

Guía para uso e interpretación de tableros de mando y aseguramiento de la calidad y resultados. Implementación del Modelo Nacional de Salud

[Proyecto MSH/ULAT Honduras Componente de Reforma]
[Diciembre 2013]

Palabras Clave:

[Resultados; Monitoreo; Supervisión; Gestión; Evaluación; Calidad; Servicios; Salud; Población; Protocolos; Talento Humano; Medicamentos; Suministros; Insumos Médicos; Descentralizado; Aseguramiento; Brechas; Optimización; Financiero; Productos; Modelo; Implementación.]

Key words:

Monitoring and evaluation, quality health services, Talent management, decentralization

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development, under the terms of [The United States Agency for International Development (USAID) under the USAID/Honduras] Number [AID-522-C-11-000001]. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud
Management Sciences for Health
Tegucigalpa M.D.C.
Honduras C.A.
Telephone: (504) 2235-5919
www.msh.org



“Por una Honduras Saludable”

Modelo Nacional de Salud

Serie de Guías Técnicas para la Implementación del MNS

Guía para uso e interpretación de Tableros de Mando y Aseguramiento de la Calidad y Resultados

La elaboración de esta guía ha sido posible gracias al generoso apoyo del Pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido del mismo es responsabilidad de la Secretaría de Salud de Honduras y no necesariamente refleja el punto de vista de la USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.

REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

GUIAS TECNICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO NACIONAL DE SALUD



**Uso e Interpretación de Tableros de Mando y
Aseguramiento de la Calidad y Resultados**

POR UNA HONDURAS SALUDABLE

Tegucigalpa, Octubre 2013

CONTENIDO:

Introducción.

1. Contexto y antecedentes.
2. Propósito y objetivos de la Guía.
3. Alcance y destinatarios de la Guía.
4. Gestión por Resultados con Calidad en el marco de la reforma del sector salud.
5. Sistema de Control Integral de la Gestión por Resultados con Calidad.
 - 5.1. ¿Qué es Sistema de Control Integral de la Gestión por Resultados con Calidad?
 - 5.2. ¿Qué entenderemos por Monitoreo?
 - 5.3. ¿Qué entenderemos por Supervisión?
 - 5.4. ¿Qué entenderemos por Evaluación?
 - 5.5. ¿Qué entendemos por Calidad?
 - 5.6. Principios Básicos de la Calidad.
 - 5.7. Componentes de un Sistema Integrado de Aseguramiento de la Calidad.
6. Tableros de Mando o Control Integral.
 - 6.1. ¿Qué son Tableros de Mando o Control Integral?
 - 6.2. ¿Para qué sirven?
 - 6.3. Características del Tablero de Mando o Control Integral.
 - 6.4. Componentes del Tablero de Mando o Control Integral.
7. Desarrollo de los componentes de un Sistema de Aseguramiento de la Calidad.
 - 9.1. Diseño de la calidad.
 - 9.2. Normas o estándares.
 - 9.3. Pasos para diseñar normas o estándares.
8. Pasos para el diseño y uso del Tablero de Mando o Control Integral.
 - PASO 1: Selección de los procesos de atención o gestión y sus productos a controlar.
 - PASO 2: Definición/actualización o revisión de indicadores clave de los procesos y productos.
 - PASO 3: Organización del Tablero de Control.
 - PASO 4: Recolección de información para documentar indicadores clave.
9. Análisis e identificación de las causas que producen brechas o variaciones.
 - 8.1. Diagrama de Causa – Efecto.
 - 8.2. Pasos para la elaboración del Diagrama de Causa-Efecto.
 - 8.3. Diseño de Diagrama de Causa-Efecto, siguiendo las 4 “Ms” de Deming.
10. Pasos para la optimización de procesos.
11. Diseño de soluciones y planes de mejora.
12. Características de una Unidad de Salud de calidad.
13. Atributos Deseables del Hospital Público con Gestión Descentralizada.

Introducción.

A pesar de los avances que la Secretaría de Salud ha logrado en la pasada década y de la promulgación de la Ley Orgánica del Presupuesto –en junio del 2004- y de la Política Nacional en Salud –en marzo del 2011- los procesos de mejoramiento continuo de la gestión por resultados con calidad de la provisión de los servicios de salud, no han tenido –aún- el mismo nivel de progreso.

De modo que aún es frecuente observar largas filas y listas de espera por la falta de oportunidad, continuidad y complementariedad de los servicios de salud y quejas de insatisfacción por la mala calidad que los usuarios(as) perciben de los servicios de salud. Al tiempo que se observa que los pacientes y usuarios de los servicios de salud son cada vez más exigentes y conscientes de sus derechos.

Por otra parte, también es evidente el bajo desempeño y rendimiento de las unidades de salud y el impacto de los altos costos de operación por la deficiente administración y uso de los recursos (humanos, materiales, tecnológicos y financieros), cada vez más escasos, más caros y difíciles de obtener, para atender apropiadamente la creciente demanda de servicios de salud.

Lo anterior destaca la importancia de los elementos de producción, costos y calidad (eficiencia y eficacia) de los procesos productivos de las unidades de salud y la necesidad de aplicar estrategias y enfoques que reorienten el concepto y la práctica de aquellos elementos –como atributos esenciales- en la gestión y la provisión de servicios y bienes de salud.

La gestión por resultados brinda un excelente medio para reorientar los enfoques, herramientas y prácticas hacia la eficiencia y la eficacia de la gestión y la provisión de servicios y bienes de salud de manera que permitan valorar –con evidencias- el aporte de la salud como una importante inversión social. Pese a que se ha avanzado en la comprensión de la salud como inversión social, en las diferentes instituciones gestoras y proveedoras de servicios de salud aún se requiere instensificar los esfuerzos por incorporarlas a la gestión permanente de la provisión de servicios de salud orientada al logro de resultados, con la eficiencia y la eficacia observables y medibles que la sociedad hondureña se merece.

De conformidad a lo anterior la gestión por resultados con calidad como enfoque transversal del nuevo Modelo Nacional de Salud, implica un cambio significativo en la concepción y, sobre todo, en la forma de aplicar sistemas de control tradicionalmente enfocados en monitorear “indicadores” que verifican el cumplimiento de las múltiples tareas y actividades que se realizan para la atención a la salud; por otros, centrados ya no en esas múltiples tareas y actividades sino en los resultados que al final de los procesos de producción de atención a la salud, se esperan; en otras palabras, en sus productos (bienes o servicios) que deriven –inequívocamente- en un efecto e impacto en los niveles de bienestar y de salud de la población.

Este cambio implica –necesariamente- una nueva forma de ver “**el control**”, ya no como un fin sino como un valioso y poderoso medio para asegurar la consecución de los productos que, en su conjunto, contribuyan al logro eficiente y eficaz de los resultados estratégicos planteados en el Plan de Nación y en los planes nacionales de salud, marco de referencia para el proceso de reforma del sector salud.

El actual contexto, caracterizado por el progreso continuo de la reforma del sector, de la gestión descentralizada y la implementación del MNS¹, demanda desarrollar los conocimientos y las prácticas necesarias para el manejo apropiado de los componentes e instrumentos de un nuevo sistema de **control integral** para la gestión por resultados con calidad. Este es el propósito fundamental de la presente Guía.

¹ **MNS**: Modelo Nacional de Salud. Aprobado por Acuerdo No. 1000-2013, del 20 de mayo del 2013.

A continuación repasamos los conceptos, principios, lineamientos, técnicas, prácticas y tipos de control de gestión útiles para la identificación de brechas, variaciones, problemas u oportunidades de mejora y herramientas (como los tableros de mando o control integral y de análisis causa-efecto), que facilitan la identificación de medidas correctivas pertinentes, de forma oportuna y sistemática para lograr los resultados finales esperados. Se espera contribuir con esto a una mayor comprensión y aplicación efectiva de sistemas de *control integral de la gestión por resultados con calidad* por parte de los equipos de todos los niveles del ente rector y, especialmente, de los y las gestores y proveedores de servicios de salud en el país.

1. Contexto y Antecedentes.

La Ley General de la Administración Pública² establece la planificación como “principio rector de la Administración Pública” para: fijar sus objetivos y metas, racionalizar sus decisiones, aprovechar de manera óptima los recursos disponibles, asegurar la acción coordinada de sus entidades, **evaluar periódicamente lo realizado y controlar sus actividades**.

La función de **Monitoreo y Evaluación (M&E)** en la administración pública hondureña se inicia en 1986, con la Ley de Planificación³ y la creación de la Secretaría de Planificación, Coordinación y Presupuesto, como órgano de carácter técnico de apoyo al Consejo de Ministros y al Consejo Superior de Planificación Económica; en 1996, como resultado de la reforma a la Ley General de Administración Pública, se desconcentró la función de planificación a los entes cabeza de los sectores y a las entidades territoriales; en 1999 con la introducción de la estrategia para la reducción de la pobreza se iniciaron los esfuerzos por instaurar prácticas y herramientas de M&E con el fin de orientar la gestión al logro de resultados. Posteriormente en 2006, se creó el Sistema de Gerencia Basado en Gestión por Resultados⁴, liderado por la Comisión Presidencial de Modernización del Estado, con el que se reforzó la práctica de M&E con base en indicadores y metas. Este mismo año se establecieron bases conceptuales, lineamientos y parámetros metodológicos para incorporar un modelo de gestión por resultados a las acciones de combate a la pobreza. Estos dos procesos, que inicialmente se dieron por separado, se integraron a partir de 2007, bajo la responsabilidad de la Unidad de Apoyo Técnico⁵.

Más adelante y en el marco de la **Ley Orgánica del Presupuesto (LOP)**⁶, la gestión de las finanzas públicas se ha venido orientando a la aplicación de una gestión orientada a resultados, pretendiendo con ello lograr una administración pública más eficiente y eficaz, que satisfaga las expectativas y demandas de la sociedad, que muestre la retribución de los recursos que aporta la población contribuyente; con servidores públicos capacitados y comprometidos a rendir cuentas de su desempeño.

² Art. 6.

³ Decreto N° 179 de 1986, que creó el sistema de planificación nacional bajo la conducción de la Secretaría de Planificación, Coordinación y Presupuesto.

⁴ Decreto No. 22-2006.

⁵ Fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación (M&E) en América Latina. El Monitoreo y la Evaluación de la Gestión Pública Honduras. Manuel Fernando Castro. CLAD-BM. Octubre 2007.

⁶ Decreto No. 83-2004 del 28/05/04.

El documento Marco de la Reforma del Sector Salud⁷ aprobado en el 2009, señala que el fortalecimiento de la rectoría incluye, entre otras, las siguientes tres acciones: “4) El desarrollo del marco político y legal y, de los procedimientos y normas, para ejecutar con efectividad la contratación de servicios de salud **y su seguimiento**, 5) La implementación de los mecanismos para el **seguimiento y evaluación** del proceso de reforma y, 7) El establecimiento de un sistema de **petición y rendición de cuentas** entre las instancias institucionales”; y que, para “operar los mecanismos de control social de la gestión” se deberá implementar un **sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación sistemática de la gestión descentralizada**, como una responsabilidad de la autoridad sanitaria regional.

Un año después (2010), el Plan de Nación y Visión de País en el campo de la salud, se propuso alcanzar – en los próximos 28 años- los siguientes tres escenarios:

- **Al año 2022**, “un sistema bien ordenado de competencias intersectoriales, sectoriales e institucionales que garantizarán el pleno cumplimiento de las metas de salud establecidas... **sin que existan grandes diferencias en la calidad de atención suministrada en los subsistemas de salud**”; por lo que se espera que “**la calidad de atención a los ciudadanos en los centros de salud habrá mejorado notablemente...**”.
- **Al año 2034**, “**las mejoras en la calidad de los servicios de salud a los ciudadanos** se habrán consolidado y se habrá desarrollado una actitud de servicio en el personal médico, de enfermería y administrativo/operativo que presta servicios en hospitales y centros de salud estatales”.
- **Para el año 2038**, “Honduras habrá sentado las bases de un sistema de salud capaz de atender las demandas de toda la población y desarrollado esfuerzos sustantivos **para profundizar en su sostenibilidad y calidad**”.

Por ello, la SESAL se propone “garantizar condiciones favorables para la salud del pueblo hondureño, mediante la construcción colectiva y la conducción apropiada de un sistema de salud integrado, descentralizado, participativo e intersectorial... **con altos niveles de calidad, oportunidad, eficacia y eficiencia** en la prestación de los servicios”⁸.

Para este efecto y en consonancia con su Misión y el Plan Nacional de Salud 2010-2014, la SESAL aprobó en febrero del 2011, la Política Nacional de Calidad en Salud, la cual debe “implementar los mecanismos externos de control de **calidad...** y fortalecer los mecanismos internos para su control y el mejoramiento continuo aplicados a todos sus procesos. El fin es garantizar que los productos y servicios de salud, se brinden aplicando las prácticas más seguras de la ciencia y la tecnología basadas en evidencia, que aseguren el mínimo de riesgos a la salud y la vida humana”⁹.

De acuerdo a la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Cuentas, el control interno se realiza en el ámbito de la propia organización ejecutora y tiene –entre otros- los siguientes objetivos: “1) Procurar la **efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y la calidad en los servicios** y, 2) Proteger los recursos públicos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal”¹⁰.

⁷ Páginas 49 y 50, 55 y 56.

⁸ Fragmento de Visión de la SESAL. Página www.salud.gob.hn

⁹ Política Nacional de Calidad en Salud. Secretaría de Salud. Marzo 2011. Pag. 13.

¹⁰ Artículo 46. Decreto 10-2002-E.

Por tanto, para asegurar el éxito de la gestión por resultados¹¹ tal como lo espera el MNS, la reforma del sector salud y el Plan de Nación y Visión de País, se hace necesario y pertinente crear y/o fortalecer los mecanismos de control interno y externo, así como desarrollar los mecanismos de **monitoreo, supervisión y evaluación**, y de rendición de cuentas, sobre los resultados y el uso apropiado de los recursos que, de manera integral, permitan conocer, monitorear, supervisar y evaluar en la marcha los costos, la productividad y la calidad (eficiencia y eficacia) de los procesos y sus productos, de modo que permitan introducir las medidas correctivas y/o de mejora, de manera oportuna.

Para este efecto, el documento marco de la reforma del sector salud¹² al referirse a la **Gestión por Resultados con Calidad** como uno de sus ejes transversales señala que “La calidad en salud debe ser considerada como un derecho ciudadano pues el Estado tiene la obligación de garantizar la provisión de servicios de calidad a la población y a los individuos” ; y que, “la calidad será entendida como el **conjunto – integral- de características** de los bienes y servicios que logran satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios(as)”.

¿Cómo surgió la preocupación por la Calidad en Salud? Hitos históricos.

1912. El Dr. Ernest Amory Codman propone en el Congreso de Cirujanos de Norte América establecer un proceso de certificación de los profesionales de la medicina con práctica quirúrgica, para garantizar la calidad de los actos quirúrgicos; cuando esta práctica no era regulada y muchos casos de muerte quirúrgica o post quirúrgica eran atribuidos a personal no calificado.

1916. Surge el Colegio Americano de Cirujanos que certifica a los profesionales a cargo de la práctica quirúrgica. Seguido de esto, se crean colegios de otras especialidades como, medicina Interna, gineco-obstetricia y subespecialidades y, luego de otras profesiones relacionadas a la salud como enfermería, entre otras. **Esta primera estrategia de calidad: La certificación profesional**, contribuye notablemente al incremento de la calidad de la atención de la práctica clínica y de entrega de servicios del campo de la salud.

1918-1951. Reconociendo que la certificación de los profesionales de la salud no era suficiente para garantizar la calidad de la atención, se crearon en los EEUU, primero (1918) el Programa Nacional de Normalización Hospitalaria y luego en 1951 la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales; surgiendo esta manera la **segunda estrategia para mejorar la calidad**.

1970. Es evidente que los esfuerzos por mejorar la calidad a través de las dos estrategias previas: certificación de profesionales y acreditación de establecimientos de salud no es suficiente para garantizar la calidad de la atención. Se requiere evaluar y mejorar la atención clínica, por lo tanto surge y se enfatiza en la evaluación y auditoria de los procesos de atención clínicos como una **tercera estrategia de calidad**, que complementa la certificación de los profesionales y acreditación de las instituciones de salud.

1975. Comienza la acreditación voluntaria de Hospitales de América Latina.

¹¹ “La **gestión por resultados** permitirá una mayor transparencia y rendición de cuentas hacia la ciudadanía, contar con información para realizar una reorganización institucional que haga más eficiente la acción gubernamental con base a impactos, una mayor eficiencia en la asignación de presupuesto y la introducción de incentivos adecuada para mejorar la gestión”. Desafío 4. Lineamiento Estratégico 3. Plan de Nación-Visión de País.

¹² Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del sector Salud. Página 40. SESAL 2009.

1980. Surgen iniciativas en Europa para garantizar la aalidad de la atención de la salud (OMS).

1987. Al ver el éxito de los enfoques de Deming y Juran y que, con las estrategias tradicionales no se logra una gestión integral de la calidad, la Comisión de Acreditación de Hospitales de EEUU incorpora a la gestión hospitalaria los enfoques, principios y herramientas de la gestión de la calidad del sector productivo.

1991. Se intensifican los esfuerzos por implementar y desarrollar ampliamente la estrategia de acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe (OPS).

90's y principios del 2000. Se inician procesos intensos por incorporar los principios, estrategias innovadoras y herramientas de la calidad disponibles en la administración moderna, como reingeniería de procesos, benchmarking, outsourcing, entre otras. (Estos conceptos se definen más adelante).

2. Propósito y objetivo de la Guía.

2.1. Propósito:

Brindar los lineamientos conceptuales y metodológicos, y los instrumentos básicos para el desarrollo de sistemas de control integral de la gestión por resultados con calidad de los procesos de provisión de servicios de salud; considerando los elementos programáticos de producción, costos y calidad, de manera sistemática, integral y debidamente articulada, y así, contribuir al mejoramiento del desempeño y el logro de los resultados estratégicos de salud como lo manda el MNS, en el marco de la reforma del sector salud.

2.2. Objetivo:

Contribuir con las instancias de los niveles central, regional y local de la Secretaría de Salud (SESAL) responsables de conducir, normar, implementar, ejecutar, monitorear, supervisar y evaluar la gestión por resultados con calidad, para incrementar la eficiencia y la eficacia de la provisión y prestación de servicios en las unidades de salud (públicas y no públicas) de cualquier nivel y escalón de complejidad, a través de:

- Introducir al personal de salud en el enfoque de la **gestión por resultados con calidad**, sus componentes, sus beneficios y aplicación práctica; y su articulación a los sistemas de control integral para el desarrollo de los servicios y el logro de los resultados esperados en salud.
- Comprender los conceptos, componentes, características y usos de los tableros de mando como instrumentos apropiados para el control integral de la gestión por resultados con calidad.
- Analizar los componentes de un sistema para obtener información gerencial sobre el nivel de cumplimiento de las metas de producción de servicios y de sus estándares de costos y calidad.
- Utilizar apropiadamente los tableros de mando o control integral, para monitorear el cumplimiento de metas y de estándares de costos y calidad.
- Facilitar la identificación de brechas y variaciones ¹³ en los procesos y en los productos de la gestión y provisión de servicios de salud.
- Describir apropiadamente los elementos que conforman un diagrama causa-efecto¹⁴.

¹³ Entendidas como “oportunidades de mejora”.

¹⁴ Conocido también como “Diagrama Espina de Pescado”.

- Aplicar efectivamente la metodología para el análisis causa-efecto de las brechas o variaciones en el cumplimiento de las metas y de los estándares de producción, costos y calidad de los procesos de gestión de la provisión de servicios de salud.
- Explicar en qué consisten los estándares, su uso, beneficios e importancia para monitorear y mejorar continuamente la gestión con calidad y resultados de los procesos de provisión de servicios de salud.
- Ofrecer los lineamientos metodológicos para el diseño y actualización del conjunto de estándares a emplear para determinar y superar continuamente la eficiencia y la eficacia de los procesos y productos.
- Describir los pasos a seguir e instrumentos a emplear para evaluar y mejorar continuamente la calidad del desempeño de los sistemas, procesos y productos de la gestión y de la prestación de servicios en una unidad o red integrada de servicios de salud.
- Orientar al personal (hombres y mujeres) involucrado en el desarrollo y mejora de la calidad de los diferentes sistemas, procesos y productos de los establecimientos de salud, tanto gerenciales, como de provisión de servicios.

3. Alcance y destinatarios de la Guía.

La presente Guía responde a los lineamientos del enfoque transversal “Gestión por Resultados con Calidad” del nuevo MNS y a las regulaciones de los acuerdos de gestión descentralizada de servicios de salud, e integra el control programático de las metas de producción de servicios definidas en los planes operativos anuales por resultados (POAxR) y de la ejecución presupuestaria, de las unidades de salud¹⁵ y, finalmente, el control del cumplimiento de los estándares de producción, costos y calidad, incluyendo aquellos de seguridad, de atención clínica y de la calidad percibida, de los servicios de salud de primero y segundo nivel de atención (comunitarios, ambulatorios y de hospitalización) y, de la coordinación, supervisión, monitoreo y evaluación de su ejecución; por parte de las dependencias correspondientes de la SESAL. Por tanto, está dirigida fundamentalmente a los funcionarios y las funcionarias responsables de planificar, regular, normar, administrar, gestionar, y proveer los servicios de salud; de la secretaría de Salud y de cualquier unidad o red proveedora de servicios de salud, indistintamente de su titularidad pública o no pública.

4. Gestión por Resultados con Calidad en el marco de la reforma.

La gestión de servicios de salud por resultados es “el conjunto de procesos, procedimientos, métodos e instrumentos operativos mediante los cuales los responsables de la prestación de los servicios, se aseguran de que los recursos disponibles sean utilizados eficaz y oportunamente para alcanzar los resultados de la provisión de servicios que demanda la población, mediante una adecuada toma de decisiones y evaluación de resultados”¹⁶, con el **propósito de** “asegurar que los **procesos y productos** de la institución de salud contribuyan al logro de sus **resultados**, previamente definidos; propiciando cambios importantes en la forma en que la institución opera, mejorando su desempeño en la procura de resultados realistas como su

¹⁵ Indistintamente de su titularidad, ya sean unidades o redes integradas de servicios de salud con gestión descentralizada, pertenecientes a la SESAL o relacionadas con ésta mediante convenio o contrato de gestión.

¹⁶ Modelo Nacional de Salud, página 56. SESAL, 2013.

compromiso central; **monitoreando, supervisando y evaluando** el progreso hacia la consecución de esos resultados, integrando –además- las lecciones aprendidas¹⁷ dentro de las decisiones de gestión”.

La **Gestión por Resultados con Calidad** es –también- uno de los cuatro enfoques transversales¹⁸ del MNS que se define como: “Los **procesos**, las acciones e intervenciones de atención a la salud que permiten generar **resultados**, entendidos éstos, como sus **productos** específicos sean bienes materiales (tangibles) o servicios (intangibles)”. Implica la orientación de la prestación de servicios a la población beneficiaria, en sus diferentes ciclos de vida y ambientes de desarrollo humano, **centrada en los resultados o productos finales**.

En otras palabras, los esfuerzos **NO** se centran en las acciones o intervenciones de atención a la salud **SINO en el logro de los resultados** de éstas; las que además, **deberán cumplir un conjunto de estándares básicos de producción y costos con un mínimo de calidad, tanto técnica como percibida, para que satisfagan las expectativas de la población beneficiaria, con eficiencia y eficacia**.

Para entenderlo mejor, recordemos que dentro de la lógica del enfoque sistémico, cada sistema de las unidades de salud está conformado por un conjunto de procesos y cada **PROCESO, SIEMPRE** tiene un **producto o resultado** posible de medir. Todos los procesos, tanto de los Sistemas de Gestión como los de Provisión de Servicios de Salud siempre tienen un **PRODUCTO**, el cual tiene un **COSTO** y un nivel de **CALIDAD**, que se expresa en el cumplimiento de un conjunto de normas o estándares¹⁹. Para una mejor comprensión veamos el siguiente esquema:



De esta forma el enfoque Gestión por Resultados con Calidad, implica **invariablemente** aplicar el enfoque sistémico en el **control de la gestión**, aplicando sistemática y permanentemente un enfoque que articule e integre el control del desempeño y sus resultados, expresados en **metas programáticas y estándares de producción²⁰, de costos y de calidad de los procesos en los servicios de salud**, sean estos ambulatorios, de

¹⁷ **Lecciones aprendidas:** “El conocimiento o entendimiento ganado por medio de la reflexión sobre una experiencia o proceso, o un conjunto de ellos”. Constituyen un mecanismo para convertir el conocimiento tácito (aquel contenido en la mente producto de la experiencia de las personas), en conocimiento explícito (aquel contenido en documentos, archivos u objetos), con el propósito de facilitar su difusión; por lo tanto, permiten identificar factores de éxito así como de fracaso en un proceso. Para que sean útiles, deben ser: aplicables, válidas y significativas. (BID, 2008).

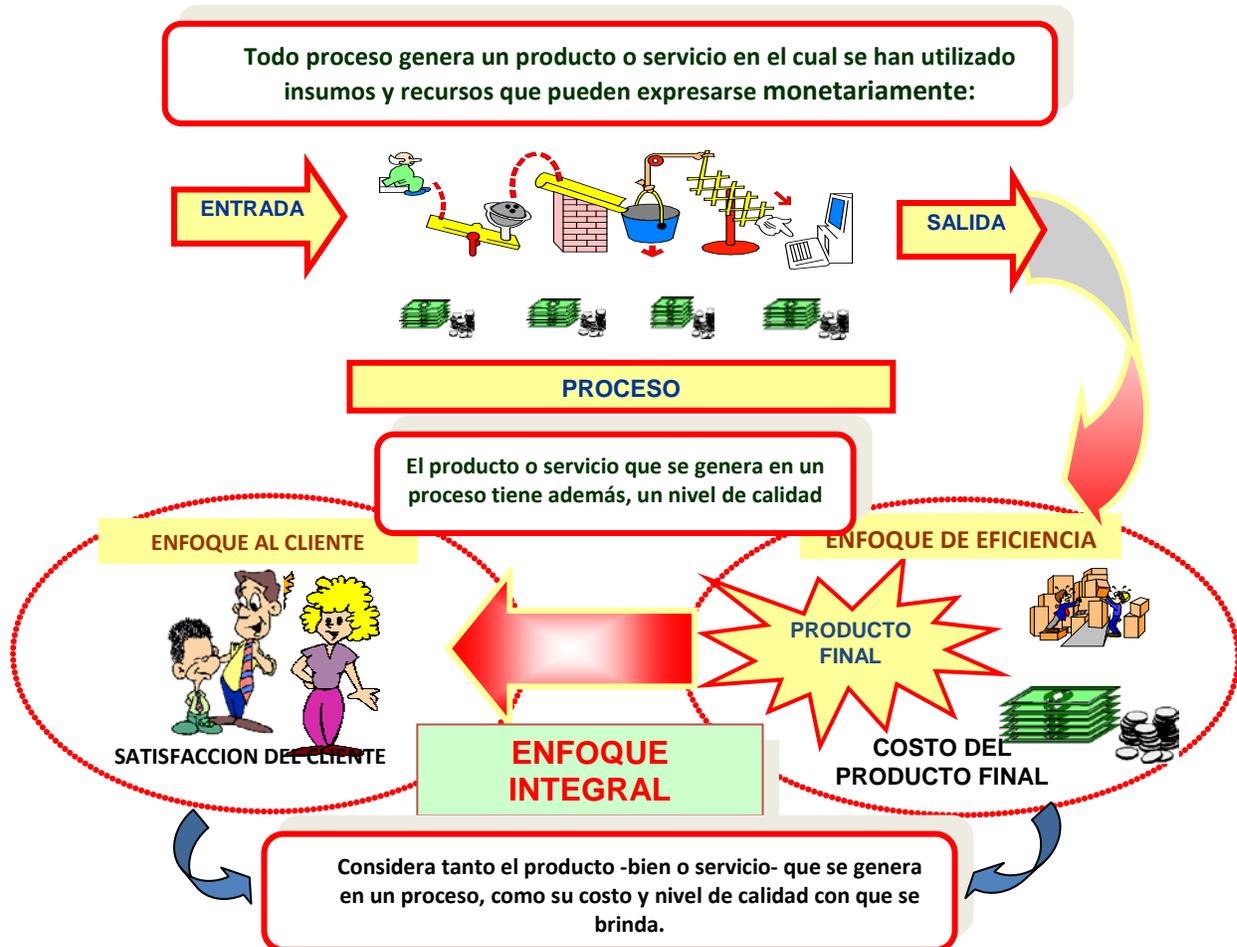
¹⁸ **Los enfoques transversales** “Representan el marco doctrinario del MNS que fundamentan y orientan sus acciones; son líneas y factores de integración que, como ejes, lo atraviesan vinculando y conectando sus componentes y lineamiento, ...favorecen una visión global, integral y de conjunto de los problemas y sus soluciones... durante todo el proceso de gestión de la provisión de los servicios de salud; lo que obliga a los planificadores, gestores y proveedores de los servicios de salud a incorporarlos, con pertinencia y de manera integrada, en sus respectivos ámbitos de responsabilidad”. (Modelo Nacional de Salud. Páginas 18-20).

¹⁹ **Estándar:** “Que sirve como referencia, norma, patrón, tipo o modelo”. (Diccionario RAE. 22ª Edición, 2001).

²⁰ **Estándares de Producción Ej.:** Estancia media, % Ocupación cama, Rendimiento cama hospitalaria, % Suspensión Intervenciones quirúrgicas programadas, Promedio exámenes radiológicos por egreso, etc. Asignando a cada uno de estos indicadores un valor “aceptable” como norma, patrón o referencia para evaluar el desempeño cada servicio.

hospitalización, quirúrgicos, de apoyo técnico o diagnóstico, etc. y sus resultados, para cualquier grupo de población en sus diferentes ciclos de vida y ambientes de desarrollo humano. Este enfoque debe permitir controlar y asegurar el cumplimiento de estas metas y estándares de manera continua, desde la entrada hasta la salida del sistema de gestión y provisión de todo servicio de salud.

Estos tres elementos **-entrada, proceso y salida-** son susceptibles de ser identificados y medidos de forma objetiva y sistemática a través del empleo de “indicadores” específicos, lo que –al mismo tiempo- nos facilitan la aplicación de un enfoque integral en la **gestión de resultados con calidad**.



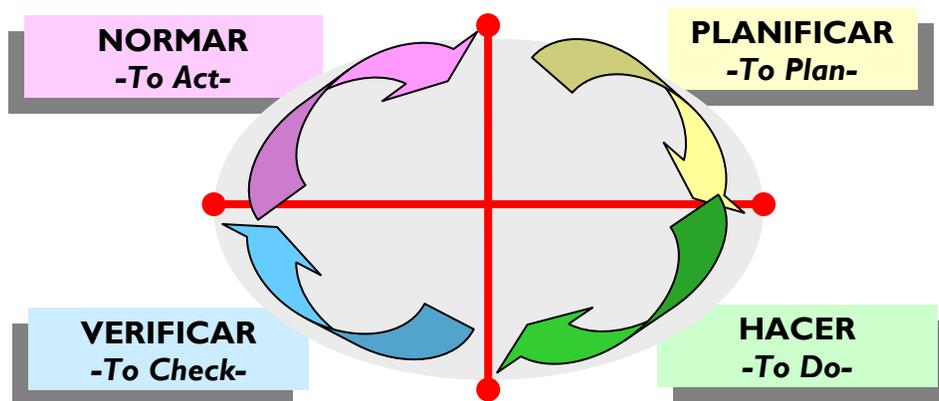
De esta forma el **control de la gestión por resultados con calidad**, implica un nuevo concepto de control, bajo una perspectiva integral e integrada, que facilita la verificación tanto de las metas programáticas, como de los estándares de producción, de costos y presupuesto y de calidad de los procesos de gestión y provisión de servicios de salud y sus productos (bienes y servicios de salud).

Modelo integrado de gestión por resultados con calidad. Basado en el Ciclo de Shewart-Deming.²¹

Momentos del Ciclo:

La planificación. Definiendo las metas de producción y estándares de costos y calidad a lograr, con sus respectivos indicadores y umbrales²². Estos corresponden a la “situación deseada o esperada” y son organizados en el tablero de mando, al momento que todo el personal de la unidad de salud debe ser comunicado y orientado para su efectivo cumplimiento.

- **La implementación.** En este momento, **el Hacer**, los equipos de trabajo de la unidad de salud, proceden a desarrollar los procesos de atención a la salud a sus grupos de población usuaria cumpliendo las metas de producción y los estándares de costos y calidad establecidos previamente.
- **El Monitoreo.** Se realiza simultáneamente a la implementación y de forma sistemática, se monitorea y **verifica** su cumplimiento, registrando la información en el tablero de mando. Esta corresponde a la situación “real” que se analiza comparativamente contra la situación “deseada o esperada” previamente diseñada en el primer momento (planificar). Esto permite identificar si existe o no una brecha o variación en su cumplimiento, también conocidas como “problema” u oportunidad de mejora. De existir alguna, se procede al cuarto momento.
- **Normar.** En el cuarto momento se analiza la brecha, variación o problema (vistas como oportunidad de mejora) y se identifican las causas más relevantes en la generación de dicha variación y se elabora un plan para reducirlas o eliminarlas o bien de mejora o innovación. Luego se implementa dicho plan y se continúa su monitoreo y se registra su evolución sistemáticamente en el tablero de mando. De existir mejoras de forma continua y permanente, se procede a actualizar el “estándar o norma” y comienza otro nuevo ciclo y así sucesivamente.



²¹ Walter Shewart crea en 1924 las gráficas o fichas de Control y el Ciclo de mejora continua conocido -por sus siglas en español- como ciclo de PHVA, (planificar, hacer, verificar y actuar) que más tarde los japoneses rebautizaron como Ciclo Deming.

²² **Umbral:** Valor mínimo o máximo de una magnitud a partir del cual se produce un efecto o decisión determinada.

5. Marco Conceptual y Entendimientos necesarios.

5.1. ¿Qué es Sistema de Control Integral de la Gestión por Resultados con Calidad?

Es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas para la medición, corrección y mejora del desempeño de **manera integral**, con el fin de prever y asegurar el cumplimiento de las metas programáticas y los estándares de producción, de costos y de calidad que garanticen el logro de los resultados con excelente calidad en la provisión y un apropiado desempeño de la gestión de servicios de salud.

Nótese que este concepto va más allá de la tradicional perspectiva de ver al Control como simple verificación o peor aún; como un fin. Implica verlo como un “medio”, para ASEGURAR el cumplimiento de las metas, estándares y resultados con una condición muy importante: **con CALIDAD**. Esto significa también que el control debe constituirse en una acción permanente y puntual en la gestión y la provisión de servicios de salud. **Y que debe verse y aplicarse de manera integrada y no por separado, como tradicionalmente se ha venido realizando en los sistemas de salud, es decir, un control programático, otro financiero (costos de la producción, escaso o inexistente) y, por separado, el control y mejora de la calidad.**

Antes de revisar en detalle el Sistema de Control Integral de la Gestión por Resultados con Calidad, es importante detenernos un momento para comprender, bajo este enfoque, **los tres procesos básicos del control**, cuáles son sus características comunes y cuáles las hacen diferentes. Estos procesos son:

- **El Monitoreo,**
- **La Supervisión y,**
- **La Evaluación.**

Estos tres procesos, presentan características comunes:

- Forman parte del Sistema de Control Integral de la Gestión por Resultados con Calidad.
- Emiten juicios comparativos de valor. Comparan la situación “Real” contra la situación “Deseada” o “Esperada” del desempeño y resultados de los procesos de cada sistema de la organización, relacionados tanto con la provisión y la gestión de los servicios de salud, como con la gestión financiera, la gestión del talento humano, y la gestión de suministros, entre otros.
- Definen la “Situación Deseada o Esperada”, utilizando “Metas de Resultados Esperados y Estándares” o “Normas de Calidad de los procesos y productos obtenidos”, universalmente aceptadas, y adecuadas a las condiciones, disponibilidades y realidades locales.
- Se basan en “Información” para comparar la situación real (resultados observados), contra la “información” de la situación deseada (resultados esperados).
- Basados en aquella Información, utilizan “indicadores” o unidades de medida que permiten medir y comparar cuantitativamente la situación real con la deseada (estándares y metas de producción).

- Utilizan los “indicadores” para “tomar decisiones objetivas” para corregir y/o mejorar las variaciones o brechas²³ identificadas entre la situación real y la situación deseada.
- Utilizan los “indicadores” para mostrar la información de la “situación real” (resultados obtenidos u observados) y aquellos que describen la situación deseada (estándares, metas de producción o normas en cada proceso y producto de los sistemas), organizados en “INSTRUMENTOS” que aplican –conjuntamente- los evaluados y los evaluadores, en un proceso participativo de trabajo en equipo.

“Sólo vale la pena medir aquello sobre lo que realmente alguien esté dispuesto a tomar una decisión”

Pero, también, los procesos de monitoreo, supervisión y evaluación, tienen características particulares que los hacen diferentes:

Proceso:	El periodo de tiempo o intervalo de aplicación	El nivel de la organización en que se aplican	Los equipos responsables de su aplicación
Monitoreo	De corto tiempo o intervalo pequeño.	A servicios, procesos y procedimientos de gestión y provisión de servicios de salud.	Equipos operativos responsables.
Supervisión	De mediano tiempo o intervalo intermedio.	A dependencias o áreas de unidades y/o sistemas organizacionales.	Equipos directivos y mandos medios.
Evaluación	De largo tiempo o intervalo grande.	A toda la unidad, red, programa o proyecto, integralmente.	Equipos del nivel superior o de evaluación externa.

En la figura de abajo podemos ver las diferencias básicas de los tres procesos del Control:

²³ **Brechas:** entendidas como aquellos casos en los que existe cualquier nivel de incumplimiento de las metas de producción, costos estándar y normas de calidad, es decir, del marco de referencia o de la situación “deseada”.



5.2. ¿Qué entenderemos por Monitoreo?

El proceso de recolección y análisis reflexivo y crítico de datos que sirve a los equipos locales, para verificar de forma rutinaria y frecuente (diario, semanal o mensual) si se cumplen las metas de producción, estándares o normas de costos y de calidad de sus procesos de provisión, a través de una serie de indicadores clave, permitiendo comparar el resultado obtenido de las acciones con lo esperado.

Al referirnos al monitoreo hablamos de un proceso de vigilancia permanente que el Jefe Inmediato con su equipo operativo realiza y, que les permite:

- Articular el presente con el futuro deseado.
- Reducir el grado de incertidumbre, la identificación oportuna de errores, vacíos o desviaciones, de un procedimiento, actividad o tarea que afecten el cumplimiento, en el tiempo previsto, de las metas de producción, de costos y de calidad esperadas.
- Crear condiciones para el aprendizaje.
- Dirigir los procedimientos y actividades hacia el logro efectivo de los productos, sus metas y el nivel de calidad esperado.
- Valorar y analizar oportunamente la direccionalidad y efectividad o no de los procedimientos y actividades.

- Identificar los factores causales (determinantes o condicionantes) de las variaciones, para intervenir en la reorientación necesaria y construir alternativas de mejoras o nuevas formas de intervención.

5.3. ¿Qué entenderemos por Supervisión?

Consiste en un conjunto de procedimientos que se realiza para verificar el cumplimiento de políticas, planes, programas, objetivos y metas, estándares o normas de sistemas y procesos críticos o clave de atención o gestión de la provisión de servicios en las Unidades o Redes de Proveedoras de Servicio, en períodos determinados de tiempo; que pueden ser mensual, trimestral, semestral, según sea la necesidad de la institución.

La supervisión es realizada por equipos de los **mandos medios, regionales o superiores** ya que la dimensión de su aplicación es más amplia que la del proceso de monitoria, su aplicación permite:

- Introducir ajustes en la programación, esencialmente a nivel de estrategias, con el propósito de cumplir las normas²⁴ y alcanzar las metas propuestas en los planes operativos anuales (POA), costos estándar, normas de calidad de la gestión y de la provisión; las que usualmente se describen y forman parte del Acuerdo de Gestión que suscribe el Gestor Descentralizado de servicios de salud con el ente rector (o el agente financiero), en el tiempo previsto y con los recursos asignados para el desarrollo y el mejor desempeño de los procesos de atención de las unidades o redes de salud.

5.4. ¿Qué entenderemos por Evaluación?

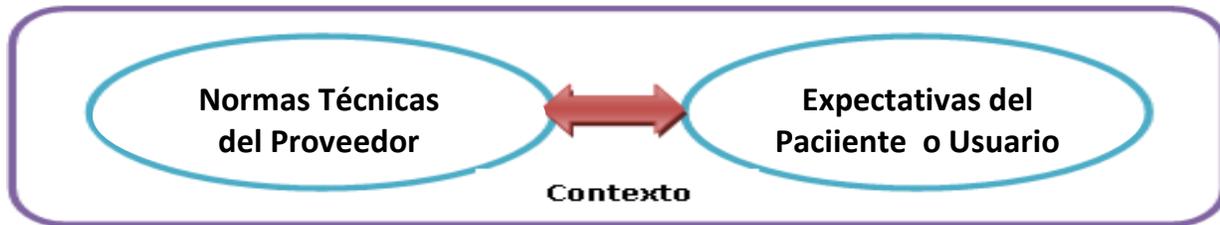
El tercer proceso del control consiste en el conjunto de procedimientos que se realizan al finalizar la ejecución para verificar el cumplimiento de los resultados esperados por una Unidad o Red de servicios de salud, Programa, Proyecto o Sistema Completo. Implica un enfoque sistémico e integral de la unidad ejecutora de que se trate.

5.5. ¿Qué entendemos por Calidad?

El diccionario de la RAE define Calidad como “Propiedad o conjunto de **propiedades inherentes** a algo, que permiten juzgar su valor”.

De acuerdo al enfoque de garantía de la calidad, “La calidad de la atención tiene que definirse a la luz de las normas técnicas del proveedor y de las expectativas del paciente, tomando en cuenta el contexto local”.

²⁴ **Normas:** “Documentos establecidos por consenso y aprobados por un organismo reconocido, que provee, para el uso común y repetido, reglas, lineamientos o características de algún proceso o su resultado, con el fin de lograr un óptimo grado de orden en un contexto determinado. Deben basarse en los resultados consolidados de la ciencia, la tecnología y la experiencia.” Política Nacional de Calidad en Salud. Secretaria de Salud, 2011.



Consecuente con lo antes indicado, el documento marco de la reforma del sector salud²⁵ entiende la calidad como “el conjunto de características de los bienes y servicios que logran satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, como resultado de la combinación de insumos, equipos, recursos humanos, en un proceso cuyo contenido debe estar **acorde a la evidencia científica** y ser ejecutado con exactitud y calidez”, y señala que cualquier sistema “que se enfoque en garantizar la calidad de la atención de la salud deberá tener como característica principal, hacer que el servicio público sea **accesible, oportuno, seguro, pertinente y continuo**”.

Si bien ninguna de las definiciones de calidad se aplica a todas las situaciones, las siguientes son guías útiles para definir la calidad de los servicios de salud:

“Calidad es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición”.

M. I. Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS, 1988.

“La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios”. Dr. A. Donabedian, 1980.

“Calidad es hacer bien las cosas desde el principio y siempre”.

“Calidad es hacer las cosas bien a la primera, porque en el sector salud no siempre hay una segunda oportunidad”. Adolfo Fernández-Valmayor.

“Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato”. W. Edward Deming.

“Hacer lo correcto en la forma correcta y de inmediato”, y “acorde a la evidencia científica”, es proceder conforme a lo que establecen las **NORMAS**. Por lo tanto, la calidad **NO** es algo discrecional ni opcional, ni subjetivo, sino más bien algo objetivo y mandatorio; definido a través y de acuerdo a **NORMAS**.

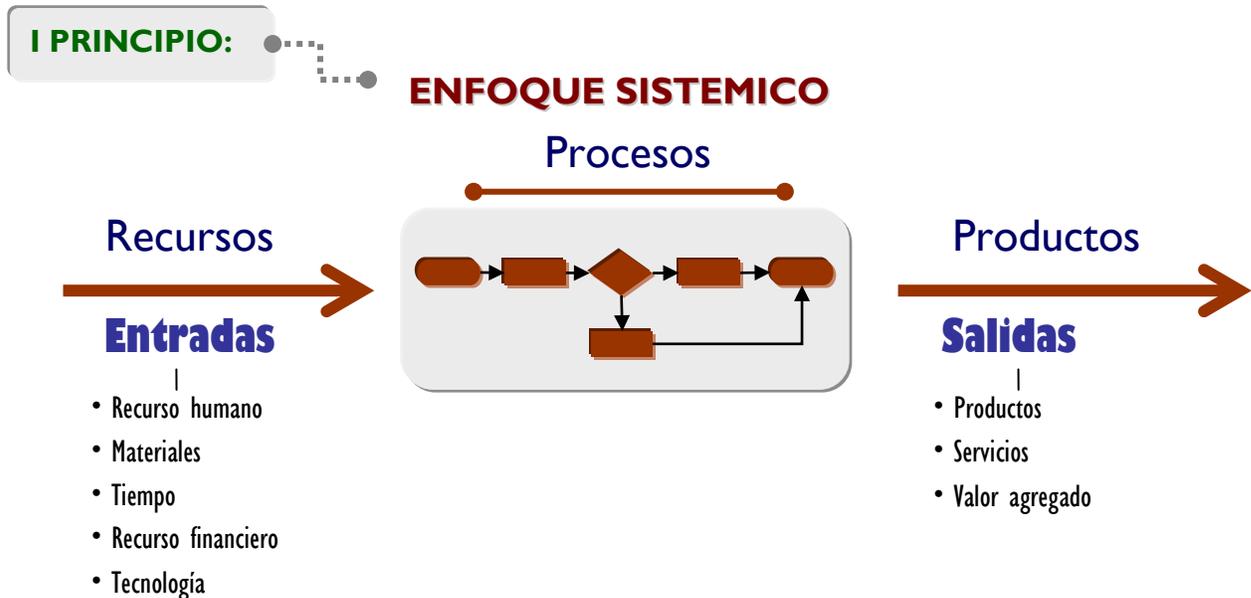
De ahí el que el reto del Aseguramiento de la Calidad es contar con un conjunto de normas, cumplirlas, verificar su cumplimiento y, lo más importante: **¡ASEGURAR SU CUMPLIMIENTO.....siempre!**

²⁵ Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud. Página 41. SESAL 2009.

5.6. Principios Básicos de la Calidad.

Los principios son leyes, que rigen el comportamiento o desempeño en una organización o bien de un programa, de una estrategia o enfoque de provisión o gestión de servicios. El enfoque de Control y Mejora Continua de la Calidad o Aseguramiento de la Calidad, tiene siete principios que deben ser cumplidos si una institución desea aplicar correctamente el enfoque de calidad. Los cuatro primeros son principios eminentemente técnicos y los tres últimos de conducta y actitud humana y organizacional.

Veamos en detalle cada uno de ellos a continuación:



El **primer Principio** arriba esquematizado nos indica que para implementar la Gestión de la Calidad, es imprescindible administrar la unidad de servicio, programa o proyecto que se trate, con **“Enfoque Sistémico”**.

De acuerdo a este Principio de Enfoque Sistémico, una organización con su misión, visión, estructura, roles y funciones constituye un “macro sistema” de producción de bienes y servicios, conformado por un conjunto de sistemas organizacionales (estructura orgánica).

Cada sistema cuenta con una estructura organizacional y equipos de trabajo a cargo del desarrollo de los procesos y procedimientos para obtener los productos de dicho sistema. Bajo esta perspectiva cada “sistema” cuenta con sus políticas, funciones, procesos, normas y recursos que conforman –a su vez- un conjunto operativo integrado. Haciendo una analogía, el cuerpo humano cuenta con varios sistemas y cada uno de ellos tiene sus propias funciones y procesos.

Consecuente con lo anterior, el marco de la reforma del sector salud señala que la calidad “implica el mejoramiento constante **de los procesos** de atención brindados a satisfacer las **expectativas** de la población, entendiéndose que las acciones y servicios de salud deberán tener **efectividad** comprobada, ser aceptadas con el menor **costo** y riesgo posible y respetar los derechos humanos y libertades fundamentales”.

De acuerdo al enfoque sistémico, una organización de salud tiene, generalmente tres tipos de sistemas:

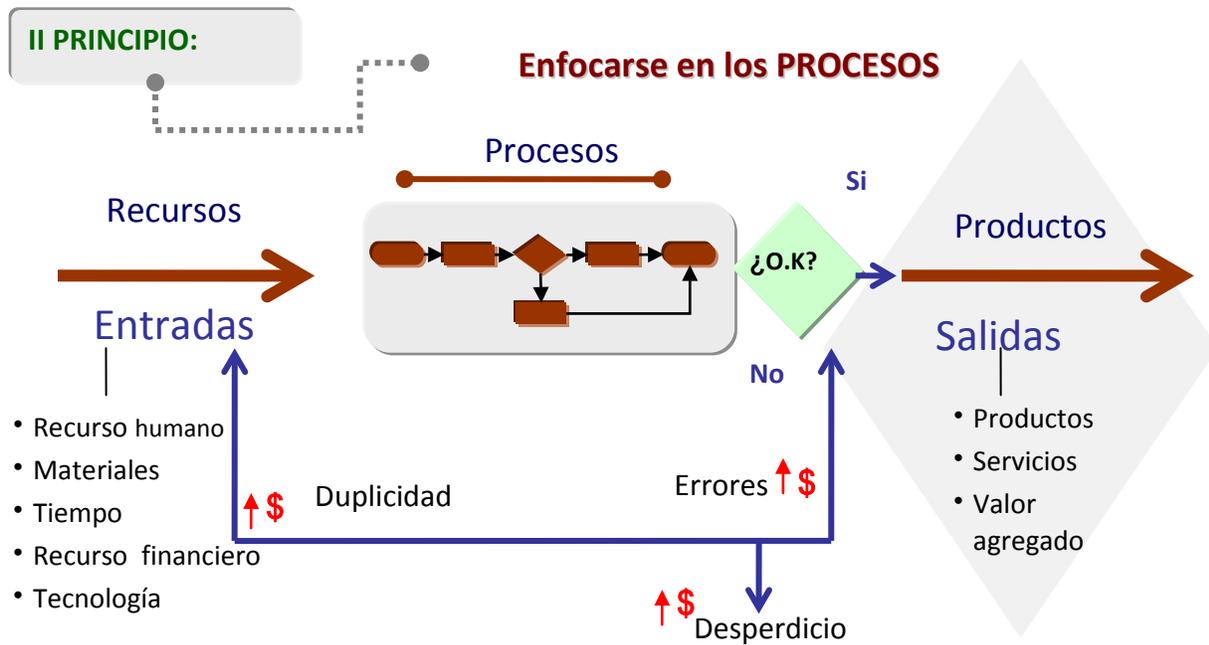
- **Los sistemas finales**, son aquellos **que responden a la misión** o la razón de ser de la unidad de salud; se refieren a los que producen los bienes y servicios de salud que se proveen a la población objetivo o beneficiaria.
- **Los sistemas intermedios**, son aquellos **que NO siendo la razón de ser o la misión** de la unidad de salud son necesarios, pues sus productos son insumos esenciales para los sistemas finales, por ejemplo los sistema de apoyo diagnóstico como laboratorio clínico, imagenología, etc., los sistemas de apoyo terapéutico como farmacia, radioterapia, banco de sangre y hemoderivados, etc., y sistemas de apoyo técnico como hostería, alimentación y nutrición, central de equipos, etc.
- **Los sistemas generales o gerenciales**, son aquellos cuyos productos son necesarios para el desarrollo oportuno de los sistemas finales e intermedios. Están a cargo de la gestión de los recursos y la dirección de la unidad o programas de salud, como los sistemas de Conducción Estratégica, Gestión de Programas, Gestión y Desarrollo del Talento Humano, Adquisiciones, Gestión Financiera, Servicios Generales, Control y Mejora, entre otros. El número de sistemas de una unidad de salud y su nivel de complejidad, dependerá de su misión y de su tamaño (categoría).

Cada sistema a su vez, sea final, intermedio o general, está compuesto por **tres componentes**: **1ro.** La **entrada** (inputs), que corresponden a los insumos, materiales, recursos, tecnología, entre otros, a ser utilizados y procesados. **2do.** El **proceso** o conjunto de pasos organizados de tal manera que permiten procesar estos insumos o transformarlos para producir u obtener un resultado. **3ro.** La **salida** (outputs), es decir, un **producto específico** (bien o servicio), como resultado del proceso.

Este Principio es fundamental para definir y practicar la **gestión de la calidad** en la provisión de servicios de salud de cualquier unidad o programa de salud. ¡Sin este Principio la calidad es impensable!

La calidad es una una propiedad o conjunto de propiedades *inherentes* de cualquier cosa que permite que ésta sea comparada con cualquier otra de su misma especie. La palabra calidad tiene muchos significados pero, básicamente se refiere al conjunto de *propiedades inherentes* a un producto (bien o servicio) que le confieren capacidad para *satisfacer necesidades implícitas o explícitas y expectativas*, del cliente. En el caso de los servicios y prestaciones de salud, estas propiedades se expresan en las Normas técnicas y los estándares, definidos para cada producto.

Ejemplo: Para que la estrategia CONE alcance su objetivo de “contribuir a reducir la mortalidad materna y neonatal...”, la accesibilidad, la oportunidad y la disponibilidad de los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales -en todos los niveles de atención y de complejidad- son invariablemente condición necesaria; por lo tanto, las propiedades de accesibilidad, oportunidad y disponibilidad entendidos como: “Calidad y condición de accesible, de oportuno y de disponible”, respectivamente, deben ser inherentes a aquellos cuidados (CONE) ya que, de no ser así, es muy poco probable que cumpla su objetivo a satisfacción. Basado en Acuerdo No. 2050-2007.



El segundo Principio, es la orientación y enfoque de la atención en “**el proceso**”, es decir concentrarnos en el segundo componente del enfoque sistémico: la cadena, donde cada paso o eslabón debe agregar valor al producto final esperado, es decir en el **proceso**. Aplicar el enfoque de calidad implica centrar la atención y actuación en revisar, mejorar, eliminar pasos de más, acortar tiempos, hacer bien desde el principio y siempre cada paso, eliminar “cuellos de botella”, eliminar pasos duplicados, es decir todo aquello que no agrega valor pero, de preferencia, si costos. Esto permite reducir los tiempos, ahorrar recursos, aumentar la productividad en menos tiempo y con menos gasto de recursos, en otras palabras, incrementar la eficiencia y la eficacia. Para poder **agregar**²⁶ **valor** hay que darle un enfoque sistémico a los procesos.

Se conoce como **cadena de valor** a un concepto teórico que describe el modo en que se desarrollan las acciones y actividades de una empresa (un hospital o una RISS, por ejemplo). Con base a la definición de cadena, es posible hallar en ella diferentes eslabones que intervienen en un proceso productivo: se inicia con la materia prima y llega hasta la entrega del producto (bien o servicio) terminado. En cada eslabón, se agrega o añade valor que, en términos competitivos, está entendido como la cantidad que los consumidores están dispuestos a pagar por un determinado producto. El análisis de la cadena de valor permite optimizar el proceso productivo, ya que se puede apreciar, al detalle y en cada paso, el funcionamiento de la empresa u organización. La búsqueda de la eficiencia en el aprovechamiento de los recursos suelen ser el principal objetivo de los gerentes al revisar la cadena de valor.

De acuerdo a este segundo Principio, mostrado antes, sólo hay dos maneras de obtener un producto. **BIEN** si cumple las normas o estándares mínimos de calidad esperada o, simplemente **MAL** cuando el producto final no cumple estas normas. En el caso que **No** esté bien, hay tres rutas que los equipos responsables de su producción pueden elegir con respecto al producto o resultado obtenido:

²⁶ Agregar: Añadir algo a lo ya hecho, dicho o escrito. Diccionario RAE 22ª. Edición, 2001.

Tirarlo, por ejemplo, una radiografía mal producida, una orden de compra mal elaborada, una prueba laboratorial mal interpretada, un procedimiento mal ejecutado, una ¡Cirugía mal efectuada!

Repetirlo, con sus implicaciones, de todo orden.

Dejarlo pasar, en otras palabras aplicar la técnica del avestruz y darlo por “bueno”, pero el usuario(a) o cliente siempre -al final- lo percibe y paga las consecuencias y, esto, a mediano plazo nos trae insatisfacción, reducción de credibilidad, demandas y problemas mayores, especialmente en la calidad de vida, salud y bienestar de las personas que hacen parte de la población objetivo.

En cualquiera de todas estas situaciones siempre habrá desperdicio y/o demanda de mayores recursos para repetir el proceso y obtener otro producto y esto, requerirá más horas persona, más salarios, más recursos, más materiales, más reactivos, más energía, etc. lo que implica menor productividad e incremento de los costos, esto no es otra cosa que lo que llamamos **ineficiencia** y al no lograr satisfacer las necesidades y expectativas del cliente con un “mínimo de calidad” también nos genera **ineficacia** y, además, exponer al usuario (a) a riesgos innecesarios que ponen en peligro su seguridad y su vida. **Insistimos: lo mal hecho NO agrega valor pero, si eleva los costos de operación.**

Es por ello que es tan importante al aplicar los enfoques de gestión de la calidad, recordar este segundo Principio. Recordemos, sólo concentrándonos y optimizando los procesos, podemos mejorar la **eficiencia**, la **eficacia** y la **calidad** (la oportunidad, la rapidez, la seguridad y la satisfacción del usuario). Claro, esto no obvia que los insumos tienen que ser de calidad, es por ello que existen las normas ISO²⁷, los procesos de Acreditación y de Certificación de profesionales para garantizar que los materiales, insumos, equipos, tecnología, instalaciones, personal de salud, etc. cumplan los mínimos de calidad esperada, de lo contrario el proceso corre riesgo de desarrollarse mal y repercutirá en un producto que no será de “calidad”.



Aplicar enfoques de gestión de la calidad implica –siempre- para los equipos responsables, tomar decisiones basadas o sustentadas en “**Datos**”; base de la nueva tendencia de la “Medicina Basada en Evidencia” y, **tercer Principio** del control y mejora continua de la calidad.

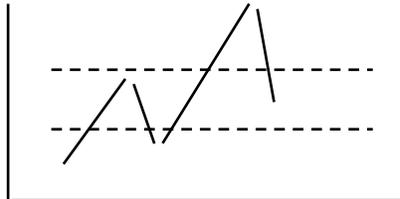
Por ello cuando hablamos de calidad no decimos, tenemos un “En nuestra unidad de salud un *montón* de gente que sale satisfecha por el servicio” Esto no es calidad. En calidad decimos “en nuestra unidad, el 98.87% de los y las usuarias están satisfechas por el trato y servicio brindado”. Y lo más importante, lo medimos, no solo una vez sino periódica y sistemáticamente y tenemos el **DATO** para demostrarlo.

²⁷ Normas de la **INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO)**: Organización internacional no gubernamental establecida en 1947, constituida por entes de normalización o normalizadores de más de 140 países. Su misión es promover el desarrollo de la estandarización y de las actividades relacionadas Sus resultados son generalmente acuerdos, que se publican como estándares internacionales.

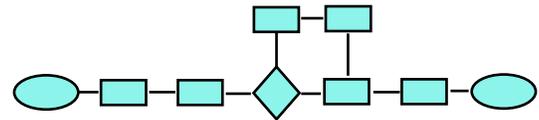
IV PRINCIPIO:

USAR HERRAMIENTAS

DIAGRAMAS DE CONTROL



FLUJOGRAMAS



Para aplicar los enfoques de **Aseguramiento de la Calidad** debemos utilizar **“herramientas de calidad”**. Para cada tipo de estudio y análisis de los procesos de atención, existe una o varias herramientas que nos ayudan a simplificar el análisis y mejorar nuestros procesos. Actualmente existe una variedad de más de 60 herramientas disponibles. No hay ni buenas ni malas, ni mejores ni peores, depende del objetivo de lo que queremos analizar y mejorar. Por ejemplo si nuestro objetivo es mejorar el tiempo de atención, la mejor herramienta a utilizar es el diagrama de flujo²⁸, que nos muestra de forma esquemática todos los pasos, desde el inicio hasta el final, de un proceso de atención. Por ello, la importancia de este **cuarto Principio**.

Esta herramienta nos muestra, dónde están aquellos pasos que representan obstáculos o “cuellos de botella”, aquellos duplicados, aquellos que no agregan ningún valor al producto, es decir que están demás, aquellos que agregan valor pero quizás los hacemos de forma muy compleja y/o complicada, etc. Esta herramienta nos permite entonces, eliminarlos, sustituirlos, mejorarlos y con ello acortar los tiempos e incrementar la oportunidad y rapidez de los procesos de atención en nuestra unidad de salud.

V PRINCIPIO:

TRABAJO EN EQUIPO

Este quinto Principio no es técnico, corresponde más bien al modo o estilo de gestión de la alta dirección. Algunos gerentes promueven y dirigen sus unidades y servicios con el aporte y participación de sus **equipos de trabajo**. Otros por el contrario aplican un estilo de gestión autoritario donde sólo ellos toman, comunican y controlan las decisiones. Sin embargo, es importante recordar que “la calidad es una responsabilidad de todos los equipos de una unidad o programa de salud”.

Es imposible aplicar estos enfoques de forma personal e independiente. ¿Por qué? Porque los procesos son desarrollados por “personas”, hombres y mujeres con su propia historia de vida y, son ellas las que mejor conocen los procesos, los viven y sufren las consecuencias de un mal proceso de atención. Una sola persona no puede mejorarlo en su conjunto, quizás pueda mejorar uno o varios pasos, pero no la totalidad y si esto

²⁸ **Diagrama de Flujo o Flujograma:** es un esquema que representa de manera secuencial ideas y conceptos relacionados, pasos y etapas, de un algoritmo o de un proceso. Utiliza símbolos gráficos convencionales y siempre tiene un solo punto de inicio y un solo punto de término. **Algoritmo:** conjunto finito, lógico y sucesivo de instrucciones y operaciones bien definidas y ordenadas, de manera que no generen dudas en los(as) responsables de ejecutarlas, para facilitar la realización de las actividades que permitan solucionar un determinado problema o arribar a un producto o resultado planeado.

no ocurre, el producto o resultado no mejora. Es necesaria la participación de todos, **donde todas las ideas valen** y cualquiera puede aportar la mejor para resolver problemas que de otra manera no se solucionarían.

«Si tú tienes una manzana y yo tengo una manzana e intercambiamos manzanas, entonces tanto tú como yo seguimos teniendo una manzana. Pero si tú tienes una idea y yo tengo una idea e intercambiamos ideas, entonces ambos tenemos dos ideas» *Georges Bernard Shaw 1856-1950.*

También se recomienda la participación de las autoridades o aquellas personas de la unidad que están a cargo de tomar las decisiones, pues muchas veces estas tendrán la última palabra para aprobar o no las mejoras, de esta manera se logran –más pronto- su aprobación y apoyo a las propuestas del equipo.

Otras personas a participar en los equipos incluyen aquellas que cuentan o manejan información clave para analizar y mejorar el proceso, en algunas ocasiones deben participar las encargadas de estadísticas de la unidad. Si existe alguna persona experta o con experiencia en manejar los principios y herramientas de los enfoques de **aseguramiento de la calidad** o bien son sumamente creativas que siempre andan promoviendo cambios; estos enfoques brindan los espacios y constituyen una excelente ocasión para invitarles a participar, aportar y compartir ideas... ¡ideas innovadoras! Es una invitación para pensar sin prejuicios, para no seguir haciendo las mismas cosas y de la misma manera que hace 50 años o más.

VI PRINCIPIO:

LIDERAZGO PARTICIPATIVO Y DEMOCRÁTICO

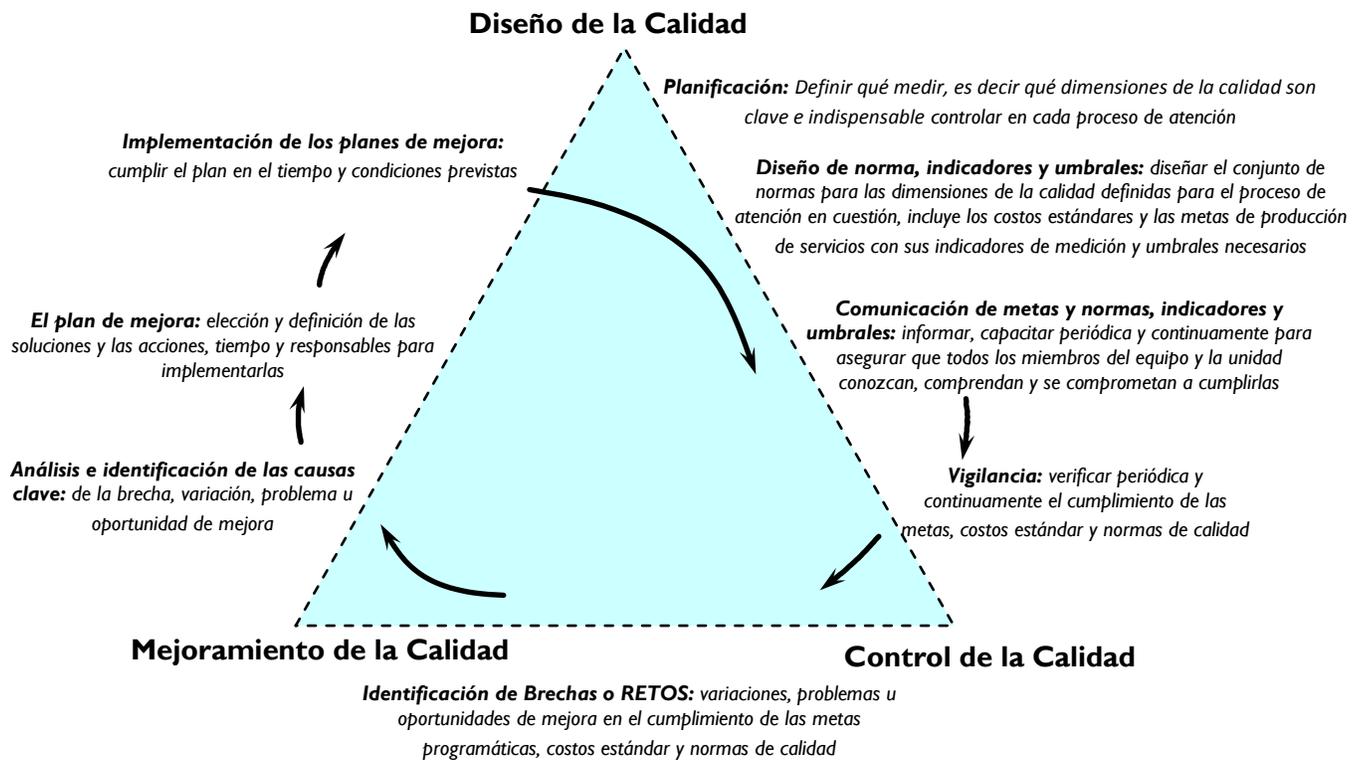
El **sexto Principio** tiene que ver directamente con los gerentes o directores de las unidades y jefes de los servicios. Si aplican **un liderazgo participativo** que cree en las personas, que valora y aprovecha su potencial, entonces promoverá el cambio y los enfoques de calidad se desarrollarán y darán excelentes resultados. En cambio, si no valora, no cree, no confía y no promueve un liderazgo participativo e incluyente, entonces es imposible aplicar los enfoques de calidad en la unidad. La calidad es responsabilidad de todos, pero empieza con el compromiso y desempeño democrático y participativo de la alta dirección.

VII PRINCIPIO:

ORIENTADO A LA SATISFACCION DEL CLIENTE

Septimo Principio. Todos los enfoques de la calidad van **orientados a lograr la satisfacción** y, en lo posible a superar las necesidades, gustos, preferencias y expectativas de la población usuaria de los servicios y nuestras unidades de salud. Es el principio y el fin. Por ello, cualquier enfoque o herramienta que el equipo aplique que no vaya orientada a lograr este fin, no es calidad. El cumplimiento de este Principio, asegura un enfoque de calidad centrado en los resultados, es decir los productos, sean estos bienes o servicios de salud, que satisfagan las necesidades y sobrepasen las expectativas de la población usuaria.

5.7. Componentes de un Sistema de Aseguramiento de la Calidad²⁹.



El primer componente es el **Diseño de la Calidad**, que comprende -en su orden- tres importantes procesos:

- **La planificación:** Es decir decidir qué exactamente queremos medir o controlar tanto en nuestros procesos de atención como de gestión de la provisión de servicios de salud y sus resultados. Esto lo hacemos al momento que decidimos cuáles son las metas a lograr con sus costos estándar e incluye las dimensiones de la calidad que consideramos críticas a monitorear para asegurar un nivel mínimo de calidad en el desempeño y los resultados del proceso de atención que se trate.
- **Fijación de las normas o estándares, indicadores y umbrales:** No es otra cosa que diseñar, enunciar las normas específicas para cada dimensión de la calidad que hayamos identificado como crítica para nuestro proceso de atención/provisión de servicios de salud. Estas incluyen en la dimensión de eficiencia, las metas de producción y los costos estándar de producción de los resultados (bienes y/o servicios) de salud con sus correspondientes unidades de medición o indicadores y los umbrales para aquellas normas/estándares que sean necesarias.
- **Comunicación de las metas, normas, indicadores y umbrales:** informar, capacitar de forma periódica, continua y sistemática a todos(as) los(as) miembros de los equipos de nuestra unidad para que conozcan, comprendan y, se comprometan a aplicar y controlar su cumplimiento permanente.

²⁹ Fundamentados en el Triángulo de la Calidad de Joseph Jurán.

Este primer componente corresponde a la situación “deseada”, es decir, la situación que se espera cumplir o lograr de forma sistemática en los procesos tanto de gestión como de la provision de los servicios de salud y sus resultados. **Es importante señalar que a la SESAL como ente rector del SNS le corresponde, dentro de su función de regulación³⁰, esta fase de diseño, con sus tres procesos.**

El segundo componente necesario, es el **Control de la Calidad** basado en evidencia de lo que en la práctica diaria estamos cumpliendo con respecto a la situación deseada. Comprende dos procesos, en su orden:

- **La vigilancia:** que no es otra cosa que la verificación con datos, con evidencia en mano, del grado de cumplimiento de dicho marco de referencia que constituyen las metas y normas o estándares a través de sus indicadores y umbrales establecidos. Si en la práctica diaria se están cumpliendo o no éstos, en otras palabras, confirmar si los resultados están dentro o no de los límites de los estándares y sus umbrales previamente definidos.
- **La identificación de brechas:** entendidas como aquellos casos en los que existe cualquier nivel de incumplimiento de las metas de producción, costos estándar y normas de calidad, es decir, del marco de referencia o de la situación “deseada”. Esta brecha será mínima o muy grande en la medida que se aleje de la situación deseada. También conocida por ello como “Variación”, “Problema” u “Oportunidad de mejora”. Para los japoneses que han realizado mejoras increíbles a sus procesos de trabajo, donde prácticamente las variaciones son sumamente difíciles de identificar, le llaman “Tesoro” por ser algo muy apreciado como oportunidad de aprender y mejorar los procesos y procedimientos de trabajo. Eliminar o cerrar las brechas les permitirá a los equipos alcanzar su reto, que no es otro que lograr que todos los procesos estén “controlados”, es decir, que estén cumpliendo con las metas, costos y normas en los límites (del umbral) establecidos. En este segundo componente el uso del tablero de mando (TMI) facilita enormemente la identificación de brechas u oportunidades de mejora.

El tercer componente; diseño e implementación del Aseguramiento de la Calidad, implica el desarrollo de tres procesos:

- **El análisis para la identificación de las diferentes causas** que están produciendo las brechas o variaciones en el cumplimiento de las metas y estándares de costos y/o de calidad.
- **El diseño de las soluciones organizadas en un plan de acción**, periodos de ejecución y responsables de su cumplimiento.
- **La implementación del plan** de soluciones y/o mejoras continuas.

Al cerrarse el ciclo, los equipos vuelven a verificar el cumplimiento de los planes y especialmente si las soluciones planteadas en éstos, permiten desarrollar y contribuir a eliminar o cerrar las brechas en el cumplimiento de las metas de producción, costos estándar y/o estándares de calidad, en los procesos de atención o de la gestión de la provision de servicios de salud que se trate. En el caso de que no existen brechas, los equipos en lugar de soluciones, proponen mejoras de forma continua y sistemática y cuando ya es prácticamente imposible mejorar, obliga a un salto cualitativo, INNOVAR, volviendo a cerrar el ciclo, de tal manera que se trata de un sistema con procesos que nunca terminan, hasta convertirse en un hábito de gestión de la salud y parte de la cultura institucional de los equipos: **la cultura de Práctica de la Calidad.**

³⁰ Dirección General de Regulación. Decreto Ejecutivo No. PCM 014-2005.

6. Tableros de Mando o Control Integral (TMI).

6.1. ¿Qué son Tableros de Mando o Control Integral?

Son instrumentos de control gerencial utilizados por los gerentes, directores, jefes y sus equipos, que muestran de forma esquemática, completa y sencilla, información sobre el desempeño y los resultados obtenidos de la gestión y entrega de servicios por una unidad de salud, región sanitaria, red integrada, programa, proyecto o establecimiento de salud. Estos se utilizan en muchas empresas y organizaciones, son conocidos en inglés con el nombre de "Balance Score Card" (BSC) pues simulan una pantalla en un campo de béisbol, donde con solo verla un instante cualquier persona (aficionada a este deporte) puede tener una idea completa, rápida y sencilla de los avances, desempeño y resultados obtenidos por los equipos a ese momento y tiempo real. Con ello se puede saber si las cosas van bien o se necesita tomar alguna decisión inmediata en virtud de que el desempeño y los resultados, se estén saliendo de "control".

Los tableros de mando o control integral (TMI) muestran información, tanto de los procesos de gestión y de provisión y sus resultados o "situación real" y de las metas de producción de bienes y/o servicios o "situación deseada", como de los estándares de costos y de calidad, que permite comparar rápidamente los resultados obtenidos con la situación "deseada o esperada"-previamente definida- por dichos estándares y metas programáticas y financieras.

Imaginemos el tablero de un auto o un avión. La analogía es la misma. Son "pocos indicadores" que de forma gráfica, esquemática, visual y fácilmente entendible, permiten comparar el mínimo de combustible necesario, con el que "realmente" dispone. En caso que el indicador se torne color amarillo o rojo, conlleva una decisión urgente de parte del piloto o conductor, o de lo contrario, tendrá problemas serios en el muy corto plazo.

Para evaluar el desempeño y los resultados de la gestión y prestación de los servicios, los tableros de mando o control integral, están constituidos por un conjunto ordenado y organizado de "indicadores clave o trazadores"³¹ previamente establecidos. Igual que en el auto o el avión, son pocos pero clave, algunos nos dan información sobre el sistema eléctrico, otros sobre la temperatura, otros sobre la velocidad del auto, otros sobre el combustible disponible. De igual manera el tablero de mando nos brinda información sobre "pocos indicadores clave", todos relacionados al proceso de gestión de la provisión de servicios y sus productos o resultados de la unidad o red de servicios de salud. Unos indicadores corresponden al sistema de planificación como las metas de producción, o al sistema financiero presupuestario como los indicadores de los estándares de costos y metas de presupuesto y otros del sistema de garantía de calidad como indicadores de las normas o estándares de calidad de los procesos de gestión de la provisión y sus resultados. De esta manera nos ayuda a monitorear y mejorar el desempeño de los diferentes procesos y resultados de la unidad o red de servicios de salud.

Al permitir el análisis comparativo de los resultados obtenidos con los estándares de producción, de costo y de calidad y las metas que se espera cumplir o alcanzar en cada indicador clave, los TMI o control integral, facilitan el monitoreo rápido y objetivo del desempeño de la unidad (o red) de salud y sus resultados. Constituyen lo que muchos han dado en llamar los signos vitales de la unidad de salud. Igual que el monitoreo de cuidados críticos o de intensivo nos muestran el desempeño y estado de salud de un paciente a través de mostrarnos un set de indicadores claves, como del sistema respiratorio; el No. de

³¹ **Indicadores Trazadores:** Aquellos que se constituyen como elementos centinelas del proceso que se analiza y que permiten alertar oportunamente al tomador de decisiones. C. Torres y N. Alvarado. Indicadores Trazadores de Gestión Hospitalaria. Revisión, Análisis y Propuesta. Rev Chil Salud Pública 2005; Vol 9 (2): 96-102.

respiraciones por minuto, del sistema nervioso; el estado de alerta y el estado de orientación en tiempo y espacio, del sistema renal; la excreta por hora y el índice de concentración de la orina, el sistema cardiovascular; el índice de frecuencia cardiaca, la presión arterial, el ritmo cardiaco, la temperatura corporal. Realmente son pocos, pero críticos. Si la situación "real" del paciente está dentro de un rango o umbral (un mínimo y un máximo) "normal" de estos índices o indicadores, entonces tenemos la situación controlada y nuestro paciente está bien. Nos da tranquilidad. De lo contrario, tenemos que tomar una decisión oportuna para no tener problemas mayores posteriormente.

Además, su uso periódico y sistémico con los equipos de trabajo permite a los gerentes, directores y jefes, el desarrollo de procesos participativos de mejora continua de la gestión y la provisión de los servicios.

6.2. ¿Para qué nos sirven?

Son de gran utilidad porque nos permiten:

1. Mostrar una representación esquemática, completa e integral de todo el desarrollo de la gestión de los recursos y la provisión de los servicios, con relación al cumplimiento de las normas y metas, de interés para la unidad o red de servicios de salud de que se trate.
2. Analizar únicamente la información relevante, clave y sustantiva para verificar el grado de cumplimiento y avance obtenido por los equipos responsables de la atención y sus resultados.
3. Monitorear en forma "objetiva, medible, sencilla, de fácil comprensión y uso" los resultados, avances y logros en la gestión y provisión de servicios.
4. Identificar oportunamente errores, vacíos, brechas o desviaciones.
5. Facilitar el análisis de los factores determinantes y condicionantes de las variaciones, en particular.
6. Efectuar las reorientaciones y ajustes necesarios y aportar mejoras o nuevas formas de intervención.
7. Sustentar en evidencias, la toma de decisiones correctivas o de mejora en forma sistemática y oportuna, que asegure su efectividad.
8. Crear condiciones para el aprendizaje, la mejora e innovación continua a través del trabajo en equipo de los(as) responsables involucrados(as).
9. Facilitar la aplicación de sistemas de incentivos a equipos de trabajo en función de su contribución al logro de resultados y al mejoramiento de calidad de la gestión y prestación de los servicios.

6.3. Características del Tablero de Mando o Control Integral (TMI).

1. Está conformado por un conjunto ordenado de indicadores para facilitar la verificación y emisión de juicios de valor comparativos, en forma objetiva y, especialmente, medible.
2. Contiene información únicamente de un conjunto de indicadores clave o trazadores previamente seleccionados y definidos, que permiten verificar el desempeño a través del cumplimiento de un conjunto de estándares o normas de calidad de la gestión y provisión de los servicios y sus resultados, de forma completa e integral.

3. Corresponde a una "representación esquemática" que en forma gráfica muestra la información necesaria para efectuar el análisis comparativo de los resultados obtenidos con las metas y estándares o normas establecidas.
4. La información se presenta en forma sencilla y en forma de tendencias para facilitar el seguimiento y evolución de los resultados a través del tiempo.
5. Presenta información que permite identificar las brechas o variaciones entre resultados obtenidos y las normas y metas a alcanzar, establecer su magnitud y orientar a los equipos a sus posibles causas o factores determinantes.
6. Describe los factores causales de las variaciones identificados por los equipos y el plan de las intervenciones acordadas con sus respectivos períodos y responsables de cumplimiento. Esto facilita el seguimiento del impacto y efectividad de las medidas correctivas o de mejora acordadas.
7. Utilizado conjuntamente por los equipos responsables de la gestión y atención como por los gerentes, directores, jefes y sus equipos de trabajo en un proceso participativo.

6.4. Componentes del Tablero de Mando o Control Integral (TMI).

Su construcción se fundamenta en los aspectos esenciales que necesita saber de forma oportuna, veraz y continúa, un director, un gerente, un jefe, y sus equipos de trabajo, para tomar decisiones que mejoren la eficiencia, la efectividad y la calidad de la gestión/atención de la salud y sus resultados.

La construcción del TMI necesita primeramente, ver a la organización como un conjunto de sistemas de producción de bienes y servicios. Cada uno conformado por un número determinado de procesos y productos o resultados que representan el trabajo mismo de la organización. Según el desempeño de los procesos de los diferentes sistemas, será el desempeño y los resultados de la organización. El TMI es igualmente útil para los sistemas y procesos de atención y sus productos o resultados como para los demás sistemas de gestión de la provisión de servicios de salud como el Sistema de Suministros, el Sistema de Recursos Humanos, los Sistemas de Servicios Generales, etc.

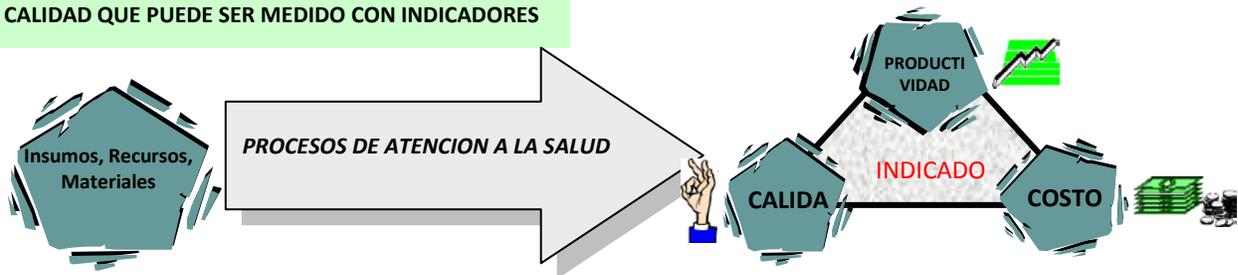
Recordemos que dentro de la lógica del enfoque sistémico, cada sistema de una unidad está conformado por un conjunto de procesos y cada uno de ellos tiene un producto o resultado que es posible medir. En el caso de la gestión por resultados con calidad los Sistemas de Provisión de Servicios de Salud y sus procesos de atención de la salud tienen un nivel o meta de producción, un costo y un nivel de calidad, expresado por un conjunto de normas o estándares. Todos estos aspectos críticos, son susceptibles de ser identificados y medidos en forma objetiva y sistemática, a través del empleo de "indicadores". El uso de INDICADORES, nos facilitan su medición y cuantificación.

"La limitada asignación de recursos financieros a la asistencia sanitaria en los países en desarrollo, unido a las restricciones monetarias y al aumento de la exigencia de mayor calidad por parte de los ciudadanos han ejercido presión en las autoridades sanitarias, gestores de servicios de salud y profesionales para usar los recursos sanitarios de forma más eficiente. Los encargados de los servicios médicos deben centrarse en los mecanismos que permitan una mejora de la gestión y la reducción de los costos que permitan mantener y satisfacer el nivel de servicios demandado por la población. Dentro de esta orientación estratégica se necesita incorporar nuevas técnicas de control de gestión que permitan reducir o controlar los costos sanitarios y mejorar la calidad del servicio en los hospitales". (Forgione Dana A, 1997).

Veamos bajo la perspectiva de una gestión por resultados con calidad, que implica



TODO PROCESO TIENE UN PRODUCTO, COSTO Y NIVEL DE CALIDAD QUE PUEDE SER MEDIDO CON INDICADORES

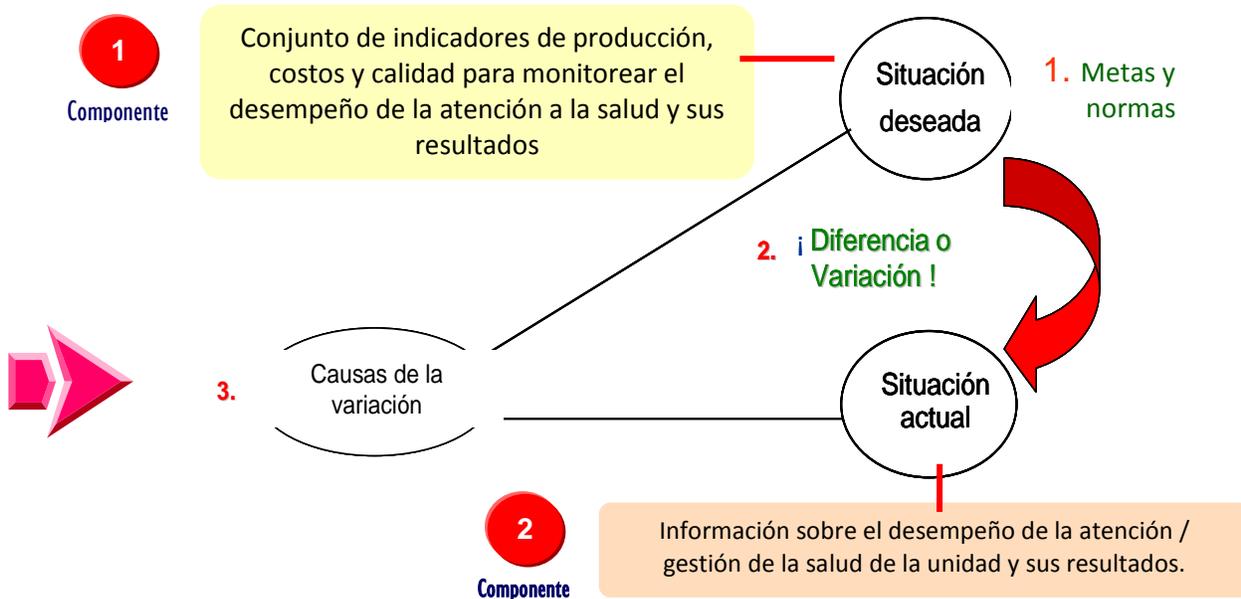


El primer componente básico a considerar para la construcción de los TMI de un Sistema de Control Integral de Gestión por Resultados con Calidad, corresponde a la selección y organización de un conjunto de indicadores de producción, de costos y de calidad de los procesos de provisión y sus resultados.

Esto facilita a los gerentes y sus equipos, monitorear en forma regular y continua e integral, la producción, costos y calidad de los servicios que brinda su unidad de salud en su conjunto y el impacto financiero que representa. Les permite además, analizar e identificar posibles variaciones en el desempeño y los aspectos centrales en que se debe actuar para lograr impacto. Este enfoque proporciona una lógica de análisis, que permite jerarquizar los problemas, establecer explicaciones aceptables o definir cursos correctivos de acción, manteniendo coherencia en su abordaje.

El **segundo componente necesario** para la construcción y puesta en marcha del TMI o control integral, lo representa la Información gerencial requerida para documentar y verificar el cumplimiento de cada uno de los indicadores que lo conforman.

La información proporciona la evidencia a los tomadores de decisión para comparar los resultados de la atención o "situación actual o real" y la "situación deseada" planteada en las normas y metas a alcanzar. Este análisis comparativo permite identificar diferencias, brechas o "variaciones", que les orienten a tomar las medidas correctivas o de mejora, que eliminen sus causas. Para facilitar más su comprensión, veamos el gráfico mostrado, a continuación:



7. Desarrollo del Sistema de Aseguramiento de la Calidad y Resultados.

Como se señaló antes (Capítulo 5.7.) el Sistema de Aseguramiento de la Calidad y Resultados está constituido por tres Componentes; i) diseño de la calidad, ii) el control de la calidad y, iii) diseño e implementación del aseguramiento de la calidad; y cada uno de estos se desarrolla a través de una serie de pasos y procesos que se describen a lo largo de este Capítulo. Por lo general esta responsabilidad corresponde a la función de regulación, como parte del rol rector de la SESAL, como autoridad sanitaria nacional (ASN). En aquellos casos en los que algunos de los productos o procesos de gestión y provision, no cuenten con sus estándares, los equipos responsables tendrán que diseñar los propios, mientras el ente rector emite los oficiales correspondientes.

Para su comprensión y diseño veamos primero algunos conceptos básicos necesarios.

7.1. Normas o estándares.

En el sentido genérico, una “**Norma o Estándar**” es un estado de la calidad deseada y esperada y, según el Diccionario RAE, “Norma es una regla que se debe seguir o a que se deben ajustar las conductas, tareas, actividades, etc.”

Norma es una **regla** de conducta que nos impone un determinado modo de obrar o de abstenernos y nos permite ajustar ciertas **conductas** o actividades. Por ello, habitualmente su observancia y cumplimiento es exigible. Más específicamente, se **define como una declaración de la calidad esperada**; expresada como “normas”: técnicas, de procedimientos administrativos o gerenciales, de seguridad, especificaciones, guías de práctica clínica o protocolos, etc. Contienen criterios precisos que aseguran que los insumos, procesos y productos están hechos y diseñados con las exigencias necesaria para alcanzar sus objetivos. Contribuyen a incrementar la fiabilidad, eficiencia y efectividad de los bienes y servicios (comunitarios, ambulatorios y hospitalarios), que producen las unidades de salud.

Estándar es la definición clara de un modelo, criterio, regla o de los requisitos mínimos aceptables para la operación de procesos específicos, con el fin asegurar la calidad en la provisión de los servicios de salud.

Los estándares señalan claramente el comportamiento esperado y deseado en los gestores y proveedores de servicios de salud (gerentes, administradores(as), técnicos, profesionales, etc.) y son utilizados como guías para evaluar su desempeño y lograr el mejoramiento continuo de los servicios; requieren ser establecidos con el fin de contar con una referencia que permita identificar oportunamente las brechas, variaciones o desviaciones presentadas en el desarrollo de los procesos y aplicar oportunamente las medidas correctivas necesarias. Es necesario considerar que las fallas de los procesos pueden ser imputables, por un lado a problemas propios del sistema que obliga revisar su estructura y funcionamiento y, por otro lado a errores cometidos por los empleados responsables de ejecución de los procesos.

Haciendo una analogía dentro del Enfoque Sistémico, los procesos y procedimientos corresponden a las “autopistas”, mientras que las normas o estándares corresponden a las “señales” que nos orientan, NOS ORDENAN e indican la forma en que debemos conducirnos para llegar seguros, a tiempo y en condiciones deseadas al destino que hemos planificado previamente. Los equipos de trabajo equivalen a los usuarios de la autopista que desarrollan los procesos, respetando y cumpliendo esas señales para asegurar que conducen de manera apropiada y segura para conseguir en las condiciones deseadas de calidad el producto, es decir entregar un bien o un servicio de calidad a su población objetivo. Veamos el siguiente esquema:

PROCESOS = AUTOPISTA



ESTANDARES O NORMAS = SEÑALIZACION DE LA AUTOPISTA

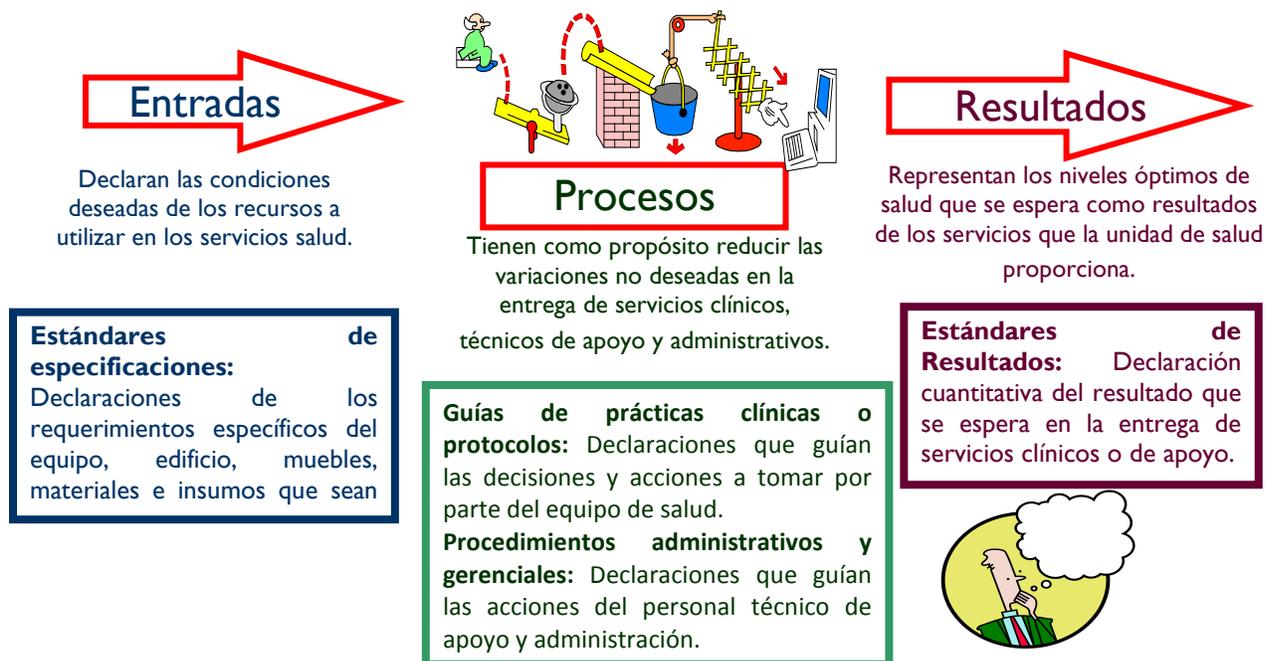
EMPLEADOS = USUARIOS DE LA AUTOPISTA

Es importante hacer notar que la declaración de la norma o estándar de producción, de costo y de calidad, es y debe ser puntual, concreta y muy clara, para que de esta forma cualquiera que conduzca por esta autopista o proceso, la entienda, de forma rápida, clara e inequívoca para poder, igualmente, cumplirla sin mayores problemas. Aquí es oportuno insistir en que las normas **No** son un tratado o libro extenso de grandes enunciados que, lejos de orientar, ¡confunden!

También se debe tener presente –siempre– que las Normas o Estándares, son **ÓRDENES** emitidas por la autoridad máxima, generalmente propuestas por un grupo de expertos, tomando como referencia las mejores prácticas de beneficio demostrado, disponibles en la literatura universal. No queda a la discreción de cada miembro del equipo, su cumplimiento o no. Su observancia y cumplimiento es obligatorio para todos los que transiten por esas autopistas, de lo contrario... ¡se arriesgan a una sanción por parte de la policía de tránsito! Pero lo más importante es que –en el caso nuestro– el que va a pagar las consecuencias de este incumplimiento, no somos nosotros, sino el o la usuaria de nuestra unidad al recibir servicios de salud de mala o baja calidad, sometiéndolo además, y en muchos casos, a riesgos innecesarios.

Otro aspecto clave a recordar es que los estándares para cada proceso y producto de salud, deben ser pocos en número, realmente describen solo aquellos aspectos críticos y claves que **NO** debemos obviar u omitir para garantizar un nivel **mínimo** apropiado de calidad en el proceso de atención y los productos o servicios a entregar a nuestra población. Imaginemos una carretera con muchísimas señales, muchas extensísimas... ¿Que pasaría con el que conduce transitando por esa carretera?, podría sufrir un accidente por descuido, al fijar su atención a tantas señales, súper extensas y confusas, en lugar de concentrarse en la carretera.

Un ejemplo de una Norma o Estándar de Calidad, para un proceso de análisis de laboratorio clínico, podría ser: **“El tiempo de entrega de resultado de un hemograma no será mayor de 30 minutos”**. De esta forma el tiempo que el equipo de técnicos utiliza en procesar, analizar, interpretar y brindar el informe de resultados de un examen de laboratorio clínico, en este caso un hemograma, no debe ser mayor a 30 minutos... ¡Si el equipo cumple con ella, entonces ¡el proceso es de calidad!, la esperada.



Existen muchas normas, entonces vale la pena conocer cuántos y cuáles tipos de Normas o Estándares existen. Los que más interesan a los servicios de salud son los de insumos, de procesos y de resultado, que especifican los requisitos que deben cumplir los insumos, el proceso y el producto o grupo de productos.

Según el Enfoque Sistémico (ver figura anterior), las “Normas o Estándares” pueden ser de tres tipos:

Veamos algunos ejemplos en un proceso de inmunizaciones:

Una norma o estándar de entrada, corresponde a especificaciones de los insumos, materiales, equipo, personal que se requiere para desarrollar un proceso de atención/provisión. En este caso necesitamos el “Biológico” a aplicar al niño o niña a inmunizar. Pero, este biológico debe cumplir con ciertos criterios o “especificaciones técnicas” como, nivel de potencia, nivel de esterilización, entre otros. Una Norma de **Entrada** entonces para este específico proceso podría ser:

“Todo biológico a aplicar en el proceso de inmunización a niños y niñas menores de 5 años en nuestra unidad de salud, contará con un certificado de control de calidad, extendido por el Laboratorio Central de Control de Calidad de la SESAL”.

Si esta norma la cumplimos todo el tiempo y en todos los biológicos que apliquemos a nuestros niños, y niñas, entonces estamos aplicando un biológico con “Calidad”.

Una norma o estándar de proceso, que describe las condiciones mínimas de cómo debemos desarrollar los procesos de atención/provisión, acá encontramos lo que usualmente llamamos NORMAS TECNICAS que incluye a las guías de práctica clínica, los protocolos de atención, algoritmos, guías de procedimientos, del proceso de inmunizaciones, entre otros. Siguiendo con nuestro caso del proceso de inmunizaciones, un ejemplo de normas de **Proceso** pudiera ser:

“Toda aplicación de biológico a un niño o niña en toda unidad o puesto se llevará a cabo siguiendo la guía de asepsia y aplicación emitidos por el Programa Ampliado de Inmunizaciones”

De igual manera, si cumplimos con aquella guía, aplicando la técnica que ha demostrado -basado en evidencia de las mejores prácticas- ser segura y efectiva, entonces estamos sometiendo a los niños(as) al menor riesgo de infección y complicaciones, y tendremos la certeza de que estamos administrando efectivamente el biológico, es decir con “Calidad”.

Una Norma o Estándar de salida o resultado, continuando con nuestro ejemplo, podría ser:

“Las madres y/o padres de los niños y niñas inmunizados en nuestra unidad de salud saldrán satisfechos por el trato y servicio brindado”

De ser afirmativo, obtendremos un resultado con un nivel apropiado de “Calidad”.

Para que las normas o estándares sean útiles y apropiados necesitan cumplir algunos criterios:

➤ **Válida:**

Si efectivamente los resultados de la unidad de salud representan los niveles esperados de calidad, dentro de las dimensiones correspondientes.

- **Confiable:**
Debe consistentemente dar los mismos resultados cada vez que éstos son aplicados.
- **Clara:**
No debe dar lugar a confusión ni ambigüedad. Significa que debe ser entendido perfectamente por todo el personal responsable de su manejo y cumplimiento.
- **Realista:**
Estándares demasiado elevados e inalcanzables frustran al equipo. Deben ser factibles de realizar de acuerdo a los recursos materiales, físicos, financieros y humanos disponibles y las condiciones propias la unidad de salud que se trate. Estándares demasiado fáciles de alcanzar tampoco motiva el mejoramiento continuo de los servicios.
- **Dinámica:**
Conforme se introducen mejoras a los procesos o se incorporan nueva tecnología, nuevas evidencias, otras mejores prácticas o cambios de recursos, medicamentos, tecnología diagnóstica o de apoyo, entre otros, el estándar o norma debe ser modificado o actualizado.

¿Cuales son los usos de Normas o Estándares?

- Para hacer una declaración explícita de la calidad del desempeño esperado, del proceso de atención y de sus productos: bienes y servicios.
- Proveer las bases para el desarrollo del sistema de información que incluya el desarrollo de indicadores, métodos de colección y análisis de datos.
- Guiar el monitoreo y evaluación de los procesos de atención de la salud.
- Proveer metas para solucionar problemas y mejorar procesos de atención.

7.2. Primer Componente: diseño de la calidad.

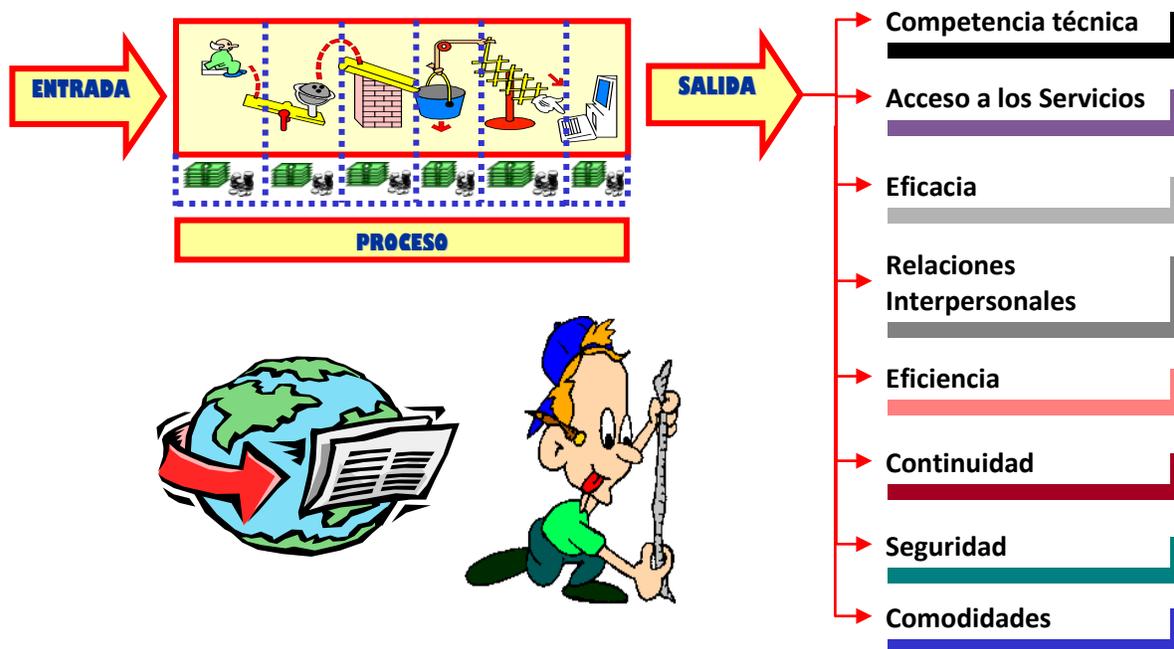
- **Paso 1: Definir las “Normas o Estándares”.**
Para este efecto, se toma como base las “Dimensiones de la Calidad”.

Dimensiones de la Calidad en Salud.

La calidad es un concepto integral, complejo y polifacético, es decir tiene muchas facetas o aspectos que se relacionan al tema y que en su conjunto nos permiten definirla. Estas facetas o aspectos son conocidos como las Dimensiones de la Calidad.

La Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales de EUA (JCAH)³² reconoce **ocho** dimensiones básicas.

³² Sus siglas en inglés.



1. **Competencia técnica:** Relacionada al nivel de conocimientos, habilidades, capacidad, experiencia y desempeño actual del personal clínico, de apoyo técnico y administrativo. Se refiere, no solamente, al desempeño técnico o curriculum vitae del personal, sus estudios, experiencia, conocimientos sino, sino también a la actitud, la motivación y el compromiso de servicio.
2. **Acceso a y Rapidez de los Servicios:** Grado en el cual el otorgamiento de los servicios de salud son brindados en forma oportuna al momento de ser requeridos y estos no son ni restringidos ni limitados por barreras de género, geográficas, económicas, sociales, culturales, religiosas, lingüísticas u organizacionales. Por ejemplo; el tiempo que la unidad de salud tarda en dar una cita, atender una emergencia obstétrica en la tercera demora o resolver un parto eutósico o una cirugía, entre otros. Otro ejemplo es brindar la atención en la lengua de la población usuaria y lo más cercano a su hogar.
3. **Eficacia:** Grado de relación entre un procedimiento aplicado y los resultados esperados. Estos resultados, expresados en términos de normas de prestación de servicios y de orientación clínica. En otras palabras en la medida que se cumplen las normas, las metas, los costos; se le resuelve o ayuda a resolver el o los problemas de salud a los grupos de población objetivo o se le satisfacen sus necesidades de salud, de manera quitativa y sostenida y sin discriminación de ningún tipo.
4. **Relaciones Interpersonales:** La calidad de la interacción, el trato, interés y actitud entre proveedores y clientes, gestores y proveedores de servicios, y el equipo de salud y la comunidad. Es decir cómo el personal de una unidad de salud trata, se preocupa y brinda una atención con esmero, de respeto y con calidez humana.
5. **Eficiencia:** Consiste en suministrar el mayor beneficio y la mayor cantidad de productos (bienes o servicios) de salud con los recursos con que se cuenta; muy importante, dado que los recursos para la atención son generalmente muy limitados. Ejemplo, el mayor número de partos eutósicos atendidos al menor costo o con los reducidos costos disponibles en nuestra unidad. De esta forma

es que hoy día, las metas programáticas y los costos, son dos variables consideradas dentro de un enfoque integral; por tanto, su abordaje debe ser incluido e integral como parte esencial del sistema de aseguramiento de la calidad.

6. **Continuidad:** Grado en el cual los(as) pacientes y usuarios(as) reciben la serie completa de servicios que necesitan, sin sufrir interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. Por ejemplo, confirmar si un paciente diabético recibe sus medicamentos cada mes en las cantidades y especificaciones que requiere.
 7. **Seguridad:** Implica reducir los riesgos de infecciones, complicaciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de servicios. La SESAL como ASN tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios se presten con el mínimo posible de riesgos para la población usuaria, por ello debe incorporar y aplicar las mejores prácticas de efectividad y seguridad comprobadas; como las guías de prácticas clínica, los protocolos y las normas técnicas, dentro del enfoque integral de gestión por resultados con calidad.
 8. **Comodidades:** Se refiere a aquellas características de los servicios de salud que no están directamente relacionados con la eficacia clínica, pero que agregan valor y acrecientan la satisfacción del usuario(a) y su opinión favorable. Por ejemplo: la privacidad en las salas de toma de papanicolau; áreas de espera cómodas, confortables, con disponibilidad de baños limpios, etc.
- **Paso 2: Identificar el o los “Productos; Bienes y/o Servicios** que brinda la unidad de salud y se desee “Estandarizar” o “Normar”. Considerar acá el Conjunto Garantizado de Prestaciones de Salud por ciclo de vida y ambiente de desarrollo humano a nuestros grupos de población a atender y los Paquetes Específicos para Poblaciones Especiales.

Veamos los siguientes ejemplos:

No.	Producto (s)
1	Mujer Embarazada atendida por Parto Eutósico Simple (PES), conforme a normas, partograma y protocolo, aprobados por la SESAL.
2	Niño / Niña menor de 5 años con crecimiento y desarrollo controlado de acuerdo a normas, aprobadas por la SESAL.

- **Paso 3: Establecer los “Procesos de Atención”** que nos permitan obtener aquel o aquellos Productos: Bienes y/o Servicios y que deseamos controlar y mejorar su calidad. Continuemos con nuestro ejemplo:

No.	Producto (s)	Proceso (s) de atención
1	Mujer embarazada atendida por Parto Eutósico Simple (PES) conforme a normas.	Atención de partos eutósicos simples (PES).
2	Niño/Niña menor de 5 años con crecimiento y desarrollo controlado de acuerdo a normas.	Atención de Control y Crecimiento de Niñas y Niños menores de 5 años.

- **Paso 4: Identificar/listar aquellas “Dimensiones de calidad críticas relacionadas”** al o a los Procesos de atención y su o sus Productos (bienes y/o servicios).

Es importante tener en cuenta que estas Dimensiones son varias y varían de acuerdo al contexto y realidad de las unidades de salud. También varían de acuerdo a la naturaleza y características de los **procesos de atención y productos de salud** que éstas brindan en particular. Cada proceso y producto de salud puede requerir una o varias dimensiones, algunas idénticas, mientras que otros diferentes, según su naturaleza para definirlo como un proceso de calidad.

De acuerdo a los aspectos y/o resultados críticos que se desee controlar y/o mejorar de cada **proceso de atención y su producto**, se identifican las **DIMENSIONES DE LA CALIDAD** directamente relacionadas a éste.

Por ejemplo en un proceso de Atención de Partos Eutósicos Simples, las dimensiones de la calidad que son críticas y que no pueden dejar de ser consideradas en este proceso podrían ser:

1. **La competencia profesional:** es decir, que todo el personal a cargo de su atención esté debidamente entrenado y certificado por la SESAL o la entidad competente del país (Colegio Profesional, Asociación Nacional, entre otras).
2. **La rapidez y oportunidad:** corresponde al tiempo transcurrido desde que llega una paciente en trabajo de parto solicitando atención y el momento en que el médico o la enfermera le atiende. Esto es crítico para el producto (bebé) y su madre. Corresponde a la tercera demora a superar para reducir la mortalidad materna y del neonato.
3. **Eficiencia:** el costo y la producción son básicos. No podemos brindar la atención del Parto Eutósico Simple a un costo que nuestro sistema de salud o la población usuaria no puedan soportar o pagar.
4. **Eficacia:** Es decir debemos satisfacer la necesidad de atención del parto a las pacientes que lo demanden a nuestra unidad, de manera eficaz.
5. **Relaciones interpersonales:** la paciente debe ser tratada con respecto, cariño, esmero y calidez, especialmente en estos momentos.
6. **Seguridad:** todo parto debe ser atendido aplicando las guías, algoritmos, el partograma y procedimientos de manejo del parto emitidos por la SESAL, como ASN, que garantizan la aplicación de prácticas, basadas en evidencia, de mayor beneficio y de menor exposición a riesgo a la paciente.

Para otros procesos de atención ambulatoria por ejemplo, probablemente algunas de estas Dimensiones son críticas y no deben faltar pero, otras no; de ahí que es muy importante recordar que la selección de las dimensiones de la calidad varían de acuerdo a la naturaleza del proceso de atención y su producto. Por lo tanto, estos pasos metodológicos deben seguirse para cada producto y proceso de atención de la unidad de salud, si es que queremos tener todos nuestros procesos y productos “estandarizados” y ser una unidad de “Calidad”.

Continuemos analizando nuestro ejemplo:

No.	Producto (s)	Proceso (s) de atención	Dimensión de la Calidad Crítica					
1	Mujer atendida por Parto Eutósico Simple conforme a normas, partograma y protocolo.	Atención de Parto Eutósico Simple.	<table border="1"> <tr><td>Competencia profesional</td></tr> <tr><td>Rapidez y oportunidad</td></tr> <tr><td>Eficiencia</td></tr> <tr><td>Relaciones interpersonales</td></tr> <tr><td>Seguridad</td></tr> </table>	Competencia profesional	Rapidez y oportunidad	Eficiencia	Relaciones interpersonales	Seguridad
Competencia profesional								
Rapidez y oportunidad								
Eficiencia								
Relaciones interpersonales								
Seguridad								

Recuerde que, absolutamente todas las dimensiones de la calidad son importantes para cualquier proceso de atención a la salud pero, la clave está en distinguir y seleccionar **sólo aquellas realmente críticas** que por ningún motivo debemos dejar de considerar en el proceso de atención y su producto.

- **Paso 5: Describir la condición o situación deseada para cada Dimensión de la Calidad.** Luego de identificada la **dimensión crítica** que se debe controlar con mayor énfasis en un **proceso de atención determinado**, se describe la condición o situación requerida, necesaria o deseada. Esta descripción constituye finalmente la **“Norma o Estándar”**. Veamos nuestro ejemplo:

No.	Producto (s)	Proceso de atención	Dimensión Calidad Crítica	Descripción de la Norma o Estándar de Calidad
1	Mujer Embarazada atendida por Parto Eutósico Simple conforme a normas.	Atención de Parto Eutósico Simple (PES).	Competencia profesional.	Todo PES será atendido por personal calificado, con experiencia debidamente certificada por la SESAL.
			Rapidez y oportunidad.	Toda usuaria que solicite atención por PES, será atendida en un tiempo no mayor a 20 minutos, luego de ingresar a nuestras instalaciones o a la Unidad de Atención del Parto ³³ .
			Eficiencia.	El costo promedio de la atención de un PES no será mayor a XXX lempiras.
			Relaciones interpersonales.	Toda usuaria atendida se sentirá satisfecha por el trato en la atención de su parto.
			Seguridad.	Todo parto deberá ser seguro y cumplir con las normas, el partograma y el protocolo de PES aprobado por la SESAL.

Algunas de estas normas corresponden a normas **de entrada** como el personal calificado, otras **de proceso** como el tiempo y rapidez de atención y la seguridad de atención, mientras que otras son **de resultado** como el costo y la satisfacción de las usuarias.

Veámos el ejemplo que hemos venido utilizando:

³³ **La Unidad de Atención del Parto**, conocida en algunos hospitales y clínicas materno infantiles como, “Sala de Labor y Parto” atiende a un concepto organizativo de unidad específica, pudiéndose definir como: “Una organización de profesionales de la salud, que ofrece asistencia multidisciplinaria a la mujer, al ser recién nacido y a la familia en el parto y el nacimiento, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia, para realizar esta actividad”. Se trata de una unidad final que presta servicio básicamente para un proceso específico (parto)”. Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación, 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España.

Proceso de atención: Atención de Parto Eutósico Simple conforme a normas.

Producto: Mujer embarazada atendida por parto eutósico simple conforme a normas.

Dimensión de la Calidad Crítica	Descripción de la Norma o Estándar	Indicador
Competencia profesional.	Todo PES será atendido por personal calificado, con experiencia debidamente certificado por la SESAL.	% de PES atendidos por personal calificado y certificado por la SESAL.
Rapidez y oportunidad.	Toda usuaria que solicite atención de su parto, será atendida en un tiempo no mayor de 20 minutos, luego de ingresar a nuestras instalaciones.	% de usuarias que solicitan atención por parto, atendidas en un tiempo no mayor de 20 minutos, luego de ingresar a nuestras instalaciones.
Eficiencia.	El costo promedio de la atención de un PES no será mayor a XXX lempiras.	% de PES con costo promedio de atención de parto eutósico simple no mayor a XXX lempiras.
Relaciones interpersonales.	Toda usuaria atendida deberá sentirse satisfecha por el trato en la atención de su parto.	% de usuarias atendida satisfechas por el trato en la atención de su parto.
Seguridad.	Todo parto deberá ser seguro y cumplir con las normas, el partograma y protocolo de PES aprobado por la SESAL.	% de PES atendidos conforme a normas, partograma y protocolo para la atención de PES, aprobado por la SESAL.

➤ **Paso 6: Decidir para qué “Indicadores” se necesita establecer un “Umbral”.**

En el ejemplo de abajo: “Toda usuaria que solicite atención por parto, será atendida en un tiempo no mayor a 20 minutos, luego de ingresar a nuestras instalaciones”. ¿Hasta qué proporción (%) de las mujeres atendidas podemos tolerar³⁴ que tuvieran que esperar más de que 20 minutos para ser atendidas después de que ingresaron a nuestro servicio?

En el caso de: “Todo Parto Eutósico Simple deberá ser seguro y cumplir con el partograma y protocolo de PES aprobado por la SESAL? Según el umbral establecido a este indicador ¿En que proporción de mujeres atendidas podríamos tolerar que se les atendiera sin cumplir con el partograma y el respectivo protocolo?

Veamos nuevamente en el ejemplo que hemos estado utilizando.

³⁴ **Tolerancia:** entendida como el margen de error admisible en el procesamiento de un producto (sea un bien o un servicio). Hace referencia al nivel de admisión o aprobación frente a aquello que es contrario a lo esperado o planeado del proceso o del producto y, a la capacidad de un sistema de seguir funcionando aún en caso de producirse algún fallo. Ejemplo: ¿qué proporción (%) de mujeres embarazadas del área programática de nuestra responsabilidad estamos dispuestos a tolerar que reciban menos de cinco controles prenatales, bien realizados?, ¿qué proporción de nuestras niñas y niños menores de 5 años sin ningún control de crecimiento y desarrollo estamos dispuestos a tolerar? O, ¿cuánta diferencia (magnitud) entre lo que debemos hacer y los que hacemos estamos dispuestos a tolerar?

Producto: Mujer atendida por parto eutósico simple conforme a normas.

Proceso de atención: Atención de Parto Eutósico Simple.

Dimensión de a Calidad Crítica	Descripción de la Norma o Estándar	Indicador	Umbral
Competencia profesional.	Todo PES será atendido por personal calificado, con experiencia debidamente certificado por la SESAL.	% de PES atendidos por personal calificado y certificado por la SESAL.	100%
Rapidez y oportunidad.	Toda usuaria que solicita atención por parto será atendida en un tiempo no mayor a 20 minutos, luego de ingresar a la unidad de atención de parto.	% de usuarias que solicitan atención por parto, atendidas en un tiempo no mayor a 20 minutos, luego de ingresar a la unidad de atención de parto.	90 a 100 %
Eficiencia.	El costo promedio de la atención de un PES no será mayor a XXX lempiras.	% de PES con costo promedio de atención no mayor a XXX lempiras.	80 a 100%
Relaciones interpersonales	Toda paciente deberá sentirse satisfecha por el trato en la atención de su parto.	% de usuarias atendidas satisfechas por el trato en la atención de su parto.	80 a 100 %
Seguridad.	Todo PES deberá ser seguro y cumplir con las normas, el partograma y protocolo aprobado por la SESAL.	% de PES atendidos conforme al partograma y protocolo, aprobado por la SESAL.	100 %

Paso 7: Comunicar las Normas o Estándares.

Concluidos los procesos de planificación en los que hemos identificado los productos y procesos gestión y de provision de servicios de salud a abordar con Aseguramiento de la Calidad, e identificado las diferentes dimensiones críticas de la calidad a considerar en cada uno de ellos, así como el diseño de sus normas de calidad con la selección/definición de los indicadores y umbrales a utilizar para medir las normas o estándares de forma objetiva y cuantitativa, estamos listos para el proceso de su comunicación a los miembros de los equipos de nuestra unidad para que conozcan, comprendan, se comprometan a aplicar y controlen su cumplimiento permanente.

Dependiendo de la naturaleza y complejidad para su comprensión y sobre todo para su manejo, el proceso de comunicación puede ser tan simple como una reunión de información puntual o bien, como el caso de los protocolos y guías de prácticas clínica y/o administrativas, requerir procesos de capacitación y de desarrollo de las competencias para asegurar su comprensión y sobre todo su manejo y aplicación efectiva por parte del personal a cargo. Este paso es muy importante pero, lamentablemente **muchas veces olvidado**. Entender que sin este, todo el esfuerzo del aseguramiento de la calidad será en vano.

Es importante enfatizar que las actividades de informar y de capacitar deben ser realizadas de forma periódica, continua y sistemática a todos los equipos involucrados en su cumplimiento. No es un proceso único, esto debido a diversas razones:

1. El personal muchas veces olvida elementos clave, para la aplicación correcta de la norma.
2. Existe frecuente rotación de personal, con personal nuevo que ingresa y que requiere procesos de capacitación para asegurar el conocimiento, comprensión y, sobre todo la aplicación efectiva de las normas que debe cumplir en su cargo.
3. Los cambios frecuentes de las normas o de las guías prácticas, requieren igual, ser comunicados al personal para su actualización y aplicación efectiva.

7.3. Segundo Componente: control de la calidad.

➤ Paso 8: Control de la Calidad:

Este comprende los procesos de vigilancia o verificación del cumplimiento de los estándares o normas con sus indicadores y umbrales definidos previamente o situación deseada. Para ello previamente es importante contar con dos insumos fundamentales:

1. Organizar los estándares e indicadores y umbrales de **cada proceso y producto** a gestionar con calidad en un Tablero de Mando Integral (TMI).
2. Planificar y recolectar la información requerida para evaluar el grado de cumplimiento de los estándares o normas con sus indicadores y umbrales de calidad definidos.

Sin estos insumos, es imposible llevar a cabo el control de la calidad.

Importancia del Control de la Calidad. Como podemos apreciar, en este contexto el control no es un **FIN**, es el medio. Recordando las palabras de Edwards Deming, **“Lo que no se mide no se puede mejorar”**. El control es un medio para asegurar y “mejorar permanentemente” el cumplimiento de las metas y normas o estándares de calidad en la atención y gestión de la salud y ésta es la gran importancia de su uso hoy día.

Por ejemplo: el conjunto de indicadores y umbrales definidos para el proceso de atención de Parto Eutósico Simple nos permitirá monitorear y mejorar el desempeño, en términos de calidad, de este proceso así como de su respectivo producto. Los resultados de todos los productos de la atención a la salud en su conjunto, constituye el desempeño en términos de calidad, de la Unidad de Salud.

En el caso que el equipo identifique una “Variación” o “Brecha” u “Oportunidad de Mejora”, debe proceder de inmediato a pasar al siguiente, tercer y último componente, identificando las causas que les permita priorizar aquellas en las cuales se enfocarán los esfuerzos las próximas semanas para eliminarlas y de esta manera cerrar dichas “Brechas” y asegurar una atención y productos de calidad.

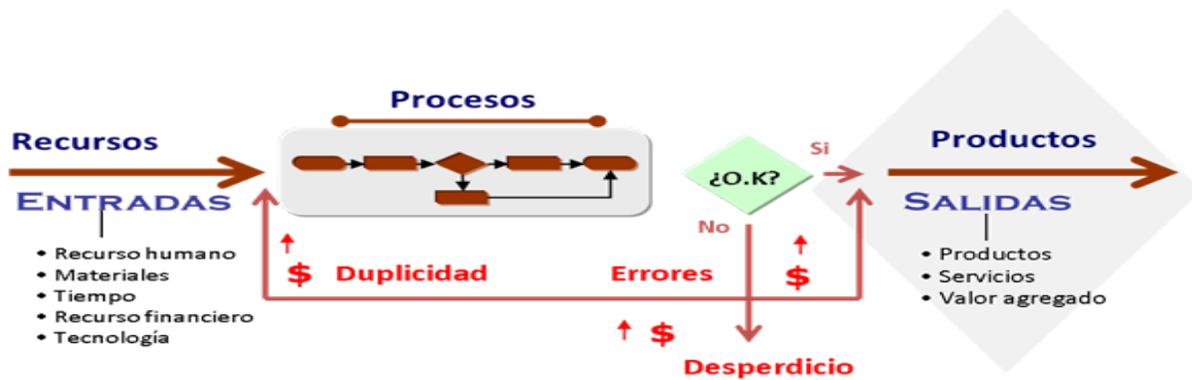
Ver más adelante, Pasos 3 y 4 para el diseño y uso del Tablero de Mando Integral.

7.4. Tercer Componente: diseño e implementación del aseguramiento de la calidad.

Este componente requiere de dos procesos fundamentales que se desarrollan a continuación.

➤ Identificación de las causas que están produciendo las brechas o variaciones

Recordar al hacer el análisis de las causas, que el proceso y el incumplimiento total o parcial de las normas de seguridad o atención clínica como protocolos, guías de práctica clínica, etc., son una de las causas más frecuentes de las brechas o variaciones para lograr un desempeño con calidad en la atención y gestión de la salud. Recordemos, lo que significa si un proceso o procedimiento no está bien y sus resultados o productos no son de calidad, es decir no cumplen con las normas de calidad esperadas. Veamos el esquema de abajo para comprenderlo de mejor.



Dependiendo del análisis es posible entonces que el equipo tenga que documentar y revisar los pasos de sus procesos de atención con la intención de identificar aquellos aspectos críticos a mejorar. Para estos casos se recomienda utilizar herramientas como el “Diagrama de Flujo”³⁵ en sus principales variedades como el “Detallado” o el de “Contexto”.

Estas herramientas como muchas actualmente existentes para la gestión de calidad deben estar disponibles y los equipos capacitados por el programa correspondiente del ente rector.

Una vez documentado el proceso.

➤ **Aplicar la o las estrategias que se requieran:**



Algunas veces luego del análisis, el equipo se da cuenta de que el proceso no agrega valor, no contribuye a la misión de la unidad y su producto (bien o servicio), y que no debe formar parte del conjunto de servicios a garantizar a sus diferentes grupos de población objetivo, por lo tanto, la solución es la más fácil: **“Eliminarlo”**. En otros casos, este proceso no existe, por lo que el equipo deberá proceder a **“Diseñarlo”**, comenzando por definir con claridad los pasos, sólo aquellos pasos que agreguen valor, es decir que contribuyan a lograr el producto esperado del proceso en cuestión.

En otros casos, el proceso es el correcto y se ejecuta de forma correcta, el problema está en el personal, los recursos, las normas o los materiales. Entonces la conducta será dejarlo exactamente igual. Pero en otros casos el problema está en proceso y hay de necesidad de **“Optimizarlo”**.

En el Capítulo 10. Pasos para la optimización de procesos, se desarrolla más este Componente.

³⁵ **Diagrama de Flujo o Flujograma:** es un esquema que representa de manera secuencial ideas y conceptos relacionados o pasos y etapas de un algoritmo o de un proceso. **Diagrama de Contexto:** es general, formado por un solo macro proceso (el sistema), las entidades externas (fuentes y destinos) y sus relaciones con el macroproceso, delimitando el sistema y su entorno. **Diagrama Detallado:** indica los pasos o actividades de un proceso e incluye, puntos de decisión, períodos de espera, repetición de tareas y ciclos de retroalimentación. (Adaptado de varias fuentes).

8. Pasos para el diseño, uso e interpretación del Tablero de Mando o Control Integral.

PASO 1: Selección de los procesos de atención o gestión y sus productos a controlar.

Veamos un ejemplo de atención de partos eutócicos simples (PES) con su producto: mujeres embarazadas atendidas por parto eutócico simple conforme a normas. En este caso tenemos:

Proceso de atención: Atención de partos eutócicos simples

Producto: Mujeres embarazadas atendidas por parto eutócico simple conforme a normas.

PASO 2: Definición/actualización o revisión de indicadores clave de cada proceso y producto de atención a la salud a controlar con sus metas de producción y umbrales de normalidad. Primeramente recordemos qué es y para qué nos sirve un indicador, las metas de producción y umbrales de normalidad.

¿Qué es un indicador y para que nos sirve?

Un indicador es una variable medible o medible definida que se utiliza para vigilar la producción de servicios, sus costos y su calidad. En su definición más simple no es otra cosa que una **“Unidad de medida”** que nos sirve para estimar, en términos “objetivos o cuantificables” tanto los resultados finales que esperamos alcanzar de un producto sea éste un bien o un servicio de salud, como las proyecciones o metas a alcanzar para cada uno de ellos, en los diferentes períodos, que generalmente en las unidades de salud corresponde a un mes o año calendario (año fiscal) y también, para medir cuantitativamente el cumplimiento de sus estándares o normas de calidad.

¿Cuáles son sus usos?

- Nos permiten medir de forma cuantitativa y objetiva los resultados y metas de producción de los procesos de provisión y/o de gestión de la prestación de servicios.
- Permiten también que podamos establecer cuantitativamente el nivel de cumplimiento de un estándar o norma de calidad, es decir establecer el nivel de calidad logrado, comparando la situación real o alcanzada en una unidad de salud con la deseada establecida –antes- en el estándar.

¡Sólo lo que se mide se puede mejorar! Edwards Deming.
Por ello, tanto la productividad como la calidad debe expresarse en un lenguaje objetivo, basado en datos.

Para hablar en un lenguaje objetivo utilizamos **“los indicadores”**, estos nos permiten expresar y valorar, tanto la productividad como los estándares o normas de calidad, de una manera cuantitativa y objetiva.

Está conformado por un conjunto organizado de datos. Los indicadores más utilizados son: tasas, proporciones o porcentajes, tiempo, horas, días, costo, unidades, horas/persona, entre otros.

¿Cuáles son sus características?

- Accesibles, fáciles de identificar, recopilar y construir.
- Pertinentes, para estimar la productividad y norma o estándar de calidad que deseamos medir.

- Relevante, el que más caracteriza a la producción y norma o estándar de calidad a medir.
- Fieles, que informen con fidelidad de las condiciones de los datos que se recogen.
- Claros y preciso, no ofrecen ambigüedad en su interpretación.
- Verificables, observables por cualquiera.
- Precisos para la producción o norma o estándar de calidad que se quiere estimar.
- Unívocos³⁶, parámetros exclusivos de lo que se mide.
- Sensibles, que permitan recoger y estimar variaciones de aquello que son referente.

¿Cuáles son los tipos de indicadores de acuerdo al enfoque sistémico?

Recordemos que, de acuerdo al Enfoque Sistémico, el sistema tiene tres componentes:

1. Entrada, 2. Proceso, y 3. Salida o Resultado.

De igual manera, de conformidad con este enfoque, existen tres tipos de indicadores para medir la **calidad**, de acuerdo al tipo de estándar o norma que mida: **indicadores de entrada, indicadores de proceso e indicadores de salida o de resultado**. Mientras que, para medir la **producción** de los servicios de salud, solo utilizaremos indicadores **de salida o de resultado**.

¿Cómo comprobamos que nuestros Indicadores están correctos?

Al concluir de diseñarlos, debemos comprobar que cumple los siguientes criterios:

- ¿Nos permiten cuantificar la norma o estándar de calidad que deseamos medir?
- ¿Son relevantes?
- ¿Son fáciles de identificar, construir y recopilar?
- ¿Se pueden verificar y observar por cualquiera?
- ¿Son claros y precisos? O ¿No ofrecen ambigüedad en su interpretación?

Si alguno de estos criterios no se cumple, se debe volver a revisar, corregir y/o agregar los indicadores. Si cumplen perfectamente todos los criterios señalados, entonces tenemos la certeza de que son pertinentes, permiten medir objetivamente nuestros estándares o normas de calidad de los resultados y la producción de servicios, son entendibles, verificables y factibles de documentar.

Además de la identificación de los indicadores se tiene que definir también sus respectivos “Umrales”.

Pero.... ¿Qué es un Umbral?

Umbral es un punto de referencia respecto al cual se puede comparar una medición. La Real Academia Española lo define como el “Valor mínimo de una magnitud a partir del cual se produce un efecto determinado”. Desde el punto de vista de la gestión de calidad, *umbral del indicador* es el nivel de cumplimiento que separa la existencia o no de un problema³⁷ de calidad. Implica un punto de corte o brecha que debiera generar una evaluación más profunda del resultado de la medición, y eventualmente una intervención de mejoría, con miras a que en una próxima medición se supere el umbral o se alcance el nivel de mejoría planificado.

³⁶ **Unívocos:** “Que solamente tienen un significado o una interpretación posible”. Diccionario RAE. 22ª. Edición. 2001.

³⁷ **Problema:** Entendido como la diferencia entre un valor real observado y un valor de referencia (estándar).

Es el rango o margen establecido de “normalidad” que se aceptará (como “bueno”) del cumplimiento de un estándar o norma de calidad. En el caso de los indicadores de resultados y de producción de servicios, nos permiten proyectar la cantidad esperada a un cierto plazo de producción de servicios de forma medible, que es lo que conocemos como “**metas de producción de servicios o metas programáticas**”.

- El “Umbral” equivale al límite mínimo y máximo que determina si el desempeño y los resultados obtenidos de la producción y/o calidad, es aceptado como normal o no. Fuera de estos márgenes, el equipo tiene que tomar una decisión.
- Siempre para un indicador de producción es necesario establecer una meta y generalmente para cada indicador de calidad es necesario definir un “Umbral”. Aunque en Salud, existen algunos indicadores de calidad en que no se permite margen de normalidad o Umbral.

Para conformar y organizar nuestro Tablero de Mando o Control Integral tenemos entonces que:

Primero: Revisar nuestro plan de trabajo e identificar y traer acá el **indicador con la meta de producción** anual definida. Veamos nuestro ejemplo de Mujeres embarazadas que esperamos atender por parto eutócico simple para este año.

Como ejemplo, asumamos que hemos identificado aquí el indicador de productividad a utilizar.

Proceso de atención: Atención de partos eutócicos simples.

Producto: Mujeres embarazadas atendidas por parto eutócico simple conforme a normas.

Indicador de productividad	Meta de producción esperada a fin del año
% de mujeres embarazadas del área de responsabilidad programática (ARP), atendidas por parto eutócico simple (PES) en la unidad, conforme a normas, partograma y protocolo, aprobados por la SESAL.	95 %

“Meta de producción esperada a fin de año, 95%”, quiere decir que –de acuerdo al Indicador de productividad antes definido- del total de partos normales programados a atender (o producir) durante el año (POA), la gerencia, el personal médico, de enfermería y técnico auxiliar de la Unidad de Partos, se compromete a alcanzar no menos el 95% de la meta propuesta; y que todos los partos normales a atender (el 100%) será de acuerdo a las normas y protocolos nacionales y vigilados por partograma.

Luego: Revisar las normas o estándares de calidad e identificar y traer acá los indicadores con sus respectivos umbrales de normalidad, diseñados para los procesos y productos de la unidad, que se quiere controlar integralmente.

Siguiendo con nuestro ejemplo asumamos, que hemos identificado los indicadores y los umbrales de la calidad del proceso de atención de partos eutócicos simple y su producto:

Proceso de atención: Atención de partos eutócicos simples³⁸.

Producto: Mujeres embarazadas atendidas por parto eutócico simple conforme a normas.

Indicador de calidad	Umbral de normalidad
% de PES atendidos por personal calificado y certificado por la SESAL.	100%
% de usuarias que solicitan atención por parto, atendidas en un tiempo no mayor de 20 minutos, luego de ingresar a nuestras instalaciones (Unidad de Atención del Parto).	90 a 100 %
% de PES con costo promedio de atención no mayor de XXX lempiras.	80 a 100%
% de usuarias atendidas satisfechas por el trato en la atención de su parto.	80 a 100 %
% de partos atendidos conforme a normas, partograma y protocolo para la atención del Parto Eutócico Simple, aprobado por la SESAL ³⁹ .	100 %

Esto quiere decir que todo parto normal (eutócico simple) deberá ser atendido en la Unidad de Partos por personal no solamente calificado sino, certificado por la SESAL como autoridad sanitaria nacional.

En este caso, ningún parto normal será atendido por personal no calificado ni certificado y sin el cumplimiento de las normas y protocolos nacionales y del partograma para su debida vigilancia. Sólo en 10 de cada 100 pacientes a atender se tolerará que el tiempo de atención tome más de 20 minutos y, que 20 de cada 100 no manifiesten satisfacción por el trato dado durante la atención de su parto.

PASO 3: Organización del Tablero de Mando.

Procedemos ahora a integrar los indicadores y metas de producción y costos con los de calidad en un solo instrumento. Para ello utilizamos un formato, como el mostrado sa continuación, siguiendo el ejemplo del producto: Mujer atendida por parto eutócico simple conforme a normas.

³⁸ **Parto Eutócico:** Según la OMS, “Parto eutócico o normal es aquél de comienzo espontáneo, de bajo riesgo, manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño o niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 y las 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño o niña se encuentran en buenas condiciones. Fuente: Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación, 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España.

³⁹ Para la mejor comprensión del lector de estos y otros ejemplos relacionados con la atención del parto eutócico simple (parto normal) se le recomienda leer el Capítulo V Atención del Trabajo de Parto, Parto y Post Parto del documento “Normas Nacionales para la Atención Materno Infantil”, aprobadas por la Secretaría de Salud por Acuerdo No. 2606, del 27 de agosto del 2010.

Proceso de atención: Mujer atendida por parto eutócico simple conforme a normas.

Proceso de atención: Atención de Parto Eutócico Simple.

Periodo Correspondiente: Enero

No.	Indicador Producción / Costo / Calidad	Meta / Umbral		Valor Alcanzado	Porcentaje de Cumplimiento									
		Mínimo	Máximo		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
1	% de mujeres embarazadas en el ARP, atendidas por parto eutócico simple (PES) en la unidad, conforme a normas.	95%	100%											
2	% de PES atendido por personal calificado y certificado por la SESAL.	100%	100%											
3	% de usuarias que solicitan atención por parto, atendidas en un tiempo no mayor de 20 minutos, luego de ingresar a nuestras instalaciones.	90%	100%											
4	% de PES con costo promedio no mayor de XXX lempiras.	80%	100%											
5	% de usuarias atendida satisfechas por el trato en la atención de su PES.	80%	100%											
6	% de PES atendidos conforme al partograma y protocolo para la atención, aprobado por la SESAL.	100%	100%											

Este conjunto de indicadores clave seleccionados y extraídos, tanto del plan operativo anual (POA) por resultados como de los estándares y normas de calidad de la unidad de salud, permitirá monitorear y mejorar el desempeño del producto seleccionado. Los resultados de todos los procesos gestión y de provisión de servicios y sus respectivos productos, constituyen el desempeño de la Unidad o de la Red Integrada de Servicios de Salud.

PASO 4: Recolección de información para documentar mensualmente los indicadores clave.

Concluido el diseño y contando ya con el conjunto de indicadores de calidad a monitorear en cada proceso de atención o gestión de la provisión de servicios de salud y sus resultados, es necesario identificar aquella información que se requerirá recolectar para monitorear cada uno de estos indicadores definidos, con sus responsables, muestra, frecuencia, técnicas e instrumentos de acopio a utilizar en los casos que ésta no esté procesada y disponible en el sistema de información de la Unidad, Red de Salud u oficina Regional.

Veamos un ejemplo con el formato sugerido abajo, para planificar la información que se requiera recolectar para verificar el nivel o grado de cumplimiento de cada uno de los indicadores definidos. Veamos a manera de ejemplo, este proceso de planificación de la recolección de información con un indicador del ejemplo que hemos venido analizando.

Indicador	Formula	Fuente	Técnica	Muestra ⁴⁰	Frecuencia	Instrumento	Responsable
% de PES atendido por personal calificado y certificado por la SESAL	Total PES atendidos por personal calificado / certificado por SESAL X 100 / Total de PES atendido por la Unidad	Libro de Partos Atendidos en la Unidad	Revisión de registros	100% de los PES atendidos en el mes por la unidad	Mensual	Hoja de registro de PES	Enfermera Jefe de Labor y Partos

Luego elaborar el instrumento específico de recolección y la Enfermera jefe de Labor y Partos deberá proceder conforme esta planificación a recolectar mensualmente del libro de Partos Atendidos en la Unidad, el número de Partos Eutócicos Simples atendidos, y cuántos de estos fueron atendidos por personal calificados y certificado por la SESAL. De igual forma se debe proceder para planificar la recolección de la información de cada uno de los indicadores definidos. En ocasiones, cuando la fuente, técnica y frecuencia de recopilación es la misma, se debe elaborar un solo instrumento que permita la recolección del cumplimiento de estos indicadores en un solo momento, mismo instrumento y un mismo responsable.

Con la información recolectada proceder a anotar el grado de cumplimiento de cada indicador de producción y calidad definidos en el TMI, expresado en porcentaje y colocar una “X” al porcentaje que corresponda su cumplimiento.

Siguiendo con nuestro ejemplo, veamos cómo –finalmente- se registraría esta información y quedaría el TMI o Control Integral, listo para ser analizados los resultados por el equipo de la unidad.

⁴⁰ **Muestra** es una parte o una porción de un producto que permite conocer la calidad del mismo. Una parte extraída – con algún método- de un conjunto del que se considera como una porción representativa de él. El subconjunto de los individuos de una población estadística. Estas muestras permiten inferir las propiedades del total, o del producto o del conjunto. Diccionario RAE. 22ª. Edición, 2001.

Proceso de atención: Atención de Parto Eutócico simple.

Producto: Mujer atendida por parto eutócico simple conforme a normas.

Periodo Correspondiente: Enero.

No.	Indicador Producción / Costo / Calidad	Meta / Umbral		Valor Alcan zado	Porcentaje de Cumplimiento										
		Mínimo	Máximo		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
1	% de mujeres embarazadas atendidas por parto eutócico simple (PES) conforme a normas en la unidad.	95%	100%	80%									X		
2	% de PES atendidos por personal calificado y certificado por la SESAL.	100%	100%	83%									X		
3	% de usuarias que solicitan atención por parto, atendidas en un tiempo no mayor de 20 minutos, luego de ingresar a nuestras instalaciones.	90%	100%	46%				X							
4	% de PES con costo promedio de atención de PES no mayor a XXX lempiras.	80%	100%	95%										X	
5	% de usuarias atendidas satisfechas por el trato en la atención de su parto.	80%	100%	98%										X	
6	% de PES atendidos conforme al partograma y protocolo aprobado por la SESAL.	100%	100%	57%					X						

El TMI utiliza una escala centesimal⁴¹ con los colores del semáforo, para facilitar la identificación rápida y puntual de aquellos indicadores con bajo desempeño que urge mejorar: menor al 60% (color rojo), de los de desempeño aún insatisfactorio: de 60 al 80% (color amarillo) y desempeño satisfactorio: 80 al 100% (color verde). Esto facilita mostrar e identificar rápidamente el puntaje promedio obtenido por todo proceso de atención, en la fecha evaluada, que generalmente corresponde a un mes calendario. Esto a su vez implica, que cada mes tenemos que llevar un tablero de mando, el cual podemos comparar con el de los meses anteriores para ver los avances o retrocesos en aspectos específicos de la calidad de la atención que incluya la producción y costos de los productos de dichos procesos de atención.

⁴¹ **Centesimal:** Escala con base a cien o cada una de las cien fracciones iguales en que se divide un todo. Diccionario RAE. 22ª. Edición, 2001. Ejemplo: Escala de temperatura Fahrenheit.

Es importante señalar que actualmente, con los avances de la tecnología de información, se cuenta con diversas herramientas para la automatización a partir de los instrumentos de recolección e integración de la información acerca del cumplimiento de los estándares o normas de calidad, que permiten su graficación rápida e inmediata, mostrando en una sola página, toda la información completa y necesaria, de una manera muy entendible, sencilla y útil para identificar las brechas y tomar decisiones necesarias. Una de las más utilizadas es Crystal XCelsius⁴² en sus diferentes versiones, pero tienen un costo que las unidades de salud no pueden cubrir y requiere un proceso de capacitación específico para su adecuado manejo y aprovechamiento.

La información de los indicadores de calidad, debe ser recogida con el apoyo de todo el personal de la Unidad de Salud o de la Red, a través de revisión de los registros de la producción de servicios, donde debe registrarse las complicaciones, entrevistas de satisfacción de las madres atendidas, a través de auditorías de cumplimiento de las normas de seguridad o técnicas o también llamadas clínicas, como el caso del partograma y protocolo de atención del PES, en el caso de nuestro ejemplo. La información obtenida mensualmente la registramos en nuestro TMI, para tener la información completa del desempeño de nuestro proceso de atención de PES y sus resultados. Si todos nuestros indicadores están en verde en los niveles esperados, nuestro desempeño para este proceso específico es **EFICIENTE, EFICAZ Y DE ALTO NIVEL DE CALIDAD**.

9. Análisis e identificación de las causas que están produciendo las brechas o variaciones.

9.1. Diagrama de Causa – Efecto.

Una vez identificadas aquellos indicadores en rojo, es decir que están fuera de control, debido a su incumplimiento, el equipo debe proceder a identificar sus “causas” y, de estas priorizar aquellas que estimen están incidiendo con mayor impacto en el nivel de incumplimiento observado. Para llevar a cabo este importante paso, se utiliza una de las más antiguas herramientas, descrita a continuación.

El diagrama de causa–efecto es quizás la más antigua de todas las herramientas del enfoque de calidad actualmente disponibles. Se remonta a la época de la Mayéutica⁴³, utilizada por Aristóteles en la Grecia antigua, como técnica de reflexión crítica deductiva al preguntarnos ¿Por qué? ¿Por qué? ¿Por qué? Utilizada luego por Descartes para el método cartesiano y más tarde, sus principios fueron aplicados en algunas técnicas de psicoanálisis. Pero fue hasta la mitad del siglo XX cuando Ishikawa uno de los más grandes expertos de la calidad del Japón y del mundo, que dio forma a la herramienta que hoy conocemos y que, por parecer una espina de pescado, se le ha dado también este nombre, aunque muchos autores le llaman también diagrama de Ishikawa en honor a su impulsor.

¿Qué es Diagrama de Causa – Efecto (Espina de Pescado o Diagrama de Ishikawa)?

Es una representación gráfica de una brecha, variación, problema o efecto y las causas que estarían determinándolo. Se utiliza cuando se necesita explorar o mostrar todas las CAUSAS posibles que originan una brecha, variación o problema.

⁴² Crystal Xcelsius es una nueva herramienta visual de operaciones gerenciales que trabaja en equipo con Excel, permitiéndole sacar el máximo provecho, mediante la creación de informes visuales interactivos. Esta solución se ha diseñado para que sea lo más sencilla posible de usar. Es una aplicación Windows de escritorio diseñada para crear impactantes informes analíticos visuales a partir de las hojas de cálculo Excel.

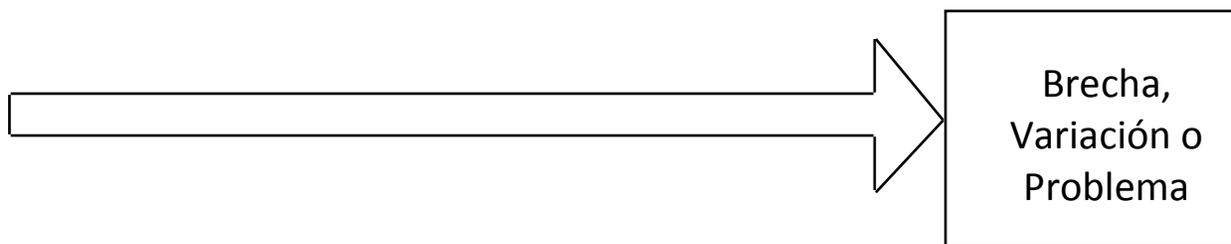
⁴³ **Mayéutica:** Método socrático con que el maestro, mediante preguntas, va haciendo que el discípulo descubra nociones que en él estaban latentes.

Su gran utilidad radica en que es la herramienta por excelencia a emplear para identificar la “raíz” que causa la brecha, variación o problema.

9.2. Pasos para la elaboración del Diagrama de Causa y Efecto.

➤ Paso 1: Identificación de la Brecha, Variación o Problema.

- Identificar y seleccionar en el TMI un indicador con una brecha, variación o problema por su incumplimiento de lo esperado o planificado (en rojo).
- Anotar en el cuadro de la derecha de la flecha mostrada abajo, la brecha, variación o problema a analizar. Con una frase corta que lo identifique y precise.
- Trazar una flecha de izquierda a derecha.



➤ Paso 2: Identificación de “Categorías o Grupos de Causas Mayores”.

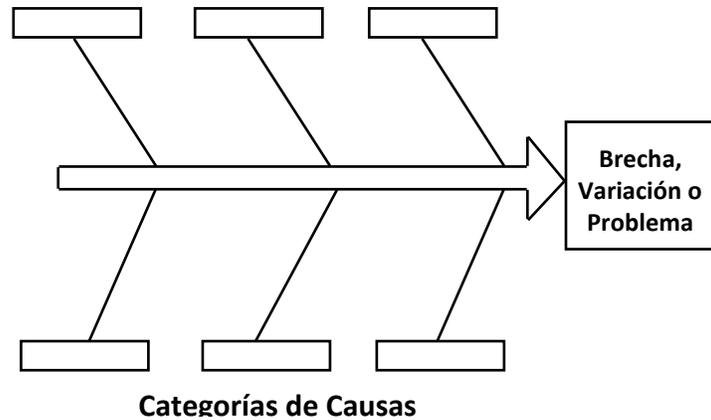
- Identificar las causas más importantes que estarían determinando el problema.
- Agrupar estas causas en categorías (grupos de causas del mismo origen).
- Trazar flechas secundarias desde las categorías mayor a la flecha central.

Para llevar a cabo este análisis se utiliza como base las **4 categorías** que de acuerdo al criterio de Edwards Deming determinan la mayoría de brechas, variaciones o problemas. Estas corresponden a las llamadas “**4 M’s de Deming**”:

- **Materiales y suministros:** aspectos que pueden ser causa debido a su no disponibilidad, falta de oportunidad y/o de calidad.
- **Maquinaria, tecnología y equipo:** relacionado a su existencia o no, sus condiciones de uso y seguridad, pertinencia y efectividad.
- **Métodos de trabajo:** Referido a su existencia o inexistencia, vigencia, congruencia y practicidad de políticas, normas, manuales, procesos, procedimientos, herramientas técnicas, entre otros.
- **Mano de obra:** disponibilidad de personal calificado, capacitado y comprometido en el momento que se le requiere y donde se le requiere.

En salud pueden existir además otras categorías como la **población usuaria**, su nivel educativo, responsabilidad en su autocuidado, condiciones congénitas o biológicas, entre otros,

En términos generales se considera que de 4 a 6 categorías o grupos de causas mayores es un buen nivel de detalle y horizonte para realizar un análisis completo de todas las causas menores de una variación, brecha o problema en el cumplimiento del indicador o meta que se trate.



➤ **Paso 3: Identificación de causas menores**

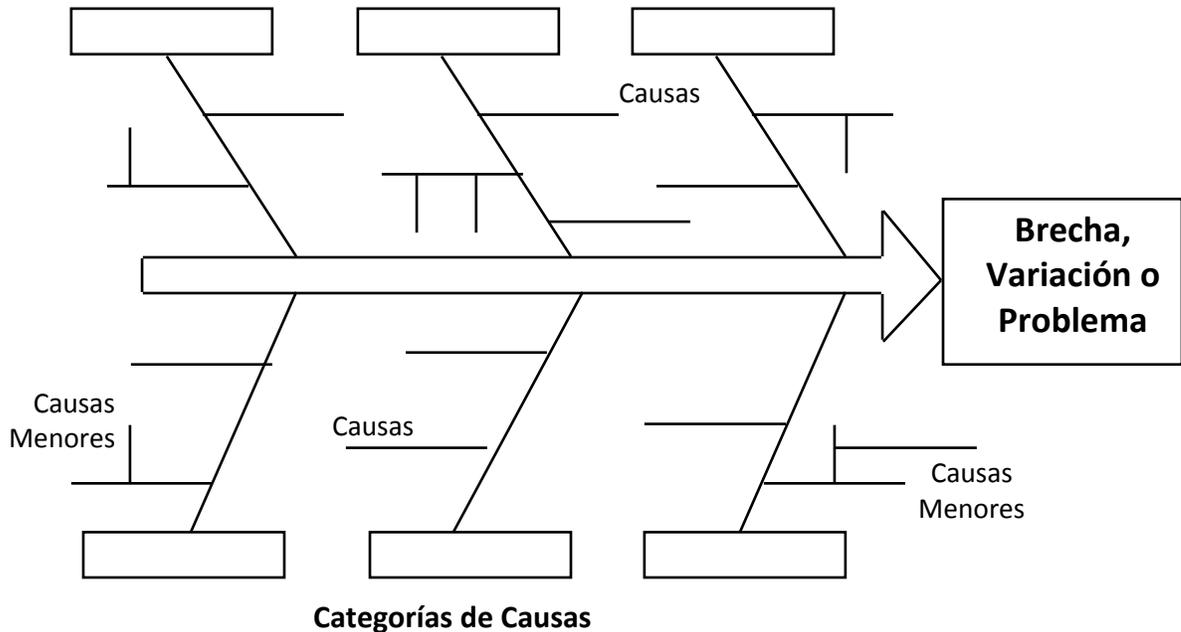
- Deducir como causas⁴⁴ menores las respuestas que se obtengan de preguntar “¿por qué?”. Es importante señalar que cada causa o categoría de causas, influyen en alguna medida, en que se origine o produzca la brecha⁴⁵, variación o problema⁴⁶.
- Anotar y graficar como flechas menores estas respuestas, obteniendo así, cada vez ramas más pequeñas.
- En esta forma armará la red causal o espina de pescado (relaciones de causalidad)⁴⁷
- Por último verificar que todos los factores posibles estén incluidos.

⁴⁴ **Causa:** La palabra “causa” se emplea en referencia a un sistema u orden de cosas compuesto por al menos dos eventos en donde uno (A) es causante de otro (B), según el funcionamiento lógico de dicho orden. Para que un evento A sea la causa de otro evento B se tienen que cumplir tres condiciones: i) Que A suceda antes que B, ii) Que siempre que suceda A suceda B, y iii) Que A y B estén próximos en el espacio y en el tiempo.

⁴⁵ **Brecha:** Es la distancia entre lo que se quiere o planeó hacer y lo que se hizo efectivamente. Según la OMS; “Brecha es la diferencia entre lo que teóricamente deberían ser los niveles en indicadores de salud, dadas ciertas condiciones, y lo que realmente se ha alcanzado”.The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. WHO, 2000.

⁴⁶ **Problema:** Opreativamente, es la diferencia entre un valor real observado y un valor deseado o planeado o; una situación en la que lo valores que logramos son diferentes a los que planeamos.

⁴⁷ **El principio de causalidad** es un principio clásico de la filosofía y la ciencia, que afirma que todo evento tiene una causa y que éste no ocurre de manera aislada, sino que está ligado a otros en un proceso de interacción. Unos eventos suceden a otros, y con frecuencia en el mismo orden. A los primeros eventos en esta relación se les llaman causas, y a los segundos efectos.



Se sugiere que tres a cuatro categorías de causas menores, obtenidas al responder a su vez a tres o cuatro ¿por qué?, brinda un muy buen nivel de detalle que permite una visión y análisis completo e integral de las causas que están originando o provocando la brecha, variación o problema en el cumplimiento de la meta o norma identificada en nuestro tablero de control o mando.

Paso 4: Selección de la o las causas fundamentales

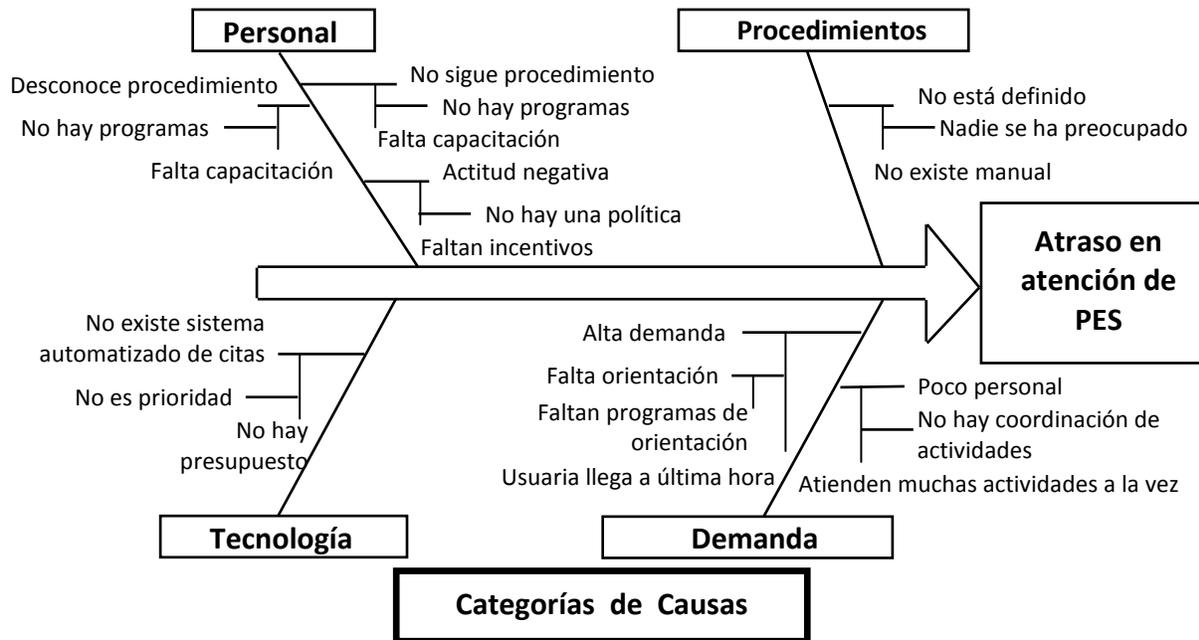
- Identificar en grupo y por consenso, las causas que aparecen repetidas en varias categorías.
- Identificar aquellas otras causas que son clave o fundamentales en la producción de la brecha o variación, aunque solo aparezca una sola vez en el diagrama de causa – efecto.
- Establecer la diferencia entre las causas que no se pueden cambiar y las causas que se pueden cambiar; sobre las cuales es posible influir o introducir cambios, de acuerdo a la realidad local.

Veamos un ejemplo completo de un Diagrama de Causa – Efecto suponiendo una brecha o variación en el tiempo de atención a las usuarias que solicitan atención de su parto eutócico simple en una Unidad de Salud (considerada la tercera demora⁴⁸ en la estrategia CONE⁴⁹).

El equipo, al analizar las causas principales o categorías de causas con sus causas menores, ha identificado que las importantes a mejorar corresponden a:

⁴⁸ **Tercera demora:** Demora en recibir el tratamiento adecuado en los servicios de salud. La calidad de los CONE depende de factores como: capacidad y actitud del personal, disponibilidad de insumos médicos, condiciones de la unidad de salud, servicios basados en evidencia (normas, tecnología, etc.) y la oportunidad o el tiempo que pasa entre la llegada y la atención de la paciente.

⁴⁹ Estrategia Nacional de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales, aprobada por la Secretaría de Salud mediante Acuerdo No. 2050 del 6 de julio del 2007.



1. Inexistencia de un procedimiento definido para la atención inicial de la usuaria que solicita Atención por Parto Eutócico Simple.
2. Desconocimiento y falta de capacitación al personal.
3. Falta de orientación a usuarias.

Una vez el equipo ha identificado y definido las causas prioritarias, es el momento final de proceder a diseñar las medidas correctivas y/o de mejora a implementar en el corto plazo. Luego volverá a monitorear el mes siguiente los tiempos de atención del PES y si estos no mejoran; volverá a revisar su Diagrama de Causa-Efecto y seleccionará otras causas menores para solventarlas y nuevamente monitoreará al siguiente mes sus resultados hasta lograr “Controlar su Proceso”. Esto es, cuando los resultados coincidan con las metas de producción y los umbrales de los indicadores de calidad definidos para el tiempo de atención de pacientes que solicitan atención de su parto eutócico simple en su Unidad de Salud.

9.3. Diseño de Diagrama de Causa y Efecto, siguiendo las 4 “Ms” de Deming⁵⁰:

Preguntas que ayudan a su diseño:

Maquinaria (Tecnología y Equipos):

- ¿Existen? ¿Son suficientes? ¿Son apropiados?
- ¿Están en buenas condiciones? ¿Son seguros?
- ¿Están en el lugar apropiado y/o requerido?

⁵⁰ Método 6M o Análisis de Dispersión de W. Edwards Deming.

Métodos (Políticas, Normas, Procesos y Procedimientos):

- ¿Existen? ¿Están completos?
- ¿Están actualizados?
- ¿Son apropiados? ¿Son consistentes a la naturaleza y capacidades de nuestra unidad?
- ¿Son seguros? ¿Son peligrosos? ¿Permiten obtener buenos resultados?
- ¿Son conocidos clara y correctamente por todo el personal?
- ¿Se aplican y/o cumplen apropiadamente todo el tiempo?

Materiales (Insumos, medicamentos, suministros):

- ¿Existen? ¿Son accesibles? ¿Nunca faltan cuando se requieren?
- ¿Son los apropiados o requeridos para las necesidades de salud de la población usuaria?
- ¿Son de buena la calidad?

Mano de Obra (Personal profesional y técnico / operativo):

- ¿Se cuenta con la cantidad del personal requerido?
- ¿Se cuenta con el personal adecuado? ¿Son competentes? ¿Cumplen los requisitos, conocimientos, entrenamiento y capacidades requeridas?
- ¿Tienen experiencia suficiente?
- ¿Están motivados y comprometidos?
- ¿Están disponibles en el lugar y momento cuando se les requiere?

10. Pasos para la optimización de procesos:

10.1. ¿Que significa Optimizar Procesos?

Verificar si cumplen apropiada y efectivamente los siguientes sub-componentes:

1. **PROCESOS OPTIMOS:** Procesos que cuentan “SOLO” con pasos que agregan valor, ordenados de la forma más costo/efectiva y rápida, para obtener el producto esperado (un bien o un servicio).
2. **PROCESOS CON RESPONSABLES:** Puestos o cargos claramente definidos, responsables del desarrollo de cada paso; de apoyo, de coordinación o de aprobación, según el caso.
3. **PROCESOS NORMALIZADOS:** Procesos que cuentan con normas, entendidas y aplicadas efectivamente por los equipos responsables del proceso, que aseguran los niveles de calidad esperada/deseada.
4. **PROCESOS INSTRUMENTALIZADOS:** Procesos que cuentan con los instrumentos, materiales educativos, formatos, listas de chequeo, etc., sencillos, prácticos, útiles, debidamente validados en los pasos que se requiera.
5. **PROCESOS AUTOMATIZADOS:** (ideal). Procesos que se desarrollan con apoyo de herramientas y programa informáticos.

Seguir esta lista de chequeo puede ser de utilidad para este fin.

1. Revisar el Proceso:

- Existen pasos “de más” o “que no agregan valor”. En caso afirmativo: **Eliminar**.
- Hay “cuellos de botella” innecesarios. En caso afirmativo: **Eliminar**.
- Hay “cuellos de botella” necesarios: **Sustituir** el paso por uno expedito, que brinde el mismo o mayor valor agregado. Requiere creatividad e innovación.
- Están los pasos “completos” o faltan algunos claves. De ser así: **Adicionar** los necesarios
- El “orden y secuencia” de los pasos es el adecuado. Si no lo es: **modificar** el orden y su secuencia.

2. Revisar los Puestos o Cargos de trabajo:

- Se definen claramente los puestos responsables de la ejecución de cada proceso. De ser negativo: **Definirlos**.
- Es el cargo adecuado o requerido de acuerdo a la complejidad y naturaleza del paso. Si no es así: **Modificar**.
- Están definidos los cargos de apoyo / de coordinación y de aprobación. En caso que no: **Definirlos**.

3. Normas de desempeño / calidad del proceso:

- Cuenta con las normas claramente definidas para la ejecución y monitoreo del desempeño del proceso: En caso negativo **definirlas o adaptarlas**.

4. Instrumentos para el desarrollo del proceso:

- Cuenta con los lista de chequeo, formatos, instrumentos claramente definidas para el desarrollo del proceso. En caso que no: **Diseñarlos o adaptarlos**.
- Los instrumentos, formatos, listas de chequeo, etc., disponibles para el desarrollo del proceso son sencillos, prácticos, útiles, completos, debidamente validados. En caso negativo: **Rediseñarlos, completarlos, validarlos o ajustarlos**.

5. Automatización del desarrollo del proceso (Esto si fuera posible, deseable):

- Existe o hay posibilidades de adquirir en el corto plazo, el hardware y comunicaciones para su automatización.
- Existe software utilizados actualmente.
- Hay posibilidades de identificar/adaptar/incorporar software disponibles en el mercado u otras unidades.
- Hay personal/recursos para diseñarlo/desarrollarlo.

10.2. Estrategías para la Optimización de Procesos: A continuación se detallan algunas de las estrategias disponibles hoy día para optimizar procesos, según se requiera.

1. **Reingeniería:** Algunas veces el proceso esta completamente mal y no hay pasos o son mínimos los que realmente agregan valor. Perder tiempo en mejorarlo realmente no vale la pena. Es el momento entonces de recurrir y aplicar la estrategia de Reingeniería de Procesos entendida como la:

Transformación “RADICAL”, “COMPLETA”, de “RAIZ”, de todos los pasos de un proceso, que “AFECTA SIGNIFICATIVAMENTE” los factores críticos del desempeño del proceso, también conocidas en salud como las dimensiones de la calidad: rapidez, oportunidad, continuidad, eficiencia, eficacia, seguridad,

2. **Mejora continua.** Otras veces el proceso requiere únicamente del cambio de ciertos pasos, eliminarlos, cambiarlos de lugar, eliminar un cuello de botella u otros cambios menores, entonces la estrategia más apropiada puede ser la Mejora Continua, entendida como:

Cambios/mejoras “PUNTUALES”, “ESPECIFICAS” o “PARCIALES”, de algunos pasos de un proceso.

3. **Benchmarking (adaptación de procesos genéricos o de competencia).** Algunas veces no vale la pena reinventar la rueda. Algunas mejoras puntuales o procesos completos, pueden estar funcionando con un desempeño de calidad óptimo en otras unidades o servicios y basta con revisarlos, incorporarlos y adaptarlos a nuestra unidad. Si aplicamos esta estrategia hablamos de Benchmarking, entendida como:

Identificación de mejoras “PUNTUALES”, “PARCIALES” o “TOTALES”, de algunos o todos los pasos de un proceso similar o genérico y tomarlos en otra institución similar, adaptarlos e implementarlos para mejorar / optimizar los pasos o todo el proceso que se requiera.

4. **Outsourcing (contratación externa, externalización).** Otras veces, en aquellos casos que el proceso no corresponda a un proceso final, directamente relacionado a la misión de nuestra unidad y sea más costo/efectivo y de calidad desarrollarlo por otro socio u organización externa a la unidad, puede en vez de proceder a su mejora, simplemente sub contratarse a aquellos socios u organizaciones que es su misión y lo realizan de mucho mejor forma, de mejor calidad y a un costo/efectividad que favorece a nuestra unidad. **Hablamos entonces de contratación externa, entendida como:**

Identificación de un “PROVEEDOR EXTERNO A LA UNIDAD” experto en desarrollo de este proceso y puede brindar el producto/servicio requerido, aplicando criterios de costo/efectividad y calidad que nos benefician.

5. **Outplacement (contratación interna).** En otros casos el desarrollo de estos procesos puede ser realizado por equipos de colaboradores internos, organizados debidamente para tal fin. Entonces aplicamos una estrategia de contratación interna, entendida como:

Traslado de la responsabilidad a un “GRUPO INTERNO DE LA UNIDAD” el desarrollo del proceso para brindar el producto/servicio requerido, aplicando criterios de costo/efectividad y calidad. Promoviendo/apoyándoles para organizarse/desarrollarse y proveer el o los servicios de forma “óptima”.

11. Pasos Diseño de Soluciones y planes de mejora.

Para facilitar la elaboración y registro del plan de acciones correctivas o de mejora a cargo del equipo responsable de la unidad, el tablero también debe incluir una matriz de programación que contiene las

causas de las brechas o variaciones encontradas, las intervenciones definidas para mejorarlas, el periodo y responsables de su ejecución y finalmente el nombre y firma del equipo.

Este plan de intervenciones deberá ser registrado para monitorear su cumplimiento y resultados, utilizando un formato específico para el efecto. Veamos un ejemplo de cómo preparar un plan de mejora, paso a paso:

- **Paso 1:** Transcribir en la primera columna de la izquierda las causas claves identificadas/seleccionadas por el equipo como las más importantes a controlar para reducir o eliminar la brecha, variación o problema identificados en el análisis de causa-efecto. Tomemos las tres causas más importantes seleccionadas por el equipo en el ejemplo del Diagrama Causa-Efecto:

Causas Prioritarias de la Brecha Analizada
No existencia de un procedimiento definido para la atención inicial de la usuaria que solicita Atención de su PES.
Desconocimiento y falta de capacitación al personal.
Falta de orientación a usuarias.

- **Paso 2:** Establecer soluciones, es decir identificar y listar las acciones a realizar para corregir las brechas o variaciones prioritarias seleccionadas. Aquí es cuando el equipo debe aprovechar y explotar su potencial creativo. Ahora veamos algunas acciones sugeridas para las causas clave arriba descritas:

Causas Clave de la Brecha Seleccionada.	Intervenciones Correctivas y/o de Mejora acordadas por el equipo.
No existencia de un procedimiento definido para la atención inicial de la paciente que solicita atención por PES.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión / documentación del procedimiento actual. 2. Rediseño de un procedimiento adecuado. 3. Pruebas de cronometración de tiempos y ajustes al procedimiento rediseñado. 4. Presentación/discusión del procedimiento rediseñado propuesto. 5. Prueba de validación, discusión de resultados y ajustes al nuevo procedimiento. 6. Aprobación y comunicación oficial a todo el personal del nuevo procedimiento.
Desconocimiento y falta de capacitación al personal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración de una propuesta de capacitación a todo el personal sobre el nuevo procedimiento. 2. Discusión y aprobación de la propuesta. 3. Preparación de materiales. 4. Desarrollo del programa de capacitación. 5. Evaluación del proceso y resultados de capacitación.
Falta de orientación a usuarias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración de una propuesta de orientación a usuarias. 2. Discusión y aprobación de la propuesta. 3. Preparación de materiales. 4. Desarrollo del programa de orientación a usuarias. 5. Evaluación del proceso y resultados de orientación a usuarias.

- **Paso 3:** Definir los periodos de inicio y finalización de cada acción listadas con su responsable de ejecución. Veamos cómo hacerlo, siguiendo nuestro ejemplo:

Causas Clave de la Brecha Seleccionadas	Intervenciones Correctiva y/o de Mejora acordadas por el equipo	Periodo de ejecución (Fecha de inicio y conclusión)	Responsable
No existencia de un procedimiento definido para la atención inicial de la usuaria que solicita Atención por su Parto Eutósico Simple.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión/documentación del procedimiento actual. 2. Rediseño de un procedimiento adecuado. 3. Pruebas de cronometracion de tiempos y ajustes al procedimiento rediseñado. 4. Presentación/discusión del procedimiento rediseñado propuesto. 5. Prueba de validación, discusión de resultados y ajustes al nuevo procedimiento. 6. Aprobación y comunicación oficial a todo el personal de la unidad del nuevo procedimiento. 	<p>15 al 20 / 04</p> <p>23 al 24 / 04</p> <p>25 al 27 / 04</p> <p>29 al 30/ 04</p> <p>30/ 04</p>	<p>Enfermeras Auxiliares.</p> <p>Enfermeras Auxiliares y Director.</p> <p>Recepcionista y Enfermeras Auxiliares.</p> <p>Recepcionista y Enfermeras Auxiliares.</p> <p>Director.</p>
Desconocimiento y falta de capacitación al personal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración de una propuesta de capacitación a todo el personal sobre el nuevo procedimiento. 2. Discusión y aprobación de la propuesta. 3. Preparación de materiales. 4. Desarrollo del programa de capacitación. 5. Evaluación del proceso y resultados de capacitación. 	<p>1 al 05 / 05</p> <p>05 / 05</p> <p>05 al 08 / 05</p> <p>10 al 20 / 05</p> <p>20 / 05</p>	<p>Enfermeras Auxiliares.</p> <p>Enfermeras Auxs. y Director</p> <p>Enfermeras Auxiliares.</p> <p>Enfermeras Auxiliares y Director.</p>
Falta de orientación a usuarias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración de una propuesta de orientación a usuarias. 2. Discusión y aprobación de la propuesta. 3. Preparación de materiales. 4. Desarrollo del programa de orientación a usuarias. 5. Evaluación del proceso y resultados de orientación a usuarias. 	<p>1 al 05 / 05</p> <p>05 / 05</p> <p>05 al 08 / 05</p> <p>10 al 20 / 05</p> <p>20 / 05</p>	<p>Recepcionista.</p> <p>Recepcionista y Director</p> <p>Recepcionista.</p> <p>Recepcionista.</p> <p>Recepcionista y Director.</p>

Algunos consejos para elaborar soluciones y/o mejoras:

- Examinar estrategias o soluciones usadas por otras personas o en otras unidades para mejorar problemas similares.
- Buscar soluciones que no representan más trabajo en el servicio.
- Buscar soluciones que generen un ahorro o con un costo mínimo en relación al beneficio.
- Involucrar al personal con más conocimiento e interesado en resolver el problema.

- Obtener suficientes ideas y luego deben explorarse exhaustivamente todas estas.
- Pensar “fuera del cuadro”. Recordemos que muchas veces hay que pensar audazmente para no seguir haciendo las mismas cosas y de la misma manera que los últimos 50 años.
- Todas las soluciones sugeridas deben ser suficientemente claras y comprendidas por todos los miembros del equipo y el resto de la unidad de salud.

En la elaboración de las soluciones es muy importante aplicar y explotar nuestro potencial creativo.

Veamos algunas ideas como explotar nuestro Potencial Creativo:

- Nuestro potencial creativo esta en función del esfuerzo que hagamos para ejercitar nuestra mente creativa.
- En el 90% de los casos, la facultad creativa está atrofiada por falta de uso.
- Los hábitos juegan un papel importante en el desarrollo de la creatividad.
- Debemos dar rienda suelta al hábito exclusivo de razonar, para complementarlo con el hábito de soñar.
- Debemos tener presente que siempre hay una mejor forma para hacer cualquier cosa.
- Debemos tener la imperiosa necesidad de ser originales y romper con conceptos o procedimientos clásicos o tradicionales; habilidad para redefinir las cosas.
- Debemos mantener nuestra mente abierta y ver las cosas con óptica novedosa.
- Debemos desarrollar fluidez de asociación de ideas o circunstancias con otras, fluidez en expresarlas, flexibilidad en pensarlas y adoptarlas, ser ante todo espontáneos.
- Es importante razonar, pero debemos continuar más allá.
- Tenemos que acostumbrarnos a pensar creativamente.
- ¡Usamos nuestra mente razonadora! Pero debemos continuar más allá...
- La creatividad no es crear algo nuevo, es sencillamente buscar nuevas ideas, algo nuevo o valioso.
- Tenemos que acostumbrarnos a pensar creativamente; a ser originales, a crear nuevas hipótesis, a generar o imaginar nuevas teorías, a actuar creativamente.

12. Características de una Unidad de Salud de CALIDAD.

Ahora que tenemos un mayor conocimiento del concepto, principios y componentes de la gestión del aseguramiento de la calidad y resultados, podemos identificar mejor los atributos que distinguen a una organización, unidad o programa de salud como de “Calidad”. Estas organizaciones son aquellas que solo:

- **Hacen lo correcto:** Agregando atributos tangibles e intangibles a los valores que resuelven las necesidades y sobrepasan las expectativas de sus grupos de población objetivo y usuaria.
- **Hacen todos los procesos bien desde la primera vez,** cumpliendo las normas o estándares de calidad.
- **Lo hacen a tiempo,** cumpliendo los estándares de oportunidad y rapidez.

- **Todo el tiempo.** Es decir, cumplen las normas, todas, pero no sólo una vez o de vez en cuando, las cumplen siempre, TODO el tiempo.
- **Mejorando continuamente.** Siempre los equipos encuentran la forma de hacer mejor, más rápido, más efectivamente los pasos y procedimientos de atención. Todo el tiempo están mejorando sus procedimientos y procesos de prestación de servicios a su población usuaria.
- **Innovando siempre.** Cuando ya no pueden mejorar un paso o procedimiento, innovan, crean algo diferente, distinto, se salen de la caja e implementan formas completamente creativas y nuevas de hacer las cosas.
- **Satisfaciendo al cliente.** Siempre tienen en mente, todo el tiempo al cliente, su satisfacción, incluso superar sus necesidades, sus gustos, sus preferencias, sus expectativas.

13. Atributos Deseables del Hospital Público con Gestión Descentralizada.

Como producto final de la implementación de los componentes, procesos e instrumentos del MNS, se espera alcanzar la siguiente visión o imagen objetivo del Hospital Público con Gestión Descentralizada:

1. Centra sus servicios hacia el paciente, usuario y hacia los resultados, con una gestión flexible, autogestionaria y transparente.
2. Tiene clara visión de su futuro descrita en su plan estratégico en el contexto de las Políticas y Planes Nacionales.
3. Tiene un conjunto claro de Principios que guían su gestión tanto clínica como administrativa.
4. Su órgano de gobierno cuenta con representantes de la comunidad de la red de servicios de salud y de gobiernos locales.
5. Pertenece a una red integrada de servicios hospitalarios vinculada a la red del primer nivel de atención por lo que se gestiona con un enfoque de red y apoya tanto clínica como logísticamente a los otros establecimientos de la red y viceversa, y se complementan entre sí.
6. Coordina con las organizaciones y redes de apoyo social, sociedad civil y con los gobiernos de los municipios que hacen parte de su territorio o área de influencia,
7. Sus directores médico y administrativo, así como los responsables de los servicios han sido seleccionados por concurso de méritos, experiencias y competencias gerenciales.
8. Tiene los grados de libertad jurídica-administrativa que le permite conducir por su cuenta la adquisición oportuna de insumos, equipos, así como la contratación del personal que requiere.
9. Su principal fuente de financiamiento será el pago por prestación valorada, por egreso, u otros mecanismos de pago asociados a la producción, según costos estandarizados.
10. Incorpora personal y lo evalúa periódicamente basado en méritos y desempeños con criterios de calidad y productividad, respetando los derechos laborales.
11. Tiene un programa de actualización y educación continua para todo su personal y, además, este programa es parte de la certificación.
12. Tiene un programa de incentivos que estimula la calidad, la seguridad y la productividad (eficiencia y eficacia) de sus servicios.
13. Tiene normalizadas sus actividades y proceso claves de gestión, atención, enseñanza y apoyo a la red.
14. Tiene un conjunto normativo que asegura el uso racional de recursos, insumos y medicamentos.
15. Realiza en forma periódica auto evaluación técnica de los procesos de atención y de su práctica clínica, incluyendo su relación y apoyo a la red primaria de servicios de salud.
16. Aunque no obligatorio, mantiene en vigencia procesos de acreditación dentro de su nivel y categoría.
17. Ejecuta programa de gestión de riesgos y prevención de eventos adversos en la atención.

18. Todos sus usuarios tienen un equipo de salud y médico tratante.
19. Tiene una gerencia que toma en cuenta la calidad y seguridad de la atención y se ha readecuado cultural y socialmente a las expectativas y necesidades de sus usuarios internos y externos y todas sus unidades productoras de servicios (clínicos y no clínicos) ejecutan proyectos de mejora continua de la calidad.
20. Respeta y hace respetar los derechos de los pacientes.
21. Desarrolla un programa de gestión tecnológica, lo que le asegura el adecuado mantenimiento y gestión de las tecnologías (la gestión de este programa puede ser externalizada).
21. El hospital es seguro, tiene y ejecuta un plan de prevención, preparación y mitigación de desastres.
22. Maneja todos sus desechos en forma racional y cuidadosa, protegiendo el ambiente y la salud de la comunidad en donde se ubica.
23. Cuenta con políticas de docencia e investigación e incentiva la investigación propia de su nivel.
24. Mantiene convenios, acuerdos, etc.) para fomentar la enseñanza y docencia de diferentes niveles.
25. Toda capacitación o formación es supervisada y las actividades de esta índole se desarrollan respetando los derechos y expectativas de los usuarios.
26. Periódicamente rinde cuentas públicamente de los resultados de su gestión a la sociedad, a los usuarios y a los financiadores.



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

ULAT
Unidad Local de Apoyo Técnico
para Salud - HONDURAS