasa de prevalencia de XX (asunto de interés)
¿El nuevo desempeño del establecimiento ha generado un mejor nivel de satisfacción de los usuarios?	• % de satisfacción de usuarios mejorado
¿Hay cambios en los indicadores de salud?	• Indicadores de producción, cobertura, reducción del daño
¿El proceso de ODC es sostenible?	• Costo de mantener las intervenciones
¿Cuáles son los cambios que se han dado en el área financiera como producto de intervenciones que redujeron brechas de desempeño y calidad? (reducción de los costos de la no calidad)	•Ahorros que se han producido por la presencia de buenas prácticas.

PASO I: Desempeño y calidad deseada

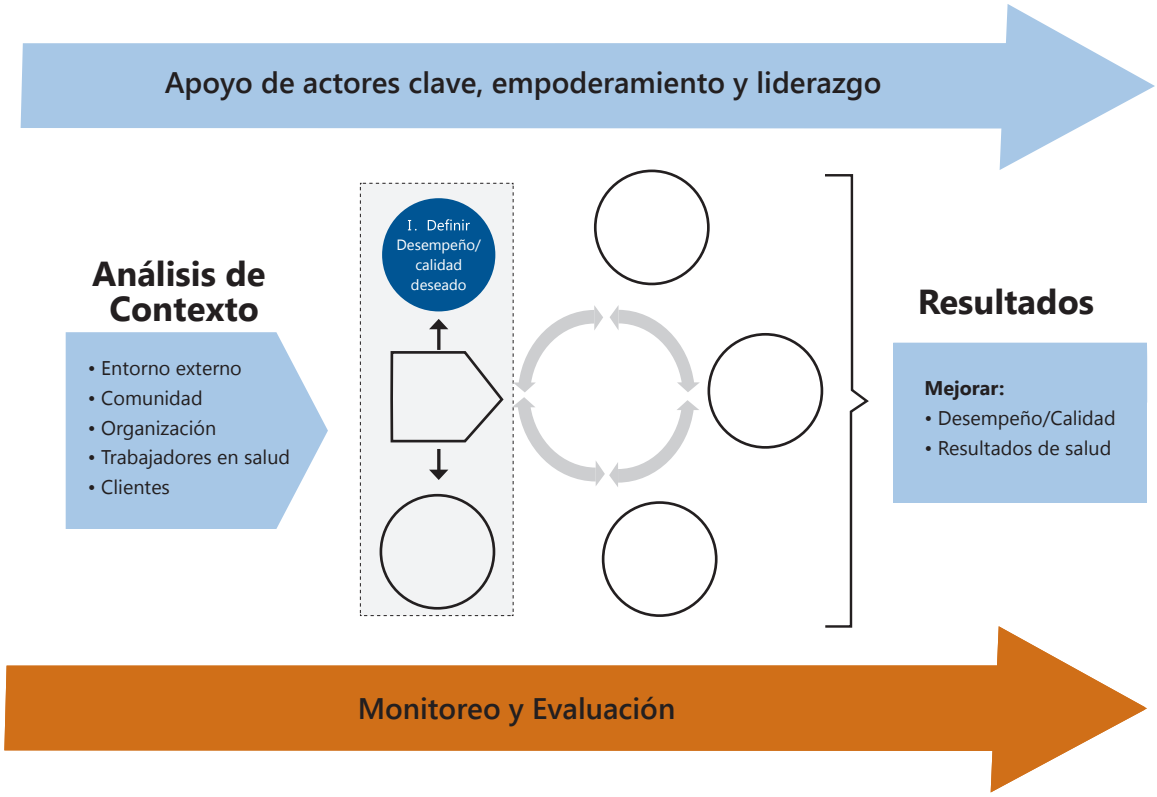
Objetivos

- Identificar las normas, protocolos, guías que servirán de insumo para la construcción de los estándares de cumplimiento en la calidad de la atención, con base en los resultados esperados ya definidos por el nivel central.

- Determinar criterios para la construcción de los estándares que conformarán los instrumentos de verificación del desempeño.

- Identificar la metodología de verificación para cada estándar o conjunto de estándares.

- Determinar los procesos de apoyo al desempeño que también requieren estándares y medios de verificación.



Después de realizar el análisis de contexto externo e interno, con enfoque en los resultados deseados, y establecidos acuerdos con autoridades y actores clave, el paso siguiente es construir los estándares del desempeño.

¿Quiénes los construyen? Es un proceso participativo de consenso con el apoyo de actores clave primarios, facilitadores y expertos técnicos. Es decir que se sugiere un enfoque interno con colaboración externa.

La base para la construcción de los estándares son las normas, guías, protocolos nacionales u otros documentos que regulan la provisión de los servicios, así también las expectativas de los usuarios y la comunidad.

Este paso implica definir, en los términos más claros y objetivos, el nivel de desempeño deseado. Se logra al desarrollar estándares operacionales de desempeño para los servicios que necesitan ser mejorados y guiándose por estos principios:

- Los estándares del desempeño deseado estarán orientados hacia los resultados esperados.
- Serán observables, medibles y verificables.
- Se redactan como afirmaciones.
- Se enfocarán en el nivel de desempeño deseado. (Es una actitud visionaria y positiva que sustituye el enfoque en problemas.)
- Serán presentadas en forma operacional, construidos con base en el proceso de entrega de servicios. La referencia normalmente son las guías, normas y protocolos de atención, por ejemplo: guías, normas y protocolos de atención en VIH. Los estándares de desempeño reflejan esa integración del proceso de entrega de servicios.
- Los criterios de verificación mostrarán cómo hacerlo. Esto significa que los criterios de verificación son usados con los estándares de desempeño, por ejemplo: es insuficiente indicar en el estándar que los proveedores deben cumplir las normas de trabajo para la prevención de infecciones nosocomiales, ha de agregarse en los criterios de verificación de ese estándar de desempeño cómo hacerlo correctamente.
- Los estándares de desempeño cubrirán un área completa de entrega de servicios, no solo aspectos aislados de esta. El enfoque anterior crea oportunidades para identificar otras áreas que ayudan a otorgar servicios integrados y sostenibles, con lo cual se facilita la sinergia entre los mismos. Por ejemplo, en la atención integral del paciente con VIH, los estándares estarán dirigidos a todos los aspectos necesarios en la entrega de servicios de atención clínica integral, lo que incluye aspectos de orientación y consejería, visitas de seguimiento, sistemas logísticos, sistemas de información, prevención de infecciones, etc.
- Deben estar basados en evidencia científica, pero también incorporan las opiniones de los proveedores, directores, administradores y usuarios. Por ejemplo: la privacidad durante la atención, puede no tener impacto en el resultado técnico, pero es importante desde el punto de vista del usuario; o por parte del proveedor, preferir usar lavado en seco en vez de salir hasta el lavamanos para cada desinfección.

- Antes de proceder al siguiente paso, es necesario asegurarse que los estándares de desempeño están definidos lo más claro posible. Al establecer los estándares debe tomarse muy en cuenta las dimensiones de la calidad en la atención para saber si están presentes en los mismos.

- En su definición, los estándares deben ser vistos como un proceso continuo; ya que si hay excesivo énfasis en el desempeño ideal, se pueden establecer normas con apariencia inalcanzable que posiblemente desalienten en lugar de fomentar la mejoría.

El proceso de construcción de estándares sigue el orden:

- Identificar los resultados esperados
- Identificar los servicios centrales que serán mejorados para alcanzar los resultados
- Definir los servicios o funciones de apoyo para la entrega de los servicios centrales
- Elaborar un estándar operacional para cada proceso
- Desagregar en estándares más pequeños, si es necesario

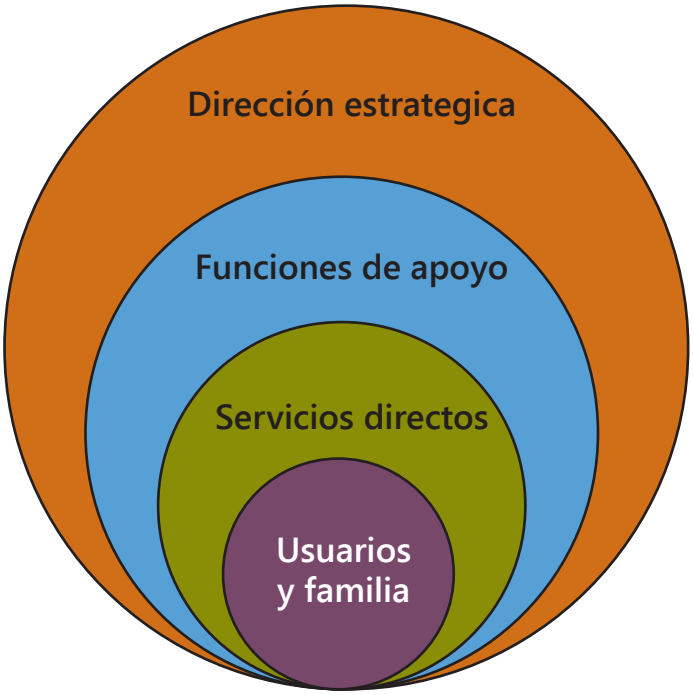
¿Qué estándares deben incluirse? Los de servicios centrales priorizados, que al ser cumplidos consistentemente, ayudan a alcanzar los resultados esperados. También incluir estándares para las funciones de apoyo a los servicios priorizados y los de dirección estratégica o de gestión organizacional que apoya a los anteriores.

¿Cómo se identifican los servicios a ser mejorados?
Las primeras preguntas que se hará en la organización es: ¿qué servicios deben mejorarse para alcanzar los resultados deseados?, ¿en qué nivel necesitan ser mejorados? (hospitales de distrito o en establecimientos de atención primaria) y ¿en toda la red de servicios o en establecimientos seleccionados?

Estas prioridades se establecieron en los acuerdos, para lo cual se tomaron en cuenta las características del problema de salud, sus causas y la red de establecimientos.

El éxito en la entrega de cierto servicio clínico requiere la mejora en diferentes niveles del mismo establecimiento de salud. Estos son: **servicios directos centrales** (servicios clínicos, y otros con interacción directa entre proveedores y usuarios), **funciones de apoyo** (sistema gerenciales de recursos humanos, cadena de suministros y otros servicios auxiliares) y **dirección estratégica** (liderazgo estratégico, planificación, alianzas con liderazgos locales, etc.). Dichos niveles corresponden a los tres de funciones de la organización del establecimiento, lo cual se representa en la Figura No. 4. Para cada nivel corresponderá elaborar estándares que apoyen la optimización del desempeño y la calidad de los servicios directos.

Figura No. 3



¿Qué elementos son deseables en un estándar?
Un estándar contiene declaraciones de aspectos deseables y necesarios que pueden apreciarse en los usuarios al recibir el servicio o, en el proveedor en su desempeño laboral durante la entrega de un servicio. También incluye aspectos que pueden apreciarse en el apoyo a los servicios clínicos y en el ambiente; este último es muy importante para favorecer las condiciones en la entrega de los servicios y cumplir las expectativas del usuario.

Cada estándar tiene un grupo de criterios de verificación objetivos, organizados como una lista de verificación práctica que guía la verificación del cumplimiento del estándar.

Se usan varios métodos para determinar el logro de los estándares de desempeño y los criterios de verificación. Entre ellos están: observación directa de los procedimientos clínicos y de la infraestructura de los establecimientos, entrevistas estructuradas con proveedores y directores, además la revisión de las fichas clínicas. En el instrumento de evaluación se incluyen las instrucciones para el método de verificación en cada estándar de desempeño.

El conjunto de estándares deben cumplir con los siguientes aspectos de la calidad:

- **Efectividad:** Es decir que en el estándar se promueven prácticas que producen los mejores resultados. Los cuales están basados en las normas nacionales aplicables y en que el comportamiento se practique consistentemente para producir dicho resultado en la población a cubrir.

- **Eficiencia:** Que las prácticas promovidas en los estándares consideren un costo razonable para el sistema, sin que por ello se sacrifique la calidad.

- **Seguridad:** Que toda a acción promovida en los estándares sea segura para el usuario y para el proveedor, que minimice las posibilidades de lesión, daños, infección u otros efectos adversos.

- **Aceptabilidad por el usuario:** Que la construcción de los estándares asegure que se ha incluido la perspectiva o preferencia de los usuarios, ya sea porque estas son ampliamente conocidas o porque hay mecanismos definidos para conocer las mismas.

- **Equidad:** Que la calidad a ser observada a través de los estándares evite estigmas y discriminación, que no varíe con dependencia de características personales (indígenas, rurales, mujeres, niños, preferencias sexuales, tipo de enfermedad); es decir que la misma calidad esté disponible y sea entregada en todas las ocasiones, sin otra variación que la necesaria por condiciones particulares o preferencias de los usuarios.

- **Accesibilidad:** Que la intervención ocurra justo cuando es necesario y que el ambiente y personal sea el adecuado a las características y necesidades de la población a atender, no únicamente una accesibilidad geográfica.

Herramienta No. 4
Instrumento de identificación del nivel de desempeño

Estándar General:

Desempeño	Criterios o medios de verificación		Observación			Observaciones
			SI	NO	NA	

Con aplicación de los conceptos anteriores y avance hacia la construcción de los instrumentos de verificación o medición del desempeño, se presenta el siguiente ejemplo:

Tabla No. 1	
Resultado Esperado: Reducir las infecciones nosocomiales y el riesgo de accidentes laborales con bioinfección.	
Estándar general	**Desempeño**
En el establecimiento, todo el personal, de acuerdo con su rol, cumple las normas de trabajo para la prevención de infecciones nosocomiales y reducción de riesgo de accidentes laborales con bioinfección.	1. Los trabajadores de salud realizan correctamente el **proceso de desinfección, limpieza y esterilización de los equipos** para la prevención de infecciones.
	2. Todos los proveedores de servicios practican el **lavado de manos y uso de guantes** de acuerdo a la norma en las actividades de atención y servicios de apoyo.
	3. Se realiza diariamente la **desinfección** de todas las superficies de atención y encamamiento (con solución clorada al 0.5% se enjuaga con agua en donde aplique de acuerdo a la norma).
	4. En el establecimiento se lleva un registro de **vigilancia** de buenas prácticas de bioseguridad e indicadores de infecciones nosocomiales.
	5. En todo el establecimiento se **dispone** y clasifica adecuadamente los desechos **contaminados** de acuerdo con la norma y/o procedimientos (Normas de gestión de desechos sólidos contaminados).

Tabla No 2
Instrumento de identificación del nivel de desempeño

Estándar General:
En el establecimiento, todo el personal, de acuerdo con su rol, cumple las normas de trabajo para la prevención de infecciones nosocomiales y reducción de riesgo de accidentes laborales con bioinfección.

Desempeño	Criterios de verificación		Observación			Observaciones
			SI	NO	NA	
1. Los trabajadores de salud realizan correctamente el proceso de desinfección, limpieza y esterilización de los equipos para lograr la prevención de infecciones.	1.1	**Verificar en áreas de atención:** que previo a la limpieza se verifica que los equipos quirúrgicos pasaron por un **proceso de desinfección** (sumergirlos durante 10 minutos en solución clorada al 0.5%).				
	1.2	El personal de enfermería realiza **la limpieza** del equipo médico-quirúrgico mediante las medidas de protección personal: uso de guantes gruesos, lentes, mascarilla (o mascarilla con protector ocular).				
	1.3	El equipo se recibe en la Central de equipo en un área específica para ello, aunque el mismo sea potencialmente contaminado.				
	1.4	Se verifica la **limpieza del equipo**, y se repasa de ser necesario.				
	1.5	Se empaca los materiales correctamente, de acuerdo al procedimiento normado (verificar que este exista).				
	1.6	Verifica el buen funcionamiento de la autoclave y su adecuada disposición. El procedimiento de uso debe estar accesible para ser repasado.				
	1.7	Se realiza **la esterilización** de acuerdo con el procedimiento y se lleva registro del mismo.				

En el ejemplo anterior, el servicio de salud tiene un problema de infecciones nosocomiales el cual ha decidido cambiar a través de la metodología ODC. Para ello identifico con claridad su resultado: Reducir las infecciones nosocomiales y el riesgo de accidentes laborales con bioinfecciones. Para alcanzar este resultado se ha descrito el estándar general: En el establecimiento, todo el personal, de acuerdo con su rol, cumplen las normas de trabajo para la prevención de infecciones nosocomiales y reducción de riesgo de accidentes laborales con bioinfecciones. Este estándar se ha desagregado en estándares más pequeños, los cuales pueden apreciarse en los numerales del 1 al 5 de la **Tabla No.1.**

Para completar el ejemplo, se ha tomado el estándar de desempeño deseado 1 al cual se le han creado los medios de verificación como pueden apreciarse en la **Tabla No.2.** Puede notarse que se refiere a cómo, quién y dónde se ha de verificar dicho desempeño.

En el formato del instrumento se ha dejado tres columnas para seleccionar: SI, NO y NO APLICA. También hay una columna adicional para hacer las anotaciones pertinentes que ayuden, en etapas posteriores, a buscar la causa.

Luego de establecidos los estándares de los servicios directos, es necesario identificar las funciones de apoyo, aquellas que se realizan para que la entrega del servicios cumpla con la calidad y desempeño esperado. Por ejemplo: logística de insumos y medicamentos, sistema de información, equipo e infraestructura, sistemas de referencia y respuesta, laboratorio y otros que son necesarios para la construcción de estándares. En estas áreas se continúa con la secuencia de pasos presentada anteriormente.

Cuando los equipos de ODC han estructurado el conjunto de instrumentos, deberán validarse con grupos de expertos técnicos. Por ejemplo, si un estándar se relaciona con las áreas de nutrición para pacientes con VIH, deben ser revisados por nutricionistas con experiencia en esa área. Después hacer pruebas de campo de los instrumentos para verificar servicios con el fin de que los instrumentos sean sensibles y específicos para lo que pretende.

Es importante que cada estándar o conjunto de estándares indiquen la técnica de verificación que mejor permita determinar la presencia de la calidad esperada. Las opciones pueden ser: Observación directa, verificación de registros o fichas clínicas, entrevistas a personal y usuarios, situaciones simuladas, etc. Cada una de ellas puede presentar ventajas y desventajas.

El instrumento de evaluación del desempeño presenta estándares de distintos niveles de complejidad. Los desafíos estrictos, pero alcanzables, motivan a los que están involucrados en el proceso. Lo desafíos calificados como menos complejos crean oportunidades para éxitos tempranos, lo que también motiva a los trabajadores de salud.

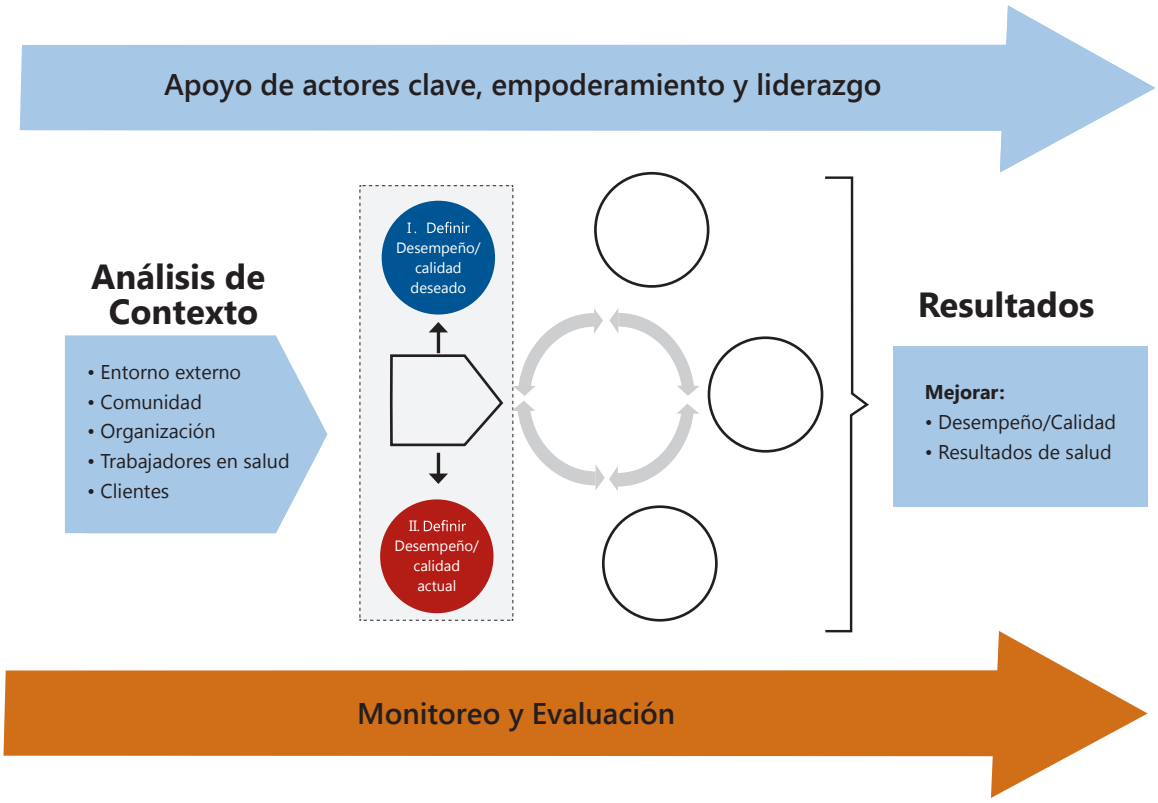
Capítulo 4

Etapa de Implementación

PASO II: Desempeño o calidad actual

Objetivos

- Realizar una adecuada preparación de la verificación que incluye preparación del equipo verificador para asegurar el cumplimiento de los procedimientos.
- Verificar el nivel de cumplimiento del desempeño y la calidad en servicio por medio de los instrumentos de verificación y obtener la línea basal.
- Identificar la metodología para consolidar y entregar los resultados.



Preparación para la medición

Un requisito para el cronograma de las mediciones es que tenga una proyección de por lo menos 6 meses. Esto para tener agenda única con las contrapartes y provisionar los recursos para esta etapa.

Antes de la medición de la calidad y desempeño actual es necesario verificar que el establecimiento fue debidamente notificado por la autoridad competente, revisar que el equipo está estandarizado sobre las técnicas de medición por el equipo verificador y que sepan identificar los lugares del servicio y el personal en donde ocurre el desempeño que se estará verificando. Por ejemplo, al verificar si se realiza la esterilización adecuada del equipo, se observará el proceso completo por el personal designado para esta tarea en la central de equipos del establecimiento, en caso de ser un hospital.

Las técnica a utilizar para la verificación, generalmente, ya se han colocado en los instrumentos en la sección de medios de verificación. Es necesario apegarse a dicha técnica y tener un plan alterno para la medición en caso el proceso no se lleve a cabo el día de la visita de verificación.

Por ejemplo, si planeamos observar una orientación pre prueba de VIH y no se está realizando al momento de la visita, se puede utilizar a una persona que asumirá el rol de paciente y orientarle sobre la misma. Esto tiene la intención de identificar las competencia del personal en esa área y llenar el instrumento.

Métodos usados en los medios de verificación

Cuando use observación directa estructurada:

- Preséntese y explique la razón de la evaluación
- Use el instrumento de evaluación para guiar la observación
- Evite retroalimentar durante la evaluación
- Sea objetivo y respetuoso durante la evaluación

Cuando efectúa revisión documentos:

- Preséntese y explique la razón de la evaluación
- Identifique las fuentes correctas de información (por ejemplo: formularios administrativos, archivos estadísticos, expedientes)
- Revise los documentos guiándose con 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
- Use el instrumento de evaluación en la entreviste al personal
- 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

El equipo debe presentarse debidamente identificado y con los recursos para su trabajo (bata, delantal plástico, instrumentos de evaluación, tablas Shannon, bolígrafos. etc.), cumplir con las normas del establecimiento para mantener las medidas de bioseguridad, confidencialidad, privacidad, dignidad de usuarios y proveedores, horarios de la jornada y las correspondientes a las áreas de cuidado crítico, etc.

Se debe actuar con responsabilidad y profesionalismo; por lo que el equipo está integrado por personal conocedor de lo que se estará verificando o midiendo, lo cual dará credibilidad a la medición. Además se recomienda que el equipo evaluador esté acompañado de personal del servicio evaluado para que se comprenda que busca establecer un punto de partida para la mejora y que es totalmente objetiva, lo que implique que no es punitiva.

Desempeño real, verificación en servicio a través de los instrumentos

Una vez que el desempeño deseado ha sido descrito a satisfacción de todos los participantes del proceso y se han conformado y capacitado los equipos, se procede a aplicar los instrumentos en las áreas de los establecimientos de salud ya definidos.

Cuando ocurre la primera verificación se le llamará línea base y subsecuentemente ocurrirán las siguientes mediciones. Los resultados de la línea base servirán de comparación para las futuras mediciones, con los resultados de estas se podrá identificar si el desempeño mejora, sigue igual o empeoró.

El nivel de desempeño real se identifica con la aplicación de los instrumentos de verificación del desempeño y la calidad. A través de este proceso se puede determinar el nivel de cumplimiento de los estándares en el establecimiento, en cada una de las áreas que abarcan los instrumentos, así como áreas clínicas y de apoyo, etc. La medición se puede expresar en términos absolutos y/o porcentuales y este valor refleja el desempeño actual, que es el resultado de verificar el nivel de cumplimiento del desempeño deseado en todas sus áreas; es decir, hay un valor en cada área de desempeño y uno que totaliza el desempeño del establecimiento.

El equipo verificador debe ser un conocedor de los instrumentos, sus estándares, medios de verificación y las técnicas para la misma; idealmente, trabajó en el proceso de construcción de los instrumentos de medición. Sus apreciaciones se expresan en SI cuando el medio de verificación se encuentre presente o ha podido observarse; NO cuando no se encuentre presente y, NO APLICA cuando la situación evaluada no permite apreciar ese criterio, ya sea porque no es necesaria o porque no estaba normado y/o por cartera no tiene esta función para el servicio o proveedor. Por lo general, son pocas las situaciones que deberían considerarse como NO APLICA. Tener en cuenta que cuando en un instrumento se marca muchos NO APLICA, es posible que se haya elegido mal el proceso a observar o hay confusión de cómo evaluar el mismo. Es altamente probable que no se esté midiendo lo que realmente se quiere medir o tal vez el instrumento no está ajustado a la normativa, al nivel de atención o a la cartera de servicios. Un NO como valor, en un criterio o estándar, brinda la oportunidad de intervención; un NA algunas veces hace invisible un problema.

Para completar cada área técnica se recomienda que hayan dos personas, un evaluador y una contraparte del servicio de salud. Si la verificación implica observar la atención de usuarios, deberá solicitarse la autorización del proveedor y el usuario para presenciar la misma; durante la atención no se deberá intervenir, excepto si la seguridad del usuario o proveedor está en riesgo, ni demostrar gestos de aprobación o desaprobación durante la observación del proceso.

Es necesario que durante la medición, en el instrumento se utilice la columna de comentarios y se anote la razón por la que el desempeño deseado no ocurrió o cualquier otra información relevante, esto será útil cuando se analicen las causas y el diseño de las intervenciones. También es importante identificar fortalezas y logros, por lo que en el instrumento se pueden hacer anotaciones de buenas actitudes y prácticas para luego recomendar su aplicación en otras áreas del servicio.

Un estándar del desempeño se considera aprobado o presente cuando cumple con todos los criterios y los medios de verificación establecidos para el mismo. Se recomienda tener un archivo físico y una copia digital para compartir resultados con los equipos de ODC y con el servicio verificado.

En la **Tabla No.3** se aprecia cómo queda constituido un instrumento para la verificación del desempeño tras haber sido utilizado. Puede apreciarse que el estándar no fue aprobado, por lo que requerirá el análisis de causas y el diseño de las intervenciones que corrigen los factores del desempeño faltantes.

Tabla No. 3 Instrumento de identificación del nivel de desempeño						
Estándar General: En el establecimiento, todo el personal, de acuerdo con su rol, cumple las normas de trabajo para la prevención de infecciones nosocomiales y reducción de riesgo de accidentes laborales con bioinfección..						
Desempeño	**Criterios/Medios de verificación**		**Observación**			**Observaciones**
			SI	**NO**	**NA**	
1. Los trabajadores de salud realizan correctamente el proceso de desinfección, limpieza y esterilización de los equipos para prevenir infecciones.	1.1	**Verificar en áreas de atención:** que previo a la limpieza se constata que los equipos quirúrgicos pasaron por un **proceso de desinfección** sumergiéndolos durante 10 minutos en solución clorada al 0.5%	X			
	1.2	El personal de enfermería realiza **la limpieza** del equipo médico-quirúrgico de acuerdo con las medidas de protección personal: uso de guantes gruesos, lentes, mascarilla (o mascarilla con protector ocular).	X			
	1.3	El equipo se recibe en la Central de equipo en un área específica para ello, aunque potencialmente esté contaminado.	X			
	1.4	Se verifica la **limpieza del equipo** y, de ser necesario, se repite la verificación.	X			
	1.5	Se empaca los materiales correctamente, de acuerdo al procedimiento normado (verificar que este exista).		X		Se pudo notar que al empacar no se sigue la técnica.
	1.6	Verifica el buen funcionamiento de la autoclave y su adecuada disposición. El procedimiento de uso debe estar accesible para ser repasado.		X		Se apreciaron fugas de vapor en la autoclave, no está disponible el procedimiento de uso.
	1.7	Se realiza **la esterilización** de acuerdo con el procedimiento y se lleva registro del mismo		X		No se lleva registro de la esterilización.

Presentación de los resultados

Tras la medición se realiza la reunión de presentación de resultados con el objetivo de divulgar los mismos, aclarar dudas con relación a la medición y hacer el primer ejercicio de identificar y analizar las brechas del desempeño encontradas y definir los pasos a seguir. Entre dichos pasos está la calendarización de las visitas para las siguientes fases, como se describirá en las secciones siguientes. En esta actividad es muy importante que estén presentes las autoridades del establecimiento y otros tomadores de decisiones.

Previo a brindar la información es importante sensibilizar sobre la característica no punitiva de la evaluación de personas que tiene la metodología, en insistir que se trata de la medición del estado actual de la calidad en la entrega de servicios y que se busca identificar oportunidades para mejorar la calidad y alcanzar los resultados. Debe incluirse la explicación de qué es una medición basada en estándares, cómo se construyeron y las técnicas empleadas en la medición; asimismo indicar cuándo se considera que un estándar se encuentra presente o ganado.

Los resultados se divulgan en forma cuantitativa general y luego por áreas; número de estándares logrados y porcentaje con relación al total. Estos valores ofrecen la base para el monitoreo de los avances. Como resultado de esta presentación debe confirmarse el equipo local de la calidad, quien se hará cargo de las siguientes fases del proceso.

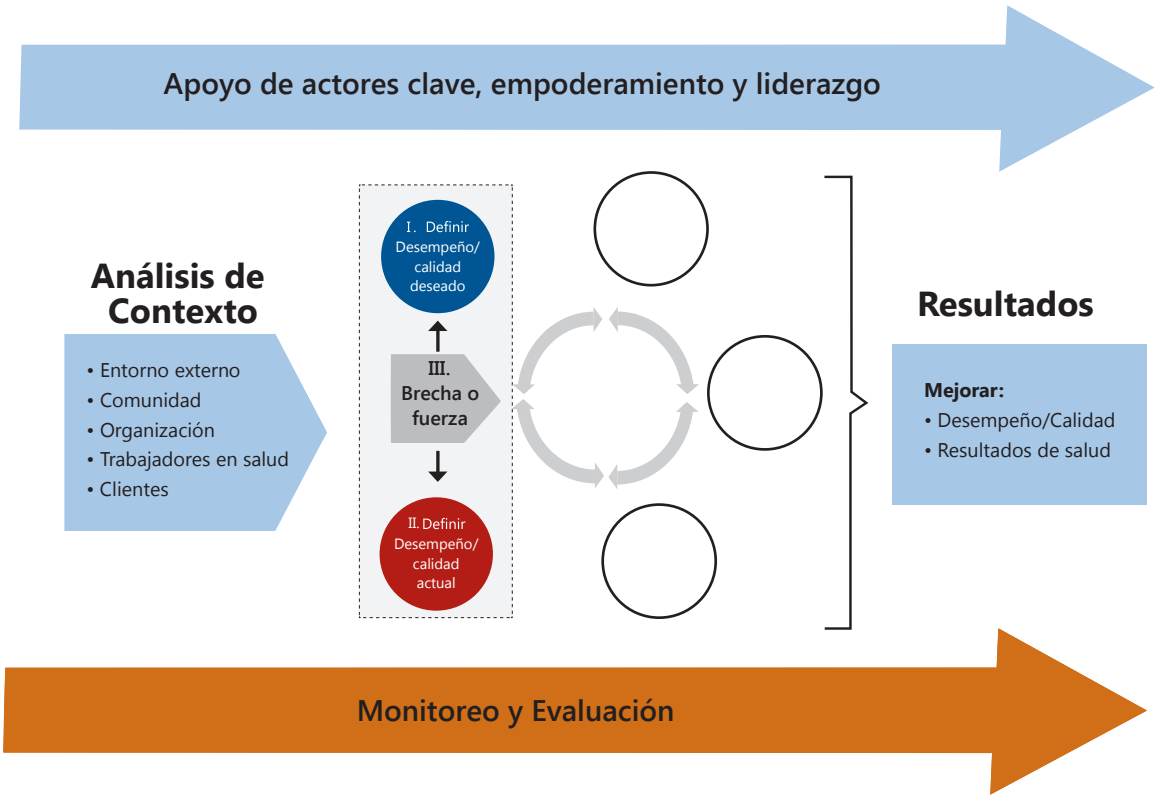
Ejemplo de formulario consolidado de resultados por área

Área	Total de estándares por área	Estandares logrados	
		Número	Porcentaje
Atención integral	**12**		
Bioseguridad	9		
Farmacia	6		
Recursos humanos	11		
Total	**38**		

PASO III: Identificación de brechas del desempeño

Objetivos

- Analizar la línea de base para establecer las brechas del desempeño.
- Identificar prioridades para trabajar en las brechas que tienen mayor impacto en los resultados deseados.



El equipo local de ODC, con el apoyo del equipo verificador, identificará *las brechas al desempeño;* para ello se realiza la revisión de los instrumentos de medición de la *Línea de base*, en la cual se puede identificar los criterios no cumplidos así como los estándares de calidad con incumplimiento total o parcial.

Las brechas pueden ser descritas con los mismos estándares de verificación que se utilizaron para describir el desempeño deseado. La descripción de brechas muestra, en términos objetivos, las diferencias entre el desempeño real y el que se desea alcanzar.

Debe evitarse la simpleza en la descripción de la brecha, pues se corre el riesgo de ser reduccionista. Algunas veces la brecha solo refleja un ápice del problema, que es mucho más grande. Recuerde que se busca mejorar la eficiencia organizacional y los resultados.

Los estándares de desempeño que operan en o por encima del nivel deseado deben ser analizados para identificar los aspectos que les permiten alcanzar ese nivel de logro. Estos aciertos pueden ser reconocidos, fortalecidos y posiblemente replicados en otras áreas del servicio o en cualquier otra parte del sistema.

Tabla No. 4

Estándar	Brechas
1. Los trabajadores de salud realizan correctamente el proceso de desinfección, limpieza y esterilización de los equipos para la prevención de infecciones.	El empaque de materiales es incorrecto y el tiempo de esterilización fue menor al recomendado para ese tipo de equipo.
	El autoclave **no** está en buen estado; se apreciaron fugas de presión.
	No se lleva registro de la esterilización.

Como puede notarse en la **Tabla No. 4**, en la descripción de la brechas, se ubicaron actividades o recursos ausentes en la evaluación. Nótese que la redacción de la brecha es más que una copia de los medios de verificación faltante; es síntesis entre lo observado, el medio de verificación no cumplido y el comentario del evaluador.

En este paso del proceso es importante hacer una pausa y decidir en grupo si cada brecha identificada vale la pena cerrarla. Tras el análisis grupal se dará prioridad a ciertas brechas de desempeño y para ello se utilizará algunos criterios para su priorización.

Algunos criterios recomendables pueden ser: Seriedad y urgencia (por ejemplo, si está implicada la seguridad), ámbito de aplicación o frecuencia, concordancia con los objetivos organizacionales o resultado, igualdad de género, recursos para resolver y complejidad.

Observe cuánto afecta la brecha a los resultados, si es: grande o pequeña, frecuente o infrecuente, afecta seriamente el potencial del establecimiento para alcanzar las metas, afecta potencialmente igual o de manera diferenciada los derechos de hombres y mujeres a estar sanos, etc. Por último, estime la cantidad de esfuerzo y recursos necesarios para cerrar la brecha. Se facilita priorizar cuando se emplea una escala de 5 puntos para clasificar cada brecha, tal como se muestra en la herramienta No. 5. Tras utilizar esta herramienta de priorización en cada brecha, el siguiente paso será ordenar las brechas con mayor valor, que son las que la priorización orienta como más importantes.

Herramienta No. 5
Tabla de priorización de intervenciones

Intervención planificada:
Proveer equipo de esterilización y **un suministro continuo** de insumos para mejorar el ambiente físico en la clínica.

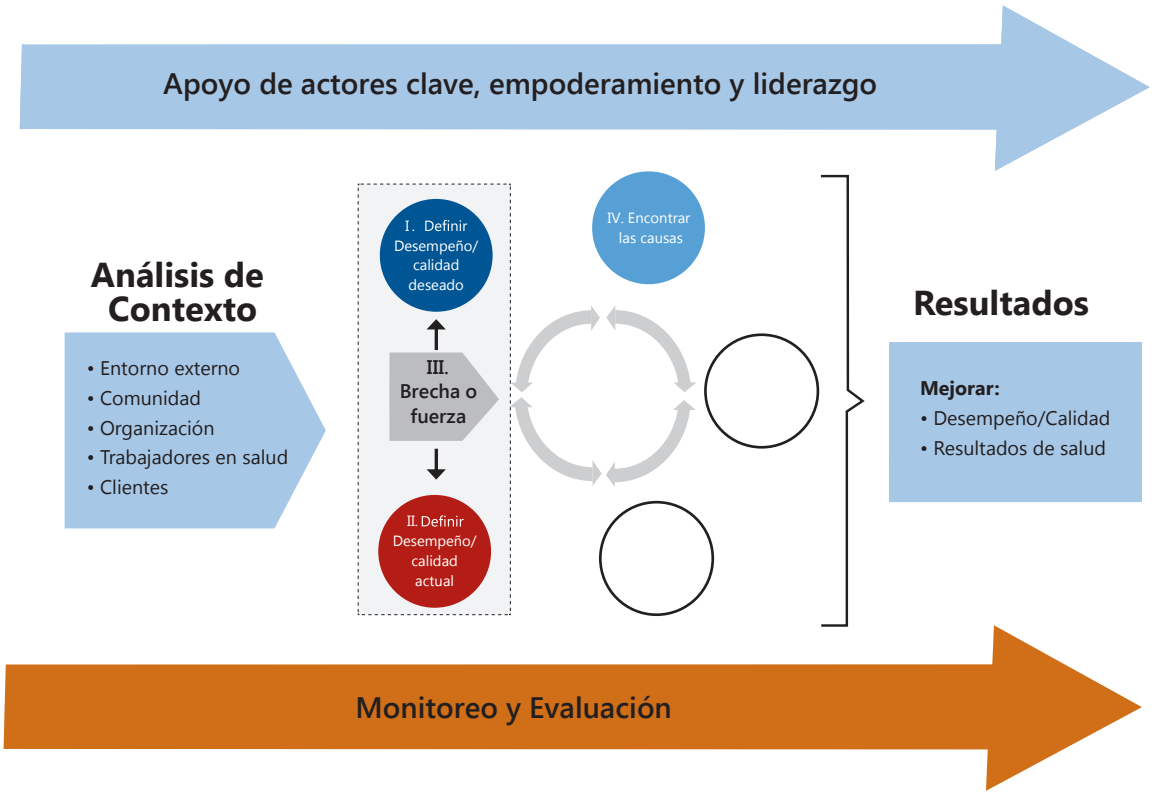
Criterios	Valoración	1	2	3	4	5
1. Implican riesgos para la vida, la salud o la seguridad		Poco				Mucho
2. Impacto en los resultados o en la imagen del establecimiento		Poco				Mucho
3. Es viable (costo y complejidad)		Poco				Mucho
4. Es fácil y rápida de implementar		Poco				Mucho
5. Tiempo para su implementación		Largo tiempo				Corto tiempo
6. Aceptabilidad por los usuarios y/o proveedores		Poca				Mucha
7. Beneficio		Poco				Mucho
8. Efectos en la igualdad de género, estigma y discriminación		Poco				Mucho
TOTAL						

Como puede notar, una brecha puede obtener hasta 40 puntos al aplicar los criterios. Al hacer el ejercicio con cada una de las brechas, fácilmente se deducirá cuáles son las que están ponderadas como más importantes para el análisis y el plan de intervenciones. Este análisis es muy importante para que el plan garantice el éxito.

PASO IV: Análisis de las causas raiz

Objetivos

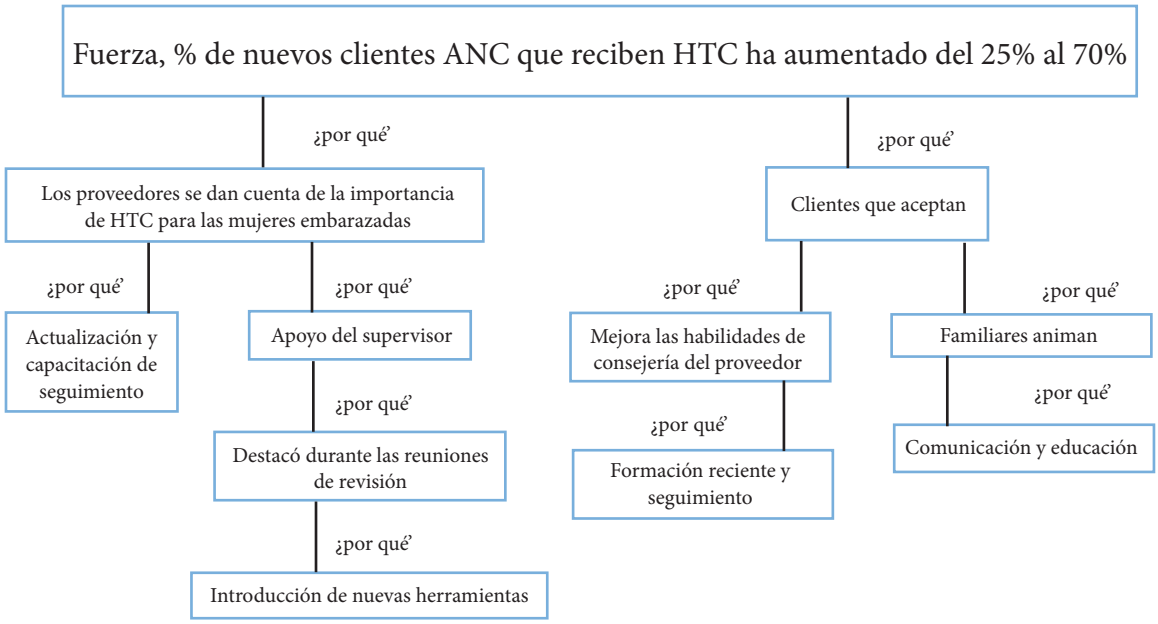
- Analizar las causas que derivan en el incumplimiento de los estándares del desempeño y calidad.
- Fortalecer el rol de los equipos internos de la calidad en el análisis de causas.
- Reforzar el conocimiento y aplicación de los factores que afectan el rendimiento.



Una vez que las brechas del desempeño han sido descritas y priorizadas, el siguiente paso es determinar sus causas. En este punto es importante volver a los factores que afectan el desempeño. Con la participación de los equipos locales y el equipo verificador se realiza el análisis de las causas para descubrir los factores que impiden alcanzar el desempeño deseado.

Para el análisis de causas se puede recurrir a técnicas no estructuradas cuando las causas son muy obvias y no es necesario hacer análisis profundos, para ello se podrá utilizar técnicas sencillas como lluvia de ideas.

En otros casos será muy importante utilizar metodologías mas estructuradas para el análisis, debido a que las causas del problema de desempeño que se analiza son más profundas y complejas. En estos casos puede recurrirse a técnicas como: los Por qué -¿Por qué?, Análisis de tendencias, Diagramas de flujo, Diagrama de Pareto, Espina de pescado, etc. En todos los casos lo importante es llegar hasta las causas raíz.



Las causas de los problemas de desempeño muchas veces guardan similitud con un iceberg, se muestra externamente de un tamaño y apariencia, pero realmente es mucho más grande y profundo. Para ese tipo de brechas se recomienda que se utilice la metodología de análisis que mejor se adapte a la brecha en cuestión y que el coordinador de la actividad domine la técnica. Debe tenerse claridad que junto a la falla operativa, generalmente, se encuentran ocultas otras fallas del sistema, por lo que debe buscarse las mismas. Para esto se recomienda tener en cuenta los cinco factores que afectan el desempeño para un análisis más completo. En la Figura No. 3 se puede ejemplificar que muchas veces las causas de una brecha se relacionan con más de un factor. En este caso, el análisis de causa permite ubicar el problema raíz en los factores de rendimiento que dan origen al problema y que luego se atacarán con las intervenciones apropiadas.

En la **Tabla No. 6** se presentan un análisis hipotético de causas, las cuales surgen en la reunión del equipo local con apoyo del equipo verificador.

Figura No.4
Los seis factores del rendimiento

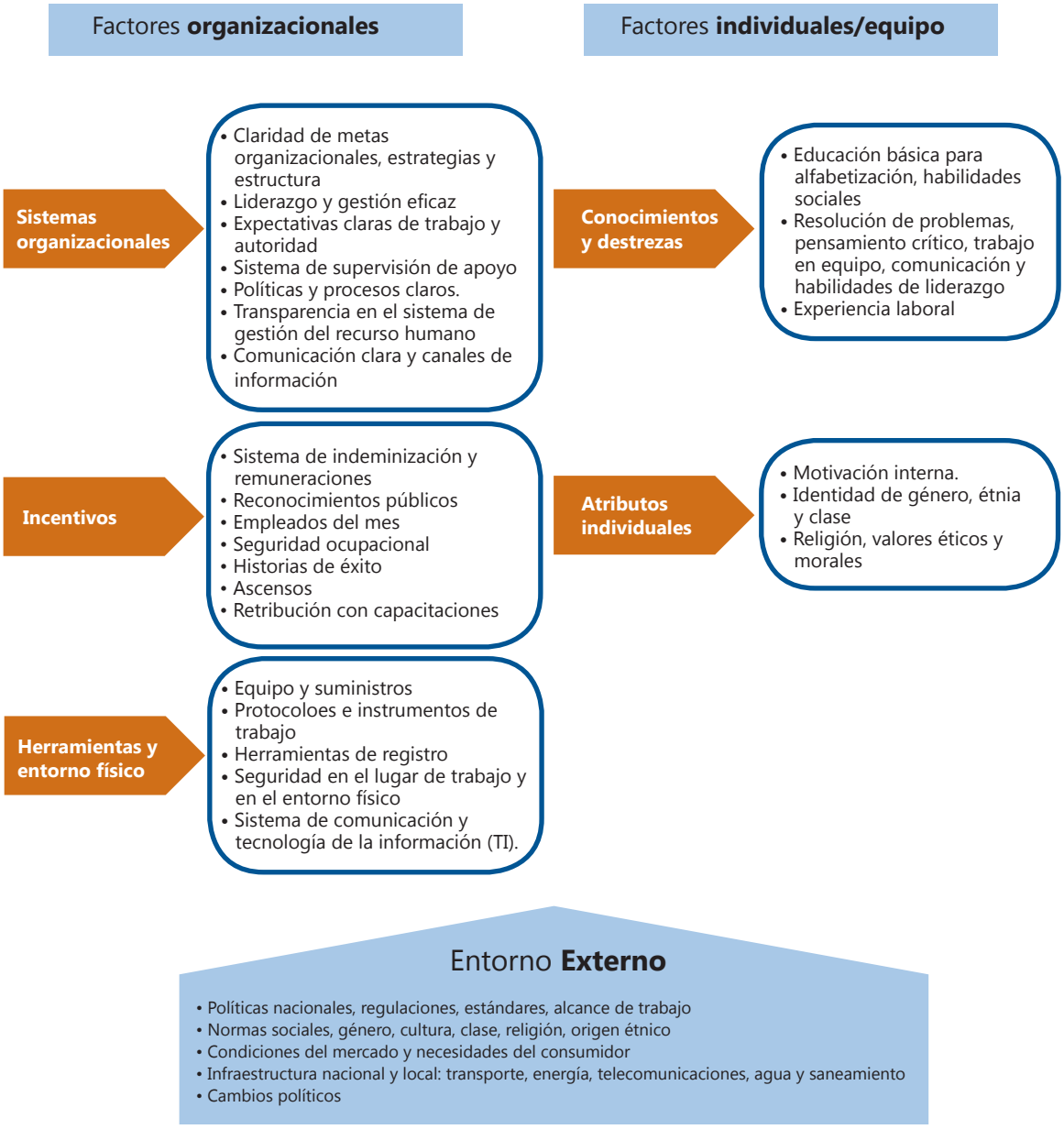


Tabla No. 5			
Estándar	**Brechas**	**Causas**	**Factor de rendimiento**
1. Los trabajadores de salud realizan correctamente el proceso de desinfección, limpieza y esterilización de los equipos, para la prevención de infecciones.	El empaque de materiales es incorrecto y el tiempo de esterilización fue menor al recomendado para ese tipo de equipo.	Los trabajadores no saben cómo procesar los instrumentos quirúrgicos correctamente, el personal refiere que así lo aprendió a hacer y 80% de ellos no han recibido actualización sobre el tema.	Factor 4 (Habilidades y Conocimientos).
	La autoclave **no** está en buen estado; se apreciaron fugas de presión.	La autoclave esta averiada.	Factor 3 (Herramientas y ambiente físico).
	No se lleva registro de la esterilización.	No se había indicado que era necesario llevar el registro.	Factor 1 (Sistemas organizacionales).

En cada una de estas brechas hay que identificar factores individuales y de la organización. Esta distinción es importante porque para incidir en un problema de desempeño se debe identificar el factor o la combinación de ellos.

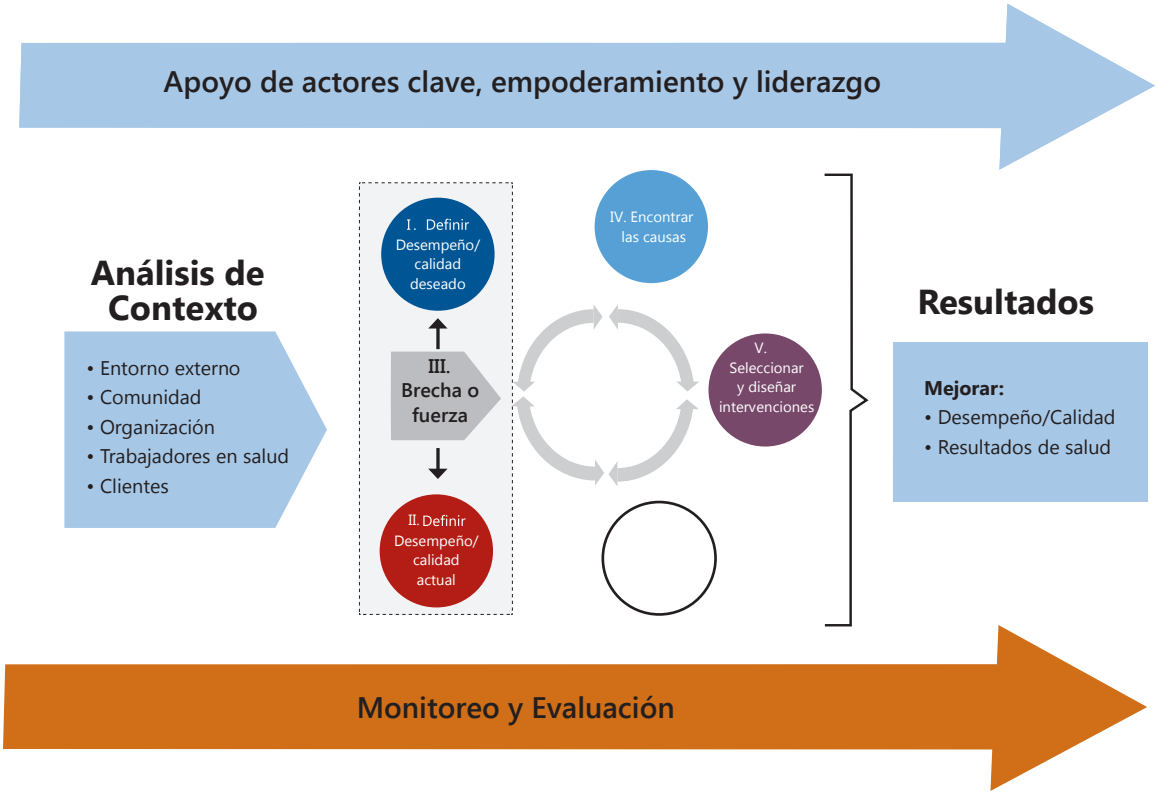
Tabla No. 6			
Estándar	**Brechas**	**Causas**	**Factor de rendimiento**
1. Los trabajadores de salud realizan correctamente el proceso de desinfección, limpieza y esterilización de los equipos para la prevención de infecciones.	El empaque de materiales es incorrecto y el tiempo de esterilización fue menor al recomendado para ese tipo de equipo.	Los trabajadores no saben cómo procesar los instrumentos quirúrgicos correctamente, el personal refiere que así lo aprendió a hacer y 80% de ellos no han recibido actualización sobre el tema.	Factor 4 (Habilidades y conocimientos).
	La autoclave **no** está en buen estado; se apreciaron fugas de presión.	La autoclave esta averiada.	Factor 3 (Herramientas y ambiente físico).
	No se lleva registro de la esterilización.	No se había indicado que era necesario llevar el registro.	Factor 1 (Sistemas organizacionales).

*Ref.: 1. Sistema organizacionales, 2. Motivación, 3. Herramientas y ambiente físico, 4. Habilidades y conocimientos, 5. Atributos individuales

PASO V: Selección y diseño de las intervenciones

Objetivos

- Identificar las intervenciones para corregir las causas de los problemas del desempeño y calidad.
- Visibilizar la integración de las intervenciones con los factores que afectan el rendimiento para reducir las brechas del desempeño.
- Definir el plan de acción sobre la base de las intervenciones seleccionadas y priorizadas.



Los mejores resultados se obtienen al coordinar cuidadosamente las intervenciones para cerrar brechas de desempeño. Asegurando que todos los factores del rendimiento están presentes, se está otorgando el apoyo que los trabajadores de salud requieren para cumplir con los estándares de desempeño y alcanzar sus metas.

Por ejemplo: *si los trabajadores no saben cómo procesar correctamente los instrumentos quirúrgicos (factor 4) y si la autoclave está averiada (factor 3), entonces se requiere por lo menos dos intervenciones para mejorar las prácticas de prevención de infecciones en el establecimiento de salud. Si la actividad de capacitación no se coordina con la disponibilidad de un equipo en mejor estado, puede ser que el desempeño no mejore.*

Si los supervisores no entienden cómo se deben procesar los instrumentos quirúrgicos y si no exigen y estimulan la implementación de prácticas apropiadas (factor 1y 2), entonces puede ser que el desempeño siga sin mejorar aún reparando la autoclave y si se logra cerrar la brecha de destrezas y conocimientos a través de la intervención de aprendizaje.

Cuando una brecha de desempeño se relaciona con más de un factor del desempeño, se hace necesario coordinar todas las intervenciones relacionadas para asegurar un mejor desempeño en su conjunto.

- El equipo local de ODC selecciona las intervenciones que aborden las causas.
- Cada intervención deben abordar al menos una de las causas raíz. De ser necesario se puede consultar a los expertos para tener la mejor opinión técnica al respecto.

Tipo de causa	Ejemplo de la intervención
Relacionada con factores individuales	
Falta de habilidades y conocimientos	Proveer oportunidades de capacitación de acuerdo con el análisis • Aprendizaje para mejorar el desempeño - AMD • Auto aprendizaje a distancia • Pasantía con un colega experimentado • Ayudas de trabajo
Falta de Motivación (Atributos individuales)	Proporcionar motivación • Destacar el impacto de las acciones y el desempeño con relación a los resultados • Oportunidades para mejorar los resultados • Oportunidades de desarrollo laboral • Recursos adicionales • Ambiente agradable de trabajo • Eliminar las interferencias

Tipo de causa	Ejemplo de la intervención
Relacionada con factores organizacionales	
Falta de información clara. (Sistemas organizacionales)	• Crear estándares de trabajo • Comunicar las expectativas claras de desempeño • Políticas y procesos claros • Comunicación clara y canales de comunicación • Rediseño de procesos de trabajo • Análisis de carga de trabajo y redistribución de responsabilidades
Falta de recursos, herramientas y ambiente físico	•Proporcionar recursos (tiempo, herramientas, equipo, insumos, personal) • Proporcionar apoyo gerencial y técnico (supervisión, monitoreo regular, sistemas de apoyo)
Falta de incentivos	Proporcionar incentivos o consecuencias al desempeño • Retroalimentación positiva • Incorporar informes a expediente • Reconocimiento social • Oportunidades de desarrollo personal • Premios • Trabajo significativo • Rendición de cuentas

Para el ejemplo anterior, donde los trabajadores no aplican prácticas apropiadas de prevención de infecciones, en la tabla siguiente se puede identificar la relación entre los factores de desempeño faltantes, que se consideraron como causas de las brechas, y las intervenciones planificadas para cerrar las brechas.

Tipo de causa	Ejemplo de la intervención
Relacionada con factores individuales	
Falta equipo de esterilización e insumos para la prevención de infecciones.	Proveer equipo de esterilización y dar suministro continuo de insumos para mejorar el ambiente físico en la clínica.
Los trabajadores de salud no saben hacer la esterilización de equipo	Proveer capacitación en destrezas y conocimientos para la prevención de infecciones de a cuerdo con las características y responsabilidades de los trabajadores de salud en lo referente a la prevención de infecciones, así como los requisitos y protocolos en el lugar de trabajo.
Falta de expectativas claramente definidas para los puestos y escasa retroalimentación sobre el desempeño con relación a los procedimientos de prevención de infecciones.	Elaborar y distribuir estándares y protocolos de servicios de prevención de infecciones. Elaborar descripciones de puesto que describan detalladamente las responsabilidades relacionadas con la prevención de infecciones. Capacitar a los empleados para que utilicen supervisión de apoyo con el fin de transmitir y reforzar las expectativas con respecto a la prevención de infecciones.

Debe recordarse que las intervenciones diseñadas generalmente constituyen cambios de comportamiento, de procesos y/o de organización; además que es necesario que los proveedores y usuarios se adapten a dichos cambios.

Elaboración del plan de intervención para la reducción de brechas

Un factor clave es contar con la participación de las autoridades del servicio y su contraparte supervisora para que el plan se convierta en compromisos.

Un plan de intervenciones es un conjunto de actividades o tareas con indicación de responsables, fechas previstas, recursos y método o indicadores de seguimiento. Este plan es le resultado del análisis estructurado del la línea basal, las brechas y sus causas; además guía las intervenciones propuestas para cerrar las brechas. El objetivo del plan es acordar las intervenciones generales, no incluye el diseño y la implementación de cada intervención. En este proceso están llamados a participar los distintos implicados en su implementación; sin embargo, ante la imposibilidad que participen todos, se espera que participen miembros del equipo directivo y profesionales con experiencia y liderazgo. Ahora bien, la responsabilidad final de la elaboración, desarrollo y seguimiento del plan recae en el equipo de ODC local; este es responsable también de impulsar y facilitar su consecución.

El plan de implementación pretende dar credibilidad y orden al proceso y no debe ser un objetivo en sí mismo, es decir un proceso burocrático que no arranque. Debe ser una herramienta enfocada hacia la acción y para ello hay que evitar que se convierta en un gran documento formalista o simplemente en una declaración de buenas intenciones. Por lo anterior, los planes de acción deben ser concretos, realistas, con una clara asignación de responsabilidades y con precisos mecanismos de ejecución y seguimiento. También han de apoyarse en una estrategia de comunicación interna, que informe de la finalidad del proceso, de su progresivo desarrollo y de los resultados alcanzados; pero sobre todo, debe converger en mejorar el desempeño, la calidad y los resultados.

El equipo local de ODC deberá facilitar los acuerdos sobre qué criterios se utilizarán para seleccionar las intervenciones prioritarias.

Para conseguir la máxima eficiencia en el proceso, se ha de realizar una doble planificación. Es decir, una planificación general de todas las intervenciones y una detallada que explique cómo se implementará cada intervención, sobre todo para aquellas de alta complejidad.

En la **Tabla No. 8,** y herramienta del mismo número, se muestra el ejemplo de la planificación general para las intervenciones.

Tabla No. 8
Plan de acción

Estándar: Los trabajadores de salud realizan correctamente la esterilización de los equipos, en la prevención de infecciones.

Actividad o intervención	Factor de rendimiento	Responsable de implementación	Tiempo estimado de la intervención correctiva	Fecha límite	Apoyo externo requerido	Seguimiento en Servicio
Reparación de autoclave.	3	Jefe de mantenimiento, Sr. Ramón Tools	3 días	11 de enero	No	Se supervisa periódicamente el buen funcionamiento del mismo y se deja constancia
Capacitación en servicio sobre preparación y uso de autoclave.	4	Jefa de Enfermería, Licda. Mildred Blanco	4 horas	3 de enero	No	Se implementa la esterilización de equipo, de acuerdo a las técnicas aprendidas en la capacitación en servicio. El supervisor usa la ficha de monitoreo para supervisar y reforzar el aprendizaje.
Socialización de protocolo de prevención de infecciones.	1	Jefe de comité de nosocomiales, Dr. Agusto Shim	Dos sesiones de 4 horas c/u.	13 de febrero	Si reproducción de ejemplares	
Elaboración de lista de chequeo para monitorear la práctica de esterilización.	1	Jefa de Enfermería, Licda. Mildred Blanco	4 horas de elaboración y validación.	11 de febrero	No	Se utiliza la lista de chequeo para la supervisión y a partir de ella apoyar el aprendizaje y desempeño de los supervisados. Se lleva un registro de las supervisiones realizadas.
Adecuar descripción de puesto para personal que realiza la esterilización de equipo.	1	Jefe de Central de Equipo María Encarnación Llamas	4 horas	11 de febrero	Si, envió de formato de RRHH por la Gerencia	

Ref. 1. Sistema organizacionales, 2. Motivación, 3. Herramientas y ambiente físico, 4. Habilidades y conocimientos, 5. Atributos individuales.

También puede recurrirse a herramientas electrónicas para la elaboración del plan de acción como Access, o Project Manager; en este caso, los campos propuestos son los mismos, sin embargo puede adaptarse de acuerdo con el formato que le quede más cómodo al equipo.

Como puede notarse, las acciones del plan resultan ser específicas para facilitar su implementación y monitoreo; a diferencia del diseño de las intervenciones, las cuales son declaraciones más generales y orientadas a los factores del desempeño faltantes.

Algunas intervenciones pueden tener soluciones *sencillas,* como reparar la llave del agua, colocar bolsas para separación de desechos, socializar los lineamientos y descripciones de puesto o ajustar los horarios del servicio. En estos casos, las soluciones rápidas pueden lograr resultados inmediatos y levantar el ánimo del equipo. Estas soluciones sencillas no requieren pasar por un complejo proceso de planificación de las intervenciones ni diseñar un seguimiento muy estructurado.

En otros casos, las intervenciones no serán de competencia local y se debe recurrir a las instancias superiores, para el cierre de estas brechas. Por ejemplo: actualizar normas y protocolos, material de información, educación y comunicación, autorización de fondos, dotación de personal.

Herramienta No. 8
Plan de acción

Estándar:

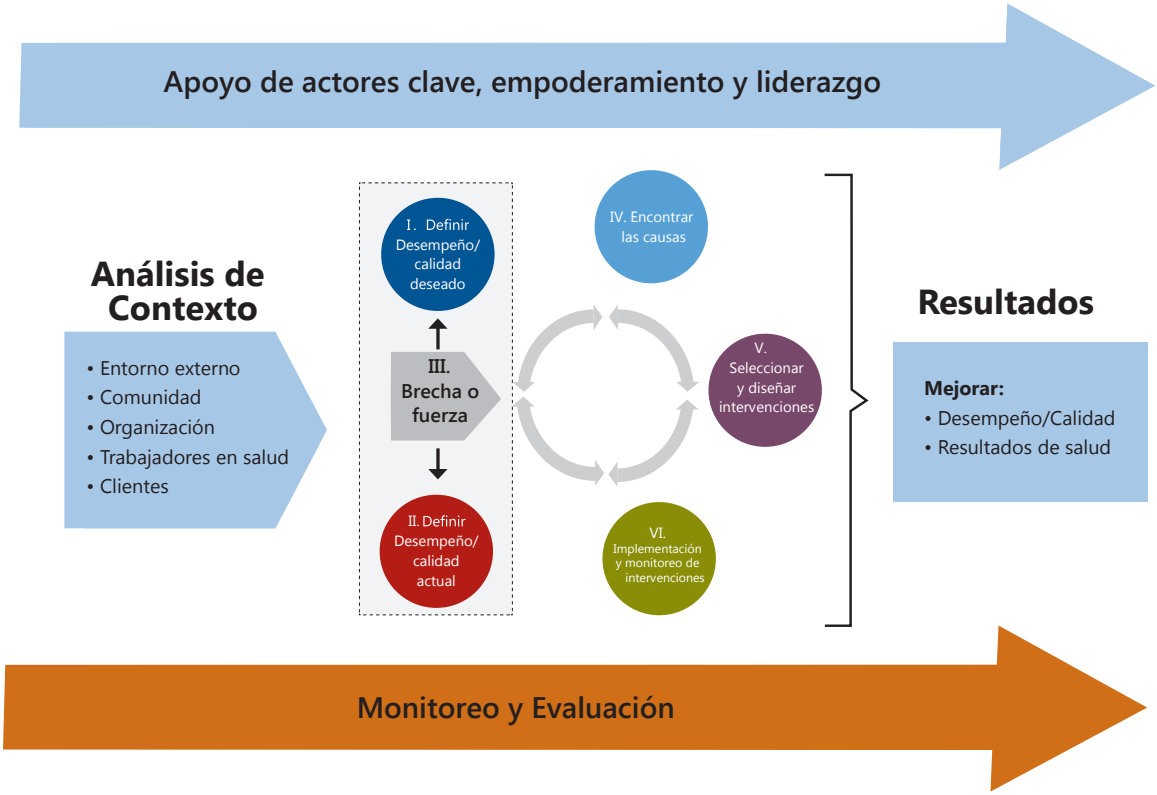
Actividad o intervención	Factor de rendimiento *	Responsable de implementación	Tiempo estimado de la intervención correctiva	Fecha límite	Apoyo externo requerido	Seguimiento en Servicio

Ref. 1. Sistema organizacionales, 2. Motivación, 3. Herramientas y ambiente físico, 4. Habilidades y conocimientos, 5. Atributos individuales.

PASO VI: Implementación del plan de intervenciones

Objetivos

- Identificar las acciones antes, durante y después de cada intervención para garantizar su eficacia y permanencia.
- Reconocer elementos para facilitar la estrategia de cambio y cómo vencer su resistencia.
- Identificar los otros factores del rendimiento que deben ser atendidos para cerrar las brechas del desempeño.



En este paso, el equipo de la calidad se asegura de activar las intervenciones planificadas a través del equipo de ODC local y de agregar pequeños equipos de trabajo a cargo de cada área o de tareas específicas.

Es importante recordar que las destrezas para liderar el cambio se desarrollan gradualmente. Por lo que comenzar el proceso enfocado en las áreas de menor resistencia evita que el personal se desmoralice al comienzo debido a la complejidad de los desafíos que enfrentará. Iniciar de esta manera ayuda a obtener resultados rápidos que motivan y refuerzan a los equipos locales, desarrollan sus destrezas para liderar el cambio, aumentan la visibilidad de la metodología y crean el impulso para el cambio. Las intervenciones rápidas e incluso los arreglos rápidos pueden ser provechosos al principio del proceso.

Para intervenir en algunas brechas se requiere incidir en varios factores del rendimiento y el concurso de personas en diferentes niveles para promocionar y preparar, implementar y dar seguimiento a las intervenciones. En estos casos es importante visualizar los roles de los supervisores, los implementadores y los compañeros. La resistencia al cambio puede ocurrir, por ello es necesario considerar anticipadamente:

- ¿Cómo reaccionarán las personas involucradas en el cambio?
- ¿Qué preparación ayuda a involucrarse en el cambio?
- ¿Quiénes deben avalar los cambios en marcha para hacerlos permanentes?
- ¿Qué debemos hacer a muy corto plazo para asegurar la adopción y mantenimiento de los cambios deseados?

Dado que todo el proceso se enfoca en reducir brechas para alcanzar resultados, los equipos deberán constatarse que en la medida que avanza el plan, se va logrando ambos objetivos.

Preparar, desarrollar y dar seguimiento adecuado a las intervenciones puede hacer la diferencia entre una brecha que se mantiene cerrada y los esfuerzos que no cierran brechas. Para estos casos, hay que tomar en cuenta las acciones que deben ocurrir antes, durante y después de cada intervención. A modo de resumen, se plantean algunas acciones y recomendaciones, sin embargo los equipos pueden identificar otras para cada fase.

Antes de la implementación de cada intervención:

- Asegurarse que se socializa y promociona cada intervención en forma adecuada y que los involucrados se enteran de la intervención.
- Garantizar la disponibilidad de los recursos para cada actividad.
- Se obtiene el aval de las autoridades y, de ser posible, ellos lideran el proceso.
- Prever las dificultades y atenderlas para minimizar su impacto.
- Identificar cómo se implementarán los cambios en servicio derivados de la intervención.

Durante la implementación:

- Brindar el apoyo a la intervención.
- Resaltar las razones para realizar la intervención; es decir, relacionarlas con la reducción de brechas que lograrán los resultados.
- Asegurarse de lograr la participación de las personas indicadas para cada acción.
- Apegarse al plan e identificar oportunidades de mejorarlo.

Después de la intervención:

- Acompañar la implementación del plan de seguimiento.
- Dar retroalimentación facilitadora en servicio.
- Identificar otros factores del rendimiento relacionados para evitar que la brecha reaparezca. (Guías y normativas, herramientas de supervisión, recursos, motivación, sistemas organizacionales, etc.)
- Elegir al responsable que supervisa la continuidad de la intervención en servicio y dotarle de autoridad y herramientas para cumplir con este rol.
- Identificar, si existiera, la resistencia al cambio.

Cuando se requiere ayuda externa adicional para intervenir en algunas brechas del desempeño, esta debe ser proporcionada donde y cuando sea requerida por los equipos locales. Durante el proceso, los equipos deben tener asistencia técnica para identificar las causas de las brechas del desempeño así como para diseñar e implementar las intervenciones apropiadas. Los equipos locales, conocedores de sus necesidades de asistencia técnica, pueden solicitarla y utilizarla con mayor eficacia y eficiencia.

Herramienta No. 9
Preparación de las intervenciones de mayor complejidad

Intervención:	¿ Que rol debe asumir cada nivel en esta intervención?		
Actores	Antes	Durante	Después
Asesor, capacitador o consultor			
Implementador o trabajador			
Supervisor			
Compañeros de trabajo			

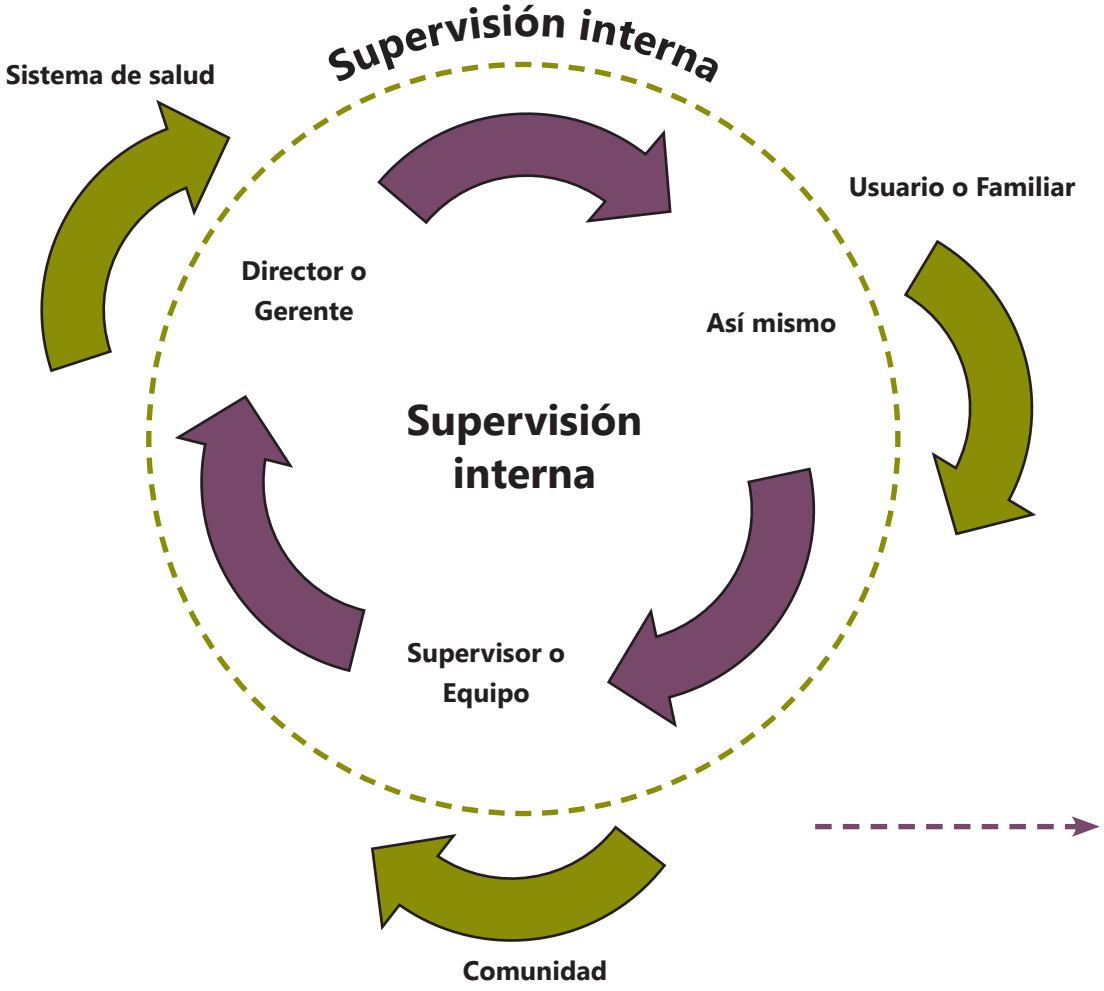
El proceso de implementación de las intervenciones es iniciado generalmente por un grupo pequeño de agentes de cambio y de personas comprometidas. Es poco frecuente encontrar un amplio apoyo para una nueva iniciativa. Al contrario, es típico encontrar resistencia y escepticismo ("no hay tiempo, ningún recursos....") producto de las experiencias frustrantes de los proveedores. Por lo tanto es clave identificar a estos agentes de cambio comprometidos con la iniciativa e incluirlos en los esfuerzos iniciales. Además, será importante seleccionar y preparar a un grupo de estos para que puedan actuar como capacitadores.

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 el grupo de gente comprometida.

Seguimiento del plan de intervenciones

En esta etapa corresponde indicar que la supervisión tiene dos componentes, uno interno (auto-supervisión, supervisión facilitadora ejercida por el supervisor y gerente) y otro externo (usuarios y familias, comunidad y sistema de salud). De esta manera se ilustra en la **Figura No. 5.**

Figura No. 5
La rueda de la supervisión



Supervisión facilitadora:
Proceso donde se fortalecen los factores del desempeño en la calidad de los servicios. Además, los supervisores aseguran que el personal comprenda lo que se espera de su trabajo, asegura además, que el personal cuenta con los recursos, conocimientos y habilidades requeridos para cumplir con su trabajo y es aprovechada para brindar retroalimentación positiva sobre el desempeño; señalando los desafíos pendientes.

Para una adecuada supervisión, es importante que los actores cuenten con algunas características como:

- Tener los conocimientos técnicos y gerenciales para enfrentar los desafíos del desempeño que se supervisa.
- Contar con habilidades de comunicación efectiva y liderazgo para orientar los esfuerzos del equipo.
- Contar con experiencia
- Debe asegurarse que la supervisión se ajusta a las necesidades del equipo.

El proceso de supervisión facilitadora[6], se enfoca en desarrollar los siguientes aspectos:

1. Aclarar las expectativas del puesto: se apoya en las descripciones de puesto, material normativo como guías, protocolos, procedimientos y normas. Se debe de aprovechar la Supervisión para identificar brechas y trabajarlas.

2. Retroalimentar sobre el desempeño: ofrecer en cada oportunidad una escucha activa, brindando una retroalimentación positiva o constructiva y oportuna; centrando el interés en las soluciones y ofreciendo apoyo para resolverlas. Es muy importante no realizar la retroalimentación constructiva delante de otras personas.

3. Motivación: identificar con los supervisados que les motiva, reconocer el buen desempeño y los avances delante de sus colegas, asegurando que el sistema de motivación e incentivos sea justo. Mantener un trato respetuoso entre el supervisor y compañeros. Buscar que los colaboradores asuman el compromiso de adquirir el nuevo comportamiento esperado.

4. Ambiente: asegurar que se cuenta con los equipos y suministros necesarios para realizar el trabajo. Asimismo satisfacer las necesidades de los usuarios, incluyendo material educativo, de apoyo y un ambiente físico con las condiciones adecuadas.

5. Conocimientos y destrezas: apoyar un proceso de evaluación de necesidades de aprendizaje, para identificar conocimientos, destrezas o aspectos que se necesiten mejorar. Ademas se debe organizar actividades de capaitación y entrenamiento en el trabajo cuando este resulta necesario.

6. Liderazgo: Todos los participantes de supervisión deben asumir responsabilidad, compromiso y sentirse parte del equipo. Ocupar un tiempo para observar las operaciones cotidianas del establecimiento, ser un enlace, desarrollar una relación de confianza, comunicación y apertura para discutir libremente los problemas a los que se enfrentara. Asimismo debe apoyar la búsqueda de recursos externos y desarrollar un plan de supervisión.

[6] Tomado De Facilitative Supervision for Quality Improvement, Draf Curriculum, Proyecto ACQUIRE 2006.

Debe comprenderse que la supervisión facilitadora tiene su impacto en el desempeño de los colaboradores y en el proceso de mejoramiento de la calidad, lo cual trasciende a la supervisión tradicional.

Supervisión facilitadora interna:
Este proceso de supervisión (interno y externo) se basa en el cumplimiento de los estándares y en el seguimiento al plan de intervenciones. Por ello es importante identificar el proceso y las herramientas para el mismo. En ese sentido, se puede identificar los siguientes roles:

- **Trabajador:** Identifica los estándares de desempeño y los utiliza como ayuda de trabajo para verificar si se siguen los pasos recomendados durante la entrega de servicios. Reporta las dificultades que tenga para el cumplimiento del estándar. Esta auto supervisión la realiza diariamente.

- **Supervisor:** Identifica los estándares de desempeño y calidad que se aplican a los servicios de los cuales es responsable directo, los trascribe a la Herramienta No. 10 y los utiliza como herramienta para la supervisión. Aprovecha este proceso para reforzar el cambio y corregir los problemas de desempeño que identifique en el momento de la supervisión. Esta labor la realiza con una frecuencia definida y mensualmente tiene una reunión con sus supervisados para hablar de los resultados de la supervisión realizada. En estas reuniones aprovecha para reconocer los logros de sus supervisados. Esta actividad debe realizarse constantemente porque permite la verificación con cada persona por lo menos una vez al mes. Para ello se puede utilizar la Herramienta No. 10, el abordaje del supervisor es con base en estándares y procesos.

- **Director o Gerente:** Asegura que los supervisores cumplen con su rol y que llevan un registro de dichas acciones, da seguimiento al avance del plan de intervenciones junto a su equipo ejecutivo y el equipo de ODC. Solicita que se realicen mediciones internas para identificar el avancen en la reducción de brechas, estas mediciones pueden realizarse trimestralmente. Aprovecha las oportunidades para reconocer los avances y tomar decisiones con base en resultados y posiblemente indicadores de impacto.

Los tres tipos de supervisión permitirán responder a las siguientes preguntas:

a. ¿Se implementan las intervenciones de acuerdo con lo planificado?
b. ¿Se han cerrado las brechas como producto de las intervenciones implementadas?
c. ¿Se corresponden los avances de implementación del plan con las brechas cerradas?
d. ¿Qué se ha aprendido como producto de esta implementación y qué se ha tenido éxito?

Tabla No. 10
Instrumento de registro de supervisión interna
Optimizar el desempeño y la calidad ODC

Marque con una ✓si al supervisar comprobó que se cumple el criterio o, una X cuando no se cumpla.

Nombre del responsable:
Servicios supervisados:
Fecha inicial: **Fecha final:**

Estándar General:

Desempeño	Criterios o medios de verificación		Observación						
			1	2	3	4	5	6	7

Supervisión facilitadora externa:
Al igual que en el proceso anterior, se basa en el cumplimiento de los estándares y en el apego al plan de intervenciones. Es muy importante que el equipo supervisor externo reconozca los logros y apoye u oriente los esfuerzos para lograr mayor efectividad. Para el desarrollo de su función, puede utilizarse la Herramienta No. 11 y revisar rápidamente el nivel de cumplimiento del plan de intervenciones.

Otra acción crítica es ayudar a reconocer las brechas resistentes para direccionar los esfuerzos hacia su cierre. Esto último se puede lograr con apoyo técnico, recursos o seguimiento a nuevos esfuerzos que el equipo identifique para corregir dicha brecha.

Otro rol de los niveles superiores es apoyar la gestión de los recursos que son necesarios para la reducción de brechas que no corresponden al nivel local. De allí la necesidad que los supervisores externos también se comprometan con la gestión de la calidad.

Herramienta No. 11
Revisión del nivel de cumplimiento del plan de intervenciones:

Instrumento de seguimiento del plan de intervenciones

Nombre del supervisor:

Fecha: 1. 2. 3.

Actividad o intervención	Situación actual*			Comentario o seguimiento
	A	B	C	

A, en ejecución B, finalizada con éxito C, sin iniciar

En este proceso de supervisión se identificará que algunas brechas no han sido cerradas; por lo que para su análisis se puede plantear algunas preguntas:

- ¿La intervención planificada respondía a una causa raíz?
- ¿Los recursos fueron adecuados a la intervención propuesta?
- ¿Se involucró a los interesados?
- ¿Se contó con materiales a tiempo?, ¿fue dio el apoyo necesario para las actividades?
- ¿Se llevaron a cabo las actividades de acuerdo con lo previsto?
- ¿Los insumos fueron los adecuados en cantidad y calidad para la actividad?
- ¿La implementación de la intervención estuvo bien diseñada?
- ¿Se lograron los resultados planificados para la intervención?
- ¿Se obtuvo la participación planificada?
- ¿Se distribuyeron los materiales?

Con las preguntas anteriores se busca evaluar la idoneidad de los insumos y procesos diseñados en el plan de intervenciones.

Agregar, como se sugiere, que se conformen los equipos de supervisión externa: nivel central y, nivel regional; su temporalidad y si sus visitas serán de seguimiento.

PASO II: Desempeño y calidad actual
(Reinicio del ciclo)

Al igual que la primera vez (línea de base), los equipos de ODC realizarán una visita más de verificación con el objetivo de establecer el nivel de desempeño y calidad del establecimiento. Esta es una nueva medición en la que el equipo desarrolla un plan de evaluación y con ello se determinará el nivel en que las brechas han sido cerradas y si las fortalezas han sido ampliadas como resultado de las intervenciones. También se revisará el impacto de los resultados de salud y productividad que han sido mejorados, se entregarán nuevamente los resultados y un nuevo ciclo de mejora puede iniciarse.

Si los resultados de la nueva evaluación cumplen con los criterios de la entidad acreditadora, se podrá gestionar, ante la autoridad competente, que dicho establecimiento sea certificado como un establecimiento que brinda servicios de calidad en el programa.

Aún cuando el nivel de desempeño no se encuentre en el nivel deseado; si hay logros, deberá reconocerse dichos avances y, de ser posible, hacer que la comunidad participe en dicho reconocimiento.

Este es un momento propicio para hacer una nueva revisión de todo el proceso, identificar si hay premisas que han cambiado en el análisis de contexto, si es necesario actualizar los estándares de calidad y desempeño o, los medios de verificación que se reflejarán en una nueva versión del instrumento de verificación. Esta fase del proceso también hace propicia la revisión de la transferencia metodológica y, de ser posible o necesaria, la expansión de la metodología a otros establecimientos que lo necesiten.