Garantía de Calidad de la Atención de Salud en los Países en Desarrollo

Lori DiPrete Brown
Lynne Miller Franco
Nadwa Rafeh
Theresa Hatzell

QA
Proyecto de Garantía de Calidad
7200 Wisconsin Ave., Suite 600
Bethesda, MD 20814 USA
301/654-8338, FAX 301/654-5976

Serie de Perfeccionamiento
de la Metodología de Garantía de Calidad

◆ ◆ ◆ ◆

Garantía de Calidad de la Atención de Salud en los Países en Desarrollo

Por

Lori DiPrete Brown
Lynne Miller Franco
Nadwa Rafeh
Theresa Hatzell

◆ ◆ ◆

El Proyecto de Garantía de Calidad
7200 Wisconsin Ave., Suite 600
Bethesda, MD 20814 USA
301/654-8338, FAX 301/654-5976

Indice

Introducción i

Presentación ii

I. Evaluación y mejora de la calidad: Experiencias en los países en desarrollo 1

II. ¿Es factible mejorar la calidad en los países en desarrollo? 2

III. ¿Qué es calidad? 3

A. Dimensiones de la calidad 3
1. Competencia profesional 4
2. Acceso a los servicios 4
3. Eficacia 4
4. Satisfacción del cliente 5
5. Eficiencia 5
6. Continuidad 6
7. Seguridad 6
8. Comodidades 6

B. Perspectivas del significado de calidad 7

IV. ¿Qué es la garantía de calidad? 8

V. El proceso de garantía de calidad 11

1. Planificación de la garantía de calidad 13
2. Fijación de normas y especificaciones 13
3. Comunicación de normas y especificaciones 15
4. Vigilancia de la calidad 15
5. Identificación de problemas y oportunidades de mejora 17
6. Definición del problema operacional 18
7. Selección del equipo 19
8. Análisis y estudio del problema para identificar las causas de fondo 20
9. Elaboración de soluciones y medidas de mejora de calidad 22
10. Ejecución y evaluación de actividades de mejora de calidad 23

VI. Establecimiento de un programa de garantía de calidad 23

Referencias 31

Introducción

El Proyecto de Garantía de Calidad se inició en 1990 con el objeto de formular y ejecutar métodos sostenibles para mejorar la calidad de la atención de salud en los países menos desarrollados. El Proyecto de Garantía de Calidad tiene dos objetivos generales: 1) prestar asistencia técnica para la formulación y ejecución de estrategias de vigilancia de la calidad y corregir las deficiencias sistémicas; y 2) perfeccionar los métodos existentes para asegurar una óptima calidad de atención de salud por medio de un programa de investigaciones aplicadas.

El Proyecto de Garantía de Calidad ayuda a los directores de salud de los países menos desarrollados a aplicar métodos sistemáticos para la identificación y solución de problemas. Por medio del componente de investigación del proyecto, conocido como Perfeccionamiento de la Metodología, el personal del Proyecto de Garantía de Calidad formula, perfecciona y convalida las medidas eficaces en función del costo para mejorar la calidad de la atención de salud. El grupo de trabajo del proyecto procura alcanzar este objetivo mediante el análisis de las técnicas modernas de garantía de calidad y colaborar con los colegas del país anfitrión en la realización de estudios primordiales sobre la mejor manera de lograr una atención de óptima calidad. Los temas de investigación de mayor prioridad incluyen los métodos de recolección de datos que sean eficaces en función del costo, el establecimiento e institución de normas para el desempeño de los proveedores y los sistemas de apoyo, los métodos para identificar y asignar prioridades a los problemas operativos y los métodos sencillos para resolver problemas.

En la Serie de Perfeccionamiento de la Metodología de Garantía de Calidad se presentarán algunas actividades selectas de investigación del Proyecto de Garantía de Calidad. El primer informe, *Garantía de Calidad de la Atención de Salud en los Países en Desarrollo*, describe la técnica del Proyecto de Garantía de Calidad para introducir métodos de garantía de calidad en los sistemas de prestación de atención de salud de los países menos desarrollados, analiza la posibilidad de ejecución de mecanismos de mejora de la calidad, describe el proceso de garantía de calidad del Proyecto de Garantía de Calidad y brinda una descripción general de la manera de elaborar un programa de garantía de calidad.

♦ ♦ ♦ ♦

El Proyecto de Garantía de Calidad está financiado por la Oficina de Salud, Dirección de Ciencia y Tecnología, de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, con arreglo al Acuerdo Cooperativo Número DPE-5992-A-00-0050-00 firmado con el Centro de Servicios Humanos. La Facultad de Higiene y Salud Pública (School of Hygiene and Public Health) de la Universidad de Johns Hopkins y la Academia para el Desarrollo Educativo (Academy for Educational Development) colaboran con el Centro de Servicios Humanos en este proyecto.

GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD EN LOS PAISES EN DESARROLLO

por

Lori DiPrete Brown
Lynne Miller Franco
Nadwa Rafeh
Theresa Hatzell

Quince años después de la Declaración Alma Ata, en la que la comunidad internacional se comprometió a prestar atención primaria de salud mundial, se han realizado grandes esfuerzos en casi todos los países en desarrollo para ampliar los servicios de Atención Primaria de Salud (APS) mediante el aumento de la asignación de recursos de fuentes nacionales e internacionales, la capacitación intensiva de trabajadores de salud y la mayor reorganización de dicho sistema. Durante este tiempo, en muchos países se han documentado grandes aumentos en extensión y cobertura de salud y muchos de ellos han registrado modestos descensos en la mortalidad infantil y de la niñez, así como algunas disminuciones en morbilidad selecta. Sin embargo, los mejoramientos dados a conocer no siempre han estado en proporción a los esfuerzos realizados y no se ha hecho lo suficiente para evaluar la calidad de los servicios ni para asegurarse de que los recursos tengan un impacto óptimo en la salud y en el bienestar de la población. Los métodos de Garantía de Calidad (GC) pueden ser útiles a los directores de programas de salud para definir normas clínicas y procedimientos estándares de operación, evaluar el desempeño en relación a las normas selectas de ejecución y actuar con fines de mejorar el cumplimiento y la eficacia de los programas.

Esta monografía ofrece un panorama introductorio de la garantía de calidad en los países en vías de desarrollo. Será de interés para los ejecutivos, los altos funcionarios del ministerio de salud y los gerentes de servicios de salud distritales, así como para los representantes de organismos internacionales con actividad en el campo de la salud, tales como la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (A.I.D.), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

La parte I describe como se ha instrumentado la evaluación y la mejora de calidad en los países en desarrollo. La Parte II trata de la posibilidad de aplicar el principio de garantía de calidad en los países en vías de desarrollo y presenta las razones para incluirlo en los esfuerzos por mejorar la salud. La Parte III plantea algunas definiciones y dimensiones de la calidad. La Parte IV examina la definición y los principios básicos de GC. La Parte V presenta una estructura sencilla para el proceso de GC y la Parte VI trata de los desafíos del establecimiento de un programa de GC en una organización de atención de salud.

I. Evaluación y mejora de la calidad: Experiencias en los países en desarrollo

Pese a la importancia de la calidad, hasta la fecha han habido muy pocos esfuerzos continuos de garantía de calidad en los países en desarrollo. Muchas de las evaluaciones que tuvieron lugar se han concentrado en la medición de los cambios en las tasas de mortalidad, morbilidad y cobertura. Pocas han enfatizado la calidad de los servicios o el proceso de la prestación de éstos y aun menos realizan esfuerzos sistemáticos para mejorar la calidad con base en los resultados del proceso de prestación de servicios.

Sin embargo, en los últimos años, varios estudios se han concentrado en la calidad del servicio, revelando la extensión de las deficiencias en los servicios de atención de salud y en los sistemas de administración de los países en desarrollo. El Proyecto de Investigaciones Operativas en Atención Primaria de Salud (PRICOR), con el patrocinio de la A.I.D. diseñó y puso en práctica los métodos de evaluación de calidad y de resolución de problemas en los sistemas de salud de los países en desarrollo. Después de elaborar listas integrales de tareas y actividades esenciales en siete intervenciones de supervivencia infantil, el PRICOR respaldó estudios de evaluación de calidad integrales en doce países. El proyecto empleó la observación de la prestación de servicios como método de evaluación y también experimentó con simulaciones y representaciones para estudiar el proceso de atención. Durante el curso del proyecto, el PRICOR dirigió más de 6.000 observaciones de encuentros de trabajadores de salud y de pacientes, que indicaron graves deficiencias del programa que se repetían con mucha frecuencia en campos tales como diagnóstico, tratamiento, educación del paciente y supervisión.

Se llegó a la conclusión de que los sistemas de supervisión, que constituyen una parte integral de la mayoría de los sistemas de salud de los países en desarrollo, son de gran importancia en la mejora de la calidad. El PRICOR trabajó con los supervisores distritales en la elaboración de métodos de supervisión con base en los datos y en la solución de los problemas detectados por medio de estudios de investigación de operaciones de bajo costo. Los 109 estudios de investigación de operaciones llevaron a varias intervenciones de bajo costo, que tuvieron éxito.[1]

El Programa de Lucha contra las Enfermedades Diarreicas de la Organización Mundial de la Salud ha elaborado un protocolo que emplea los mismos métodos en la evaluación de la prestación de servicios de terapia de rehidratación oral. La Unidad de Control de enfermedades infantiles transmisibles de los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CCCD) utilizó una metodología similar para descubrir deficiencias en los programas de inmunización y en el tratamiento de la diarrea y la malaria. Una cantidad de programas de salud en los países en desarrollo aplican instrumentos sencillos, tales como listas de verificación de observación y ayudas de trabajo para evaluar y mejorar la calidad.

II. ¿Es factible mejorar la calidad en los países en desarrollo?

Los servicios de salud de alta calidad pueden parecer a primera vista un lujo más allá de los límites presupuestarios de la mayoría de los sistemas de salud de los países en desarrollo. Sin embargo, en muchos casos la mejora de la calidad no cuesta nada, más bien vale oro. La atención a la calidad es esencial para el éxito de los programas de atención primaria de salud y los administradores de salud con presupuestos restringidos no pueden darse el lujo de hacer caso omiso de ellos.

Además de evaluar la cobertura de población y el mérito tecnológico de las intervenciones de salud, los proveedores de salud deben evaluar la calidad de los servicios -- el grado en el cual el servicio se presta de acuerdo a las normas prescritas. Supongamos, por ejemplo, que las metas de tasas de cobertura se alcanzan en una campaña de vacunación contra el sarampión pero que un examen más a fondo revela que una gran proporción de las vacunas administradas no fueron eficaces debido al deficiente mantenimiento de la cadena de frío. En un caso como ese, el impacto de la intervención está comprometido y los recursos se desperdician en virtud de la baja calidad. La cobertura ineficaz no es mejor que su falta total.

Para que la atención primaria de salud tenga éxito, se espera que los proveedores de atención y la comunidad evalúen en forma cooperativa las necesidades de salud y determinen qué enfoque permite optimizar la atención dadas las limitaciones de recursos. La garantía de calidad promueve la confianza, mejora la comunicación y fomenta una comprensión más clara de las necesidades y las expectativas de la comunidad. Si los proveedores no ofrecen servicios de calidad, no lograrán granjearse la confianza de la población y las personas recurrirán al sistema de salud únicamente cuando estén en extrema necesidad de atención curativa. Tal situación es especialmente desafortunada en los países en desarrollo, en donde la atención preventiva para salvar vidas tales como inmunización, vigilancia del crecimiento, planificación familiar y atención antenatal depende de la voluntad de la participación de las comunidades. Aún más, a medida que los programas de atención primaria de salud adoptan estrategias de recuperación de costo, la calidad del servicio debe ser suficiente para atraer la población a la clínica sobre la base de honorarios por servicios.

Los esfuerzos de garantía de calidad también ofrecen a los trabajadores de salud una oportunidad de sobresalir, con lo cual, aumenta la satisfacción laboral y el respeto de la comunidad. Las graves restricciones de recursos limitan la capacidad que tienen los sistemas de atención de salud de la mayoría de los países en desarrollo de ofrecer aumentos de sueldos y progreso profesional como premio por el buen desempeño; pero estos no son siempre necesarios para mejorar la calidad. Muy a menudo la calidad es un premio en sí misma. La garantía de calidad es un enfoque sistemático para que las personas y los equipos se den cuenta de la importancia de la excelencia. Suministra al equipo de salud los instrumentos necesarios para evaluar los niveles de desempeño actuales y facilitar el mejoramiento continuo. Con el interés y la participación activa de los directores de la organización, los trabajadores de salud pueden satisfacer mejor y sobrepasar las normas de desempeño, resolver problemas y atender mejor las necesidades de sus clientes. El aumento de la satisfacción y la motivación por parte de los trabajadores de salud inicia un ciclo continuo de mejor atención de salud y mayor eficacia.

Los programas de atención primaria de salud se mejoran por medio de la garantía de calidad sin necesidad de otros suministros, respaldo logístico, recursos financieros ni recursos humanos. Por consiguiente, permite a los donantes, a los gobiernos, a los proveedores de atención de salud y a las comunidades lograr más beneficios de las inversiones existentes en atención de salud.

III. ¿Qué es 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 consideración el contexto local. Si bien ninguna de las definiciones de calidad se aplica a todas las situaciones, las siguientes definiciones son guías útiles para definir la calidad de los servicios de salud:

> *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. Avedis Donabedian, 1980*[2]

> *. . .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*[3]

La definición más integral de calidad y quizás la más simple, fue formulada por W. Edwards Deming, el padre del movimiento de la gestión de calidad total. El resumía la calidad de la siguiente manera: "Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato".

A. Dimensiones de la calidad

La calidad es un concepto integral y polifacético. Los expertos en calidad generalmente reconocen varias dimensiones diferentes de la calidad que varían en importancia según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma. (Véase el siguiente recuadro.) Las actividades pertinentes pueden encarar una o más variedades de dimensiones tales como **competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del cliente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad o comodidades.** Un problema de calidad puede tener más de una dimensión, y éstas proporcionan un marco útil porque le sirven al equipo de salud para analizar y definir sus problemas y calcular la medida en la que cumplen con sus propias normas de programa. Las ocho dimensiones que consideramos en detalle a continuación son el producto de varias monografías sobre calidad. Las mismas constituyen una síntesis de ideas de varios peritos en materia de garantía de calidad. Consideramos que se trata de dimensiones que son particularmente importantes en el medio de los países en desarrollo. Sin embargo, cabe destacarse que no todas las ocho dimensiones merecen la misma importancia en cada programa, sino que tienen que considerarse a la luz de programas específicos y definirse dentro del contexto de las realidades locales. Estas dimensiones de calidad sirven para utilizarse en los servicios de salud que se prestan a los pacientes, así como en los servicios prestados al personal auxiliar de salud.

1. Competencia profesional

La competencia profesional se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo. Por ejemplo, para que haya competencia profesional en los servicios prestados por los trabajadores de salud de un pueblo, esa persona tiene que tener la capacidad y los conocimientos necesarios para realizar las tareas, lo que debe hacer en forma uniforme y precisa (desempeño real). La competencia profesional se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. Esta dimensión es pertinente tanto para los servicios clínicos como no-clínicos. Para los grupos de salud, comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente. La competencia administrativa profesional exige idoneidad en supervisión, capacitación y solución de problemas. La experiencia que precisa el personal de apoyo depende de cada descripción del puesto, aunque las técnicas de relación interpersonal con el paciente y las comunidades son de particular importancia. Por ejemplo, la forma como una recepcionista responde a las solicitudes de información es un aspecto de la competencia profesional en ese puesto, mientras que la persona encargada de la farmacia tiene que poseer competencia en logística y control del inventario. La competencia profesional también puede referirse a los recursos materiales: por ejemplo, una máquina de rayos X debe proporcionar radiografías que respondan a las normas aceptadas en forma constante. La falta de competencia profesional puede variar de desviaciones menores de los procedimientos normales a errores de importancia que disminuyen la eficacia o ponen en peligro la seguridad del paciente.

2. Acceso a los servicios

El acceso implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. Esta dimensión de la calidad comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural, o lingüística. El acceso geográfico incluye los medios de transporte, las distancias, el tiempo de viaje y cualquier otra barrera física que impida al cliente recibir atención. El económico se refiere a la accesibilidad de los productos y servicios ofrecidos a los clientes. El social o cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales. El organizacional se refiere a la medida en que la organización de servicios es conveniente para los posibles clientes; las horas de atención de las clínicas y los sistemas de turnos, el tiempo de espera y la modalidad de la prestación de servicios son ejemplos de cómo la organización de estos últimos puede crear barreras para el uso de los mismos. Por ejemplo, la carencia de clínicas vespertinas puede presentar una barrera organizacional para los trabajadores diurnos. En una sociedad en la que las personas no pueden viajar con facilidad al centro de salud, la carencia de servicios en la comunidad o visitas domiciliarias de rutina puede crear un problema de acceso. El acceso lingüístico implica que los servicios se presentan en un idioma que permita a los clientes expresarse con facilidad y entender al trabajador de salud.

3. Eficacia

La calidad de los servicios de salud depende de la eficacia de las normas de prestación de servicios y las de orientación clínica. La evaluación de la eficacia debe responder a las preguntas: Cuando el tratamiento se aplica correctamente, ¿Produce los resultados deseados? y ¿Es el tratamiento

recomendado y la tecnología usada la más apropiada para el medio en el cual se presta el servicio? La eficacia es una dimensión importante de la calidad en el ámbito central donde se definen las normas y especificaciones. Los temas relacionados con la eficacia también son importantes de considerar en el ámbito local en la medida en que los directivos deciden cómo aplicar las normas y adaptarlas a las condiciones locales. Cuando determinan qué normas deben aplicarse en una situación dada, hay que tener en cuenta los riesgos relativos relacionados con la condición y el procedimiento médico. Por ejemplo, en una población con un alto número de embarazos de alto riesgo, la utilización más frecuente del procedimiento de cesárea puede estar justificada, pese a los riesgos asociados. Para determinar si esta es una estrategia eficaz, el peligro que evita el procedimiento debe compararse con los beneficios netos que reporta, tomando en cuenta las complicaciones asociadas.

4. Satisfacción del cliente

La dimensión de satisfacción del usuario se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general con los pacientes. Dichas relaciones son las que producen confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración. La manera de escuchar y comunicarse es también un aspecto importante. Los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, pero si las relaciones interpersonales no son adecuadas, se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz. Por ejemplo, si no se trata bien al paciente, es probable que éste no atienda las recomendaciones formuladas por el miembro del grupo de salud, o que no obtenga la atención necesaria en el futuro a raíz de que se siente incómodo por la forma en que fuera tratado. Por ende, los problemas de la dimensión de satisfacción del cliente pueden comprometer la calidad general de la atención.

5. Eficiencia

La eficiencia de los servicios de salud es una dimensión importante de la calidad dado que los recursos de atención de salud son generalmente limitados. Los servicios eficientes son los que suministran atención *más óptima* al paciente y a la comunidad; es decir, suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta. La eficiencia exige que los proveedores de salud eviten suministrar atención innecesaria o inapropiada y que la atención deficiente que se da como resultado de normas inefectivas se minimice o se elimine. La atención deficiente, además de ocasionar riesgos innecesarios e incomodidades al paciente, a menudo es cara y toma mucho tiempo corregirla. Dos maneras de mejorar la calidad serían eliminar el derroche y evitar los errores al mismo tiempo que se reducen los costos. Sin embargo, sería engañoso dejar implícito que las mejoras de calidad jamás exigen recursos adicionales. Algunas mejoras cuestan dinero. Por medio de un análisis de eficiencia los directivos del programa de salud pueden determinar la manera más eficaz en función del costo de utilizar recursos adicionales.

6. Continuidad

La continuidad implica que el cliente puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnosis o tratamiento. Los servicios deben ofrecerse en forma constante. Además, el cliente debe tener acceso a la atención rutinaria y preventiva de un proveedor que conozca su historia clínica, para poder derivarlo oportunamente a servicios especializados, cuando corresponda. A veces, la continuidad se logra asegurándose de que los clientes visiten al mismo proveedor de atención primaria; en otras situaciones, se logra mediante el mantenimiento de registros médicos bien ordenados y archivados, para que un nuevo miembro del grupo de salud conozca la historia clínica del paciente y pueda basarse y complementar el diagnóstico y tratamiento de proveedores anteriores. La continuidad es una dimensión muy importante de los servicios de calidad para la atención de salud y su carencia puede comprometer la eficacia, reducir la calidad de satisfacción del cliente y disminuir la eficiencia de la atención.

7. Seguridad

La seguridad, como dimensión de la calidad, implica la reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios. La seguridad constituye una preocupación de todos los miembros del grupo de salud así como del paciente. El sistema de salud tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios se presten con un mínimo de riesgos. Por ejemplo, la seguridad es un aspecto importante de la calidad con respecto a las transfusiones de sangre, pero particularmente desde el advenimiento del SIDA. Los pacientes deben estar protegidos contra las infecciones y los trabajadores de salud que manejan sangre y jeringas también deben protegerse fijando y utilizando procedimientos seguros. Otros aspectos de seguridad relacionados con las transfusiones de sangre comprenden las condiciones asépticas y la técnica para efectuar la transfusión. Si bien la seguridad pareciera revestir mayor importancia cuando se prestan servicios clínicos complejos, existen también aspectos relativos a esta última en cuanto a la prestación de los servicios básicos de salud. Por ejemplo, las salas de espera en los centros de salud pueden exponer a los pacientes a infecciones si no se toman medidas para prevenirlo. Si un trabajador de salud no proporciona las instrucciones adecuadas para la preparación de una solución de rehidratación oral (SRO), una madre puede administrar a su hijo o hija una SRO que contenga una concentración peligrosamente alta de sal.

8. Comodidades

Las comodidades se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro. Las comodidades son también importantes porque pueden influir en las expectativas que tiene el paciente y la confianza que siente con relación a otros aspectos del servicio o producto. Además, cuando se considera la recuperación de costos, las comodidades pueden servir para que los pacientes estén más dispuestos a pagar por los servicios. Las comodidades a menudo se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales; así como con las comodidades físicas, la limpieza y la privacidad. Como por ejemplo, una sala de espera que es confortable tiene asientos cómodos y una decoración agradable; baños limpios y de fácil acceso y salas de consulta que proporcionan

privacidad. Todos estos representan algunas comodidades que pueden ser importantes para los pacientes. Otras comodidades pueden incluir las características que toman la espera más placentera, como por ejemplo música, videos educativos y materiales de lectura. Si bien algunas comodidades se consideran lujos en los establecimientos de salud de muchos países en desarrollo, no obstante, son importantes para atraer clientes y mantener la relación con los mismos, así como para asegurar la continuidad y cobertura de los servicios.

B. Perspectivas del significado de calidad

Las definiciones y dimensiones explicadas anteriormente constituyen un marco teórico amplio en el que se pueden incluir casi todos los aspectos del desempeño del sistema de salud. Todas estas dimensiones son importantes cuando los pacientes, proveedores de servicios de salud y administradores tratan de definir la calidad de la atención desde sus puntos de vista únicos. ¿Qué significa la atención de calidad de salud para las comunidades y los pacientes que dependen de ella, los clínicos que la suministran y los gerentes y administradores que la supervisan?

El paciente

Para los pacientes particulares o las comunidades que reciben atención por parte de estos establecimientos de salud, la atención de calidad satisface sus necesidades percibidas, se presta de manera cortés y en el momento en que se necesita. Desean servicios que alivien los síntomas en forma eficaz y prevengan las enfermedades. La perspectiva del paciente es muy importante porque es más probable que los clientes satisfechos cumplan con el tratamiento y continúen utilizando los servicios de salud primaria. Es por ese motivo que, con respecto a todas las demás dimensiones de calidad, la satisfacción del cliente afecta la salud y el bienestar de la comunidad.

Los pacientes y las comunidades a menudo se concentran en la eficacia, la accesibilidad, las relaciones interpersonales, la continuidad y las comodidades como los aspectos más importantes que la calidad tiene para ellos. Sin embargo, es importante observar que las comunidades no siempre comprenden totalmente sus necesidades en materia de servicios de salud y no están en condiciones de evaluar la competencia profesional en forma adecuada. Además, el hecho de que las comunidades no siempre entienden sus necesidades en materia de servicios de salud es especialmente cierto para los servicios preventivos. Son los miembros del grupo de servicios de salud quienes tienen que averiguar cuáles son las condiciones y las necesidades de servicios de la comunidad, a fin de instruir a las comunidades sobre los servicios básicos y darles la mayor participación posible en la definición de la forma en que se prestarán los mismos. ¿Qué decisiones deben tomar los profesionales de salud y cuáles la comunidad? ¿Cuál es el campo de acción de los profesionales en este aspecto? Se trata de una esfera de índole subjetiva y cargada de valores que requiere un diálogo constante entre los trabajadores de salud y la comunidad. Se debe mantener una relación de confianza y un proceso de comunicación mutuo entre la comunidad y el grupo de salud para poder negociar estos aspectos de una manera eficaz.

Los miembros de servicios de salud

Para los miembros de servicios de salud, la atención de calidad implica la libertad de hacer todo lo que sea apropiado para mejorar la condición de salud del paciente y de la comunidad, de acuerdo

a normas establecidas, técnicas actuales y los recursos con los que se cuenta. El compromiso y la motivación del proveedor dependen de la capacidad para llevar a cabo su vocación de una manera ideal u óptima. Los miembros del grupo de salud tienden a concentrarse en la competencia profesional, la eficacia y la seguridad. Las preguntas clave que se podrían formular son las siguientes: ¿A cuántos pacientes por hora deben atender los proveedores? ¿Qué servicios de laboratorio tienen a su disposición y qué tan precisos, eficaces y confiables son? ¿Qué sistemas de referencia existen cuando se necesitan los servicios de un especialista o una mayor tecnología? ¿Son adecuadas las condiciones físicas y sanitarias de trabajo como para garantizar la privacidad de los pacientes y un ambiente profesional para el encuentro? ¿Tiene la farmacia un suministro confiable de todos los medicamentos que necesitan? ¿Existen oportunidades para brindar educación médica continua? Así como el sistema de atención de la salud debe responder a las perspectivas y las demandas del paciente, también debe hacerlo con las necesidades y las estipulaciones del proveedor de atención de la salud si se desea maximizar la calidad de ésta. En este sentido, los proveedores de atención médica pueden considerarse como "clientes internos" del sistema de atención de salud. Necesitan y esperan recibir servicios profesionales, administrativos y auxiliares que sean eficaces y eficientes para estar en condiciones de brindar una atención de primera calidad.

El administrador de servicios de salud

Los gerentes o administradores de los servicios de salud rara vez participan en la prestación de servicios de atención, pero la atención de calidad es importante en su trabajo diario. La variedad de las demandas de supervisión, administración logística y financiera y asignación de escasos recursos presenta muchos retos y crisis inesperados. Esto puede hacer que un gerente no tenga una idea clara del propósito ni de las prioridades clínicas. Para un gerente, la concentración en la calidad puede ayudarle a organizar la administración del personal, el mejor flujo de los pacientes y el acceso de servicios a la comunidad. Los administradores de los servicios de salud tienden a pensar que el acceso, la eficacia, la competencia profesional y la eficiencia son los aspectos más importantes de la calidad.

IV. ¿Qué es la garantía de calidad?

A medida que progresa y evoluciona el campo de garantía de calidad, han surgido diversas definiciones. El Dr. Avedis Donabedian, la define en términos amplios como el "conjunto de arreglos y actividades que tienen por fin salvaguardar, mantener y promover la calidad de atención".[4] Los doctores Ruelas y Frenk que han trabajado extensamente en el campo de la garantía de calidad en México la definen como "un proceso sistemático de cubrir la brecha entre el desempeño real y los resultados ideales de acuerdo con un conjunto de límites tecnológicos en cualquier sistema en particular".[5] De acuerdo a la Dra. Heather Palmer, experta en garantía de calidad de atención ambulatoria de los Estados Unidos, la garantía de calidad es "un proceso para determinar la calidad que analiza las deficiencias encontradas y la adopción de medidas a fin de mejorar el desempeño, seguidos de una nueva medición de la calidad para determinar si se ha logrado una mejora. Se trata de una actividad cíclica y sistemática que utiliza normas de medición."[6] El doctor Donald Berwick, médico clínico de los Estados Unidos, está tratando de aplicar principios de administración de calidad total (ACT) a los servicios de salud. La ACT es un enfoque organizacional integrado, para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente, lo que comprende la participación de

la administración y del personal para mejorar los procesos y servicios mediante el uso de técnicas cuantitativas e instrumentos analíticos. De acuerdo con esta filosofía, la mejora continua de la calidad es "...un programa independiente de supervisión destinado a asegurar que existan todas las actividades de calidad necesarias y que sean de una eficacia óptima; que los resultados de las actividades de calidad constante sean positivos y que se comuniquen, entiendan y faciliten en forma positiva"[7].

Todas estas definiciones de garantía de calidad comparten varias características. Por ejemplo, cada una de ellas se refiere a un proceso de evolución sistemático que se orienta hacia el mejoramiento del desempeño y la utilización de información en el proceso, ya sea en forma implícita o explícita. **Fundamentalmente, la garantía de calidad es el conjunto de actividades que se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño de tal manera que la atención prestada sea lo más eficaz y segura posible.**

La garantía de calidad no es una nueva "varita mágica," sino que ha formado parte de la atención de salud durante los últimos 100 años. Su introducción a la medicina moderna se debe a una enfermera británica, Florence Nightingale, quien evaluó la calidad de la atención de los hospitales militares durante la Guerra de Crimea. Ella introdujo las primeras normas de atención sanitaria, las que produjeron una notable reducción de los índices de mortalidad en los hospitales.

Hasta hace poco, la garantía de calidad se usó principalmente en los hospitales de los países desarrollados, dependiendo en gran medida de las normas de atención formuladas por los organismos acreditantes. En la década de los años 1980, la garantía de calidad se extendió a la atención primaria de la salud en los Estados Unidos y en Europa. Simultáneamente, los algoritmos desarrollados por la OMS para el control de casos de diarrea e infección respiratoria aguda (ARI) introdujeron las normas de atención. Después de 1985, la OMS y varios proyectos, como PRICOR y CCCD, comenzaron a utilizar el análisis de sistemas y las evaluaciones de los establecimientos para evaluar la calidad de la atención.

Recientemente ha habido una revolución en los métodos de garantía de calidad y una explosión de interés en la elaboración de programas nacionales de GC por varios motivos:

- Los movimientos de democratización han llevado a los políticos a considerar con mayor detenimiento las demandas de los ciudadanos con respecto a una atención de mejor calidad.
- Los problemas económicos de todos los países han limitado su capacidad de mejorar la calidad por medio de un mayor nivel de gastos. Los países se han dado cuenta que las mejoras de la calidad deben provenir de las mejoras de la eficacia y eficiencia dentro de los recursos actuales.
- Los directores ven la necesidad de una mayor recuperación de costos, pero se dan cuenta que es difícil cobrar por los servicios a menos que se mejore la calidad.
- El éxito de los métodos de control de calidad empleados por la industria en el Japón y recientemente en los Estados Unidos y en Europa, ha motivado a las organizaciones de atención de salud para aplicar los mismos métodos en sus programas de garantía de calidad. Después de solo cinco años, hay ejemplos notables de que pueden lograrse mejoras en la calidad y la eficacia.

La reciente experiencia en la aplicación del control de la calidad en los sistemas de atención de salud sugiere que los cuatro principios a los que debe adherirse un programa ideal de garantía de calidad son los siguientes:

Los cuatro principios de garantía de calidad

- La garantía de calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve.
- La garantía de calidad se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios.
- La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios.
- La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad.

La garantía de calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve. La garantía de calidad exige un compromiso para determinar qué necesitan los pacientes y la comunidad, qué quieren y qué esperan de los servicios de salud. El equipo de salud tiene que trabajar con las comunidades para satisfacer las demandas y promover la aceptación de los servicios preventivos necesarios. La planificación de programas y los esfuerzos subsiguientes de mejora de calidad deben evaluarse de acuerdo con estas necesidades y expectativas. Además, la garantía de calidad también requiere que se satisfagan las necesidades y expectativas de los trabajadores de salud que prestan los servicios de atención.

La garantía de calidad se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios. Al enfocar el análisis de los procesos de prestación de servicios, las actividades y tareas, así como los resultados, los enfoques de garantía de calidad permiten a los proveedores de atención de salud y a los directivos forjar una comprensión plena del problema y analizar sus causas a fondo. En lugar de tratar meramente los síntomas de un problema, la garantía de calidad busca una cura. En los estados avanzados de un programa de GC, el equipo del centro de salud puede todavía ir más lejos por medio de un análisis de los procesos para prevenir problemas antes de que éstos ocurran.

La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios. Otro aspecto importante de la garantía de calidad son las técnicas cuantitativas para el análisis y la supervisión de problemas. Este enfoque orientado hacia la información sirve para que el equipo de GC pruebe sus teorías sobre las causas de fondo -- la solución eficaz de los problemas debe basarse en los hechos, no en las suposiciones.

La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad. La participación del personal y el uso de enfoques de equipo, cuando corresponda, son esenciales para la garantía de calidad. Las perspectivas de participación ofrecen dos ventajas. En primer lugar, el producto técnico de un proceso participatorio es probable que sea de mejor calidad porque cada uno de los miembros del equipo aporta perspectiva e información originales al esfuerzo de mejora de la calidad. El trabajo en equipo posibilita un

análisis completo del problema y una solución factible. En segundo lugar, es más probable que la gente acepte y respalde los cambios en que participó. Por ende, la participación genera el consenso y reduce la resistencia que normalmente se experimenta cuando se inician cambios institucionales.

Es importante darse cuenta de que la definición de garantía de calidad es amplia en extremo y potencialmente puede subsumir todos los esfuerzos de un programa bajo la perspectiva de ese concepto. La GC puede incluir todo desde investigación aplicada hasta evaluaciones e intervenciones de administración integral. En la práctica, el alcance y la variedad de un esfuerzo de GC depende de las necesidades y la capacidad de la organización de servicios de salud. En la mayoría de los casos, el esfuerzo de GC se realizará como una actividad limitada que se integra al sistema de administración existente. Sin embargo, si una organización desea un enfoque más integral, se puede elaborar una iniciativa de GC dentro del contexto de un esfuerzo de mejora de administración global o administración de calidad total, lo que tendría repercusiones para todo el sistema administrativo.

V. El proceso de garantía de calidad

El Proceso de GC se base en la experiencia de colaborar con servicios de salud en los países en desarrollo. Sin embargo, también integra experiencias de metodologías adquiridas anteriormente. El proyecto PRICOR de la A.I.D. elaboró un método práctico y simple de la mejora de la calidad que se aplicó en Africa, Asia y América Latina. La Organización Mundial de la Salud también ha promovido un modelo de GC elaborado por Hannu Vuori que se ha aplicado en ámbitos internacionales escogidos. Algunos modelos de los Estados Unidos comprenden el ciclo de garantía de calidad utilizado en los ámbitos de atención externa por Palmer; el proceso de diez pasos elaborado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención de Salud; y el modelo de mejora de calidad (MMC) que aplica la gestión de calidad total a los servicios de salud. El modelo de mejora de la calidad formulado por el Proyecto de Garantía de Calidad tiene por objeto integrar los aspectos positivos de varios modelos en un proceso lógico y sencillo para la planificación y ejecución de las actividades de GC. Al igual que los modelos anteriores, el Proyecto de Garantía de Calidad define normas, realiza una evaluación, colabora con los proveedores de atención de salud en forma cooperativa, adopta medidas con base en la evaluación y vigila los resultados. Quizás lo más importante es que presenta un proceso reproducible para mejorar la calidad de la prestación de servicios de atención de salud. Este proceso puede, con el transcurso del tiempo, integrarse a la gestión del programa en curso. (Véase el siguiente cuadro.)

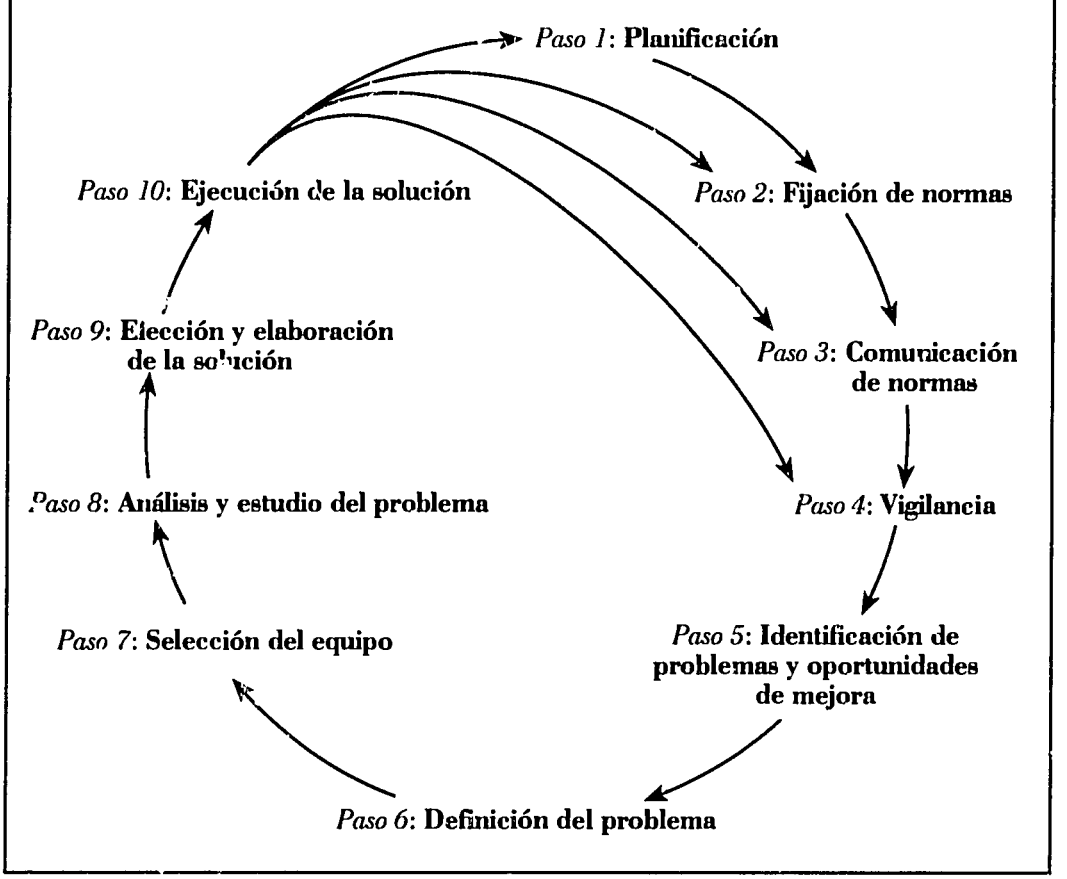
El proceso de garantía de calidad del Proyecto de Garantía de Calidad

1. Planificación de la garantía de calidad
2. Fijación de normas y especificaciones
3. Comunicación de normas y especificaciones
4. Vigilancia de la calidad
5. Identificación de problemas y oportunidades de mejora
6. Definición del problema operacional
7. Selección del equipo
8. Análisis y estudio del problema para identificar las causas de fondo
9. Elaboración de soluciones y medidas de mejora de calidad
10. Ejecución y evaluación de actividades de mejora de calidad

Muchos equipos de centros de salud notarán que ya se están adoptando medidas para mejorar la calidad, aunque es probable que no utilicen el término "garantía de calidad" para describirlas. La cantidad de tiempo y esfuerzo que se requiere para cada paso dependerá de las actividades de garantía de calidad ya establecidas. Por ejemplo, una organización que tenga un sistema de vigilancia establecido empleará menos tiempo en el paso 4—Vigilancia de calidad—que una organización que vigila la calidad por primera vez. En el paso 2—Fijación de normas y especificaciones—algunas organizaciones podrían revisar las normas existentes y otras necesitarían bastante tiempo para elaborarlas, antes de realizar un esfuerzo de mejora de calidad. Es importante que una organización nueva en GC recorra todos los pasos, por lo menos de una forma sucinta, para asegurarse de que los componentes esenciales y todos los participantes en el proceso tengan la información que necesiten.

En la práctica, la garantía de calidad es un proceso cíclico y repetitivo que debe aplicarse en forma flexible para satisfacer las necesidades de un programa específico. (Véase el siguiente cuadro.) El proceso puede comenzar con un esfuerzo integral de organizar un programa de garantía de calidad (tal como se describe en los pasos 1-3) o puede comenzar con actividades de mejora de calidad en pequeña escala (pasos 5 a 10). De otro modo, el proceso puede comenzar con la vigilancia (paso 4). Algunos equipos pueden escoger dos pasos para comenzar al mismo tiempo. Por ejemplo, la vigilancia integral y la solución del problema enfocado pueden comenzar en forma simultánea, en un esfuerzo paralelo coordinado para mejorar la calidad. Los diez pasos del proceso de GC se analizan en la siguiente sección.

Ciclo de la Garantía de Calidad



1. Planificación de la garantía de calidad

Este primer paso de la garantía de calidad prepara a una organización para llevar a cabo actividades correspondientes. La planificación de la GC se inicia con un análisis del alcance de atención de la organización para determinar qué servicios debe encarar el esfuerzo de GC. En la mayoría de las organizaciones no es posible mejorar la calidad en todos los aspectos a la vez. En cambio, las actividades de GC comienzan con unos pocos aspectos críticos. A menudo se escogen los servicios de alta prioridad, de elevado volumen o propensos a generar problemas para darles especial atención al iniciar el programa de GC.

Una vez que los directivos de la organización hayan decidido dónde comienza el esfuerzo de GC, deben también decidir qué tipos de actividades se realizarán. Se pueden concentrar en la vigilancia de los resultados, tanto lo deseados como los adversos, o pueden estudiar la prestación de servicios y brindar apoyo estadístico a los procesos para determinar cuales esferas puedan mejorar. Otro componente de la planificación es la asignación de funciones para las actividades de GC. El mismo comprende la formación de un comité de GC o la selección y formación de un equipo ad hoc que sea responsable de las actividades iniciales.

Si la misión del programa no es clara o no permite atender las necesidades comunitarias, o si la planificación global de la organización es débil, la planificación estratégica podría ser necesaria en esta fase y comenza a definir las actividades de la organización. La próxima fase es evaluar oportunidades y restricciones en el medio ambiente así como los puntos fuertes y débiles en el plano interno de la organización. Este proceso resulta en una visión clara de lo que tiene que hacer la organización para lograr su misión en vista del medio interno y externo. Luego se pueden determinar las prioridades de GC con base en la misión y la visión del programa.

2. Fijación de normas y especificaciones

A fin de prestar servicios de primera calidad en forma constante, una organización tiene que traducir sus metas y objetivos programáticos en procedimientos de operación. En su sentido más amplio, una "norma" constituye una descripción de la calidad que se espera. En el rubro general de normas se pueden mencionar las pautas de práctica profesional, los protocolos clínicos, los procedimientos administrativos u operativos, las especificaciones de los productos y las normas de cumplimiento.

Las pautas de la práctica profesional, también llamadas protocolos clínicos o parámetros de práctica profesional, definen la manera de llevar a cabo un proceso clínico, como la atención prenatal. Las pautas o normas de orientación se definen como "lineamientos elaborados sistemáticamente para asistir al facultativo y al paciente a tomar decisiones respecto a la atención médica adecuada para un caso clínico específico".[8] **Los procedimientos administrativos**, que a veces se conocen con el nombre de procedimientos operativos, explican los procesos no clínicos. **Las especificaciones** normalmente se relacionan con las características de los productos o los insumos materiales relacionados con la prestación de servicios de salud, como medicamentos y equipos de alta tecnología.

Las normas de cumplimiento son criterios específicos que se emplean para evaluar los resultados de la prestación de servicios, las actividades auxiliares o el desempeño de las pautas y normas de orientación. Son diferentes de las pautas o procedimientos operativos normales porque están destinados a evaluar la práctica en vez de prestar asistencia a los facultativos y pacientes. Las normas se han definido como "declaraciones autoritarias de (1) los niveles mínimos aceptables de cumplimiento o de resultados, (2) los niveles excelentes de cumplimiento o de resultados o (3) los límites aceptables de cumplimiento o de resultados."[9] Las normas pueden relacionarse con el proceso de atención, evaluando el cumplimiento de las pautas, o pueden ser medidas de los resultados de los servicios de salud. Si bien a veces es difícil y costoso evaluar estos resultados, a menudo es posible vigilar los intermedios, como la utilización o la cobertura, para evaluar la eficacia del programa. Las normas de cumplimiento constituyen el núcleo del sistema de vigilancia que se analiza en el paso 4.

Se deben elaborar pautas, estándares de procedimientos operativos y normas de desempeño para los campos clínicos y administrativos. Deben reflejar las perspectivas de las comunidades a las que sirven así como las de los especialistas en atención de salud. Ambas perspectivas son esenciales para asegurar la eficacia de las actividades planeadas, la accesibilidad y aceptabilidad de la comunidad. El personal del programa tiene que revisar y analizar las normas periódicamente.

En algunos programas, la definición de normas comprende una revisión simple de las normas actuales del programa para asegurarse de que estén actualizadas o completas. En otros programas, puede ser importante forjar un consenso entre los profesionales para asegurarse que las normas escogidas tengan un sólido respaldo. Aún otros pueden exigir la creación de normas donde no haya ninguna o las existentes estén obsoletas. En tales casos, existen algunas normas de orientación ampliamente aceptadas. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud ayuda en la definición de normas de prestación de servicios que son apropiadas para los centros de salud y pequeños hospitales en los países en desarrollo. El proyecto PRICOR elaboró normas de orientación clínicas para utilizarlas en atención primaria de salud en los países en desarrollo. El Tesauro de PRICOR fijó normas de orientación en siete servicios de supervivencia infantil que comprenden inmunización, terapia de rehidratación oral, atención prenatal, planificación familiar, vigilancia del crecimiento, tratamiento de infecciones respiratorias agudas y malaria. El proyecto también elaboró normas de orientación en siete campos de administración que comprenden planificación, supervisión, capacitación, logística, administración financiera, sistemas de información administrativa y organización comunitaria. El Tesauro es una referencia útil para la fijación de normas.[10]

Los trabajadores de salud de todos los niveles tienen que participar en la fijación de normas en la medida más amplia posible. Debido a que a menudo conocen las condiciones de la localidad mejor que los altos ejecutivos, las normas resultantes probablemente sean más apropiadas y eficaces. Su participación también aumentará el compromiso global con la calidad porque es más probable que esos trabajadores ejecuten y apoyen una actividad en la que han participado para su elaboración. Finalmente, es más probable que el personal del programa acepte las actividades de GC si ha participado en la definición de la calidad desde el comienzo. Estas normas se convertirán en la medida para juzgar la calidad de los servicios que prestan.

3. Comunicación de normas y especificaciones

Una vez que el programa haya definido las normas, es esencial que éstas se comuniquen a todo el personal y así cada trabajador de salud, supervisor, gerente y miembro del personal de apoyo entienda qué es lo que se espera de ellos. Esto resulta especialmente importante si la capacitación y la supervisión cotidianas han sido flojas o si las normas han cambiado recientemente. La evaluación de calidad que se lleva a cabo antes de comunicar las normas puede conducir a culpar erróneamente a las personas por un mal desempeño cuando la culpa la tienen las deficiencias del sistema. Además, los esfuerzos de garantía de calidad que comienzan con un examen sorpresivo pueden originar sospechas más que apoyo a dichas actividades.

Los administradores y el equipo del centro de salud comparten una responsabilidad mutua de calidad que debe comunicarse junto con las normas y las especificaciones a los diversos servicios. Puede llevarse a cabo un diálogo sobre las normas dentro del contexto de la supervisión, la capacitación u otros medios. Las actividades que sirven para trasmitir normas y especificaciones comprenden la elaboración de pautas para cargos, la formulación de normas y guías de orientación y desempeño, la elaboración y conducción de programas de capacitación, por medio de actividades de supervisión y la información a los proveedores de los cambios en los protocolos por medio de anuncios administrativos.

4. Vigilancia de la calidad

La vigilancia es la recolección y revisión cotidiana de la información que sirve para evaluar si se cumplen las normas de los programas. Mediante la vigilancia de una serie de indicadores clave, los directivos y supervisores pueden determinar si los servicios prestados siguen la norma fijada y obtienen los resultados deseados. La garantía de calidad aporta una nueva orientación del proceso que tiene profundas repercusiones en la vigilancia y recolección de datos en los países en desarrollo. La evaluación de los resultados y otras estadísticas de servicio que generalmente son parte de los sistemas de vigilancia de los países en desarrollo, ofrecen una guía limitada en la resolución de problemas. La evaluación de *los procesos* en detalle, por medio de estudios integrales especiales o evaluaciones de rutina pueden suministrar información acerca de problemas específicos en la prestación de servicios.

El sistema de vigilancia es clave en un esfuerzo de garantía de calidad. Desafortunadamente, en muchos países en desarrollo los sistemas de recolección de información actualmente establecidos pueden ser engorrosos y difíciles de usar para el propósito de garantía de calidad. En algún momento durante el esfuerzo de garantía de calidad, los sistemas de vigilancia existentes pueden necesitar un rediseño. No obstante, esto no se recomienda como actividad inicial, debido a que es probable que demande mucho tiempo y que encuentre resistencia. Es mejor a menudo hacer participar al personal del programa en la utilización de información para la resolución de problemas (ver pasos 5-10) y colaborar en el rediseño del sistema, una vez que tengan una idea más clara de cómo utilizar la información.

El diseño (o el rediseño) de un sistema de vigilancia comprende trasladar normas de calidad esperada en indicadores mensurables de procesos, fijar umbrales de cumplimiento, escoger fuentes de

información, diseñar un sistema de acopio de información y compilación de resultados y ejecutar las actividades de vigilancia. Cada una de estas actividades se describe brevemente a continuación. Es importante definir qué información se va a utilizar en los diversos niveles del sistema. Por ejemplo, un supervisor de primera línea puede recoger una gran cantidad de información de calidad y de prestación de servicios, pero puede resumir solamente una parte de esta información a los altos ejecutivos. Por regla general, todos los niveles deben participar en el diseño de un sistema de vigilancia de manera que todos reciban la información necesaria.

- ***Selección de indicadores:*** Un indicador es una variable mensurable definida que se utiliza para vigilar la calidad o lo apropiado de las actividades administrativas o clínicas de importancia. No es preciso escoger un indicador para todas las normas o especificaciones. La cantidad de indicadores debe mantenerse al mínimo necesario para evaluar procesos clave e identificar posibles campos problemáticos. El Tesauro del PRICOR suministra una lista de indicadores de procesos en las siete intervenciones de supervivencia infantil así como en los servicios de apoyo administrativo.

- ***Fijar umbrales:*** Los umbrales definen niveles aceptables de cumplimiento tal como los miden los indicadores. Permiten que el personal del programa detecte problemas o campos potenciales para la mejora. Los umbrales de cumplimiento pueden basarse en el conocimiento médico de los riesgos o en lo que es factible desde el punto de vista operativo en un momento definido. Por ejemplo, algunos programas de inmunización fijan una cobertura del 80% como umbral. El nivel aceptable de cumplimiento es relativo y debe revisarse al cambiar las condiciones y prioridades. La función de los umbrales es la de poner en funcionamiento el programa cuando los indicadores vigilados sugieren que su desempeño es inadecuado. Los umbrales de cumplimiento deben fijarse después de una consulta con el personal del programa.

  Es importante destacar los posibles inconvenientes de utilizar umbrales en un esfuerzo de mejora de calidad. Antes de alentar la mejora continua, el uso de umbrales puede dar la impresión equívoca de que algunos errores son aceptables y que una vez que se cumple con los umbrales no hay más necesidad de mejorar en un campo dado. A pesar de estos posibles inconvenientes, los umbrales de cumplimiento, cuando se usan correctamente, pueden ser útiles a los equipos para fijar prioridades y ser un instrumento para una mejora gradual que, a largo plazo, dé como resultado la excelencia.

- ***Selección de fuentes de información:*** Muchas organizaciones ya recogen información, la primera fuente para explorar son los sistemas existentes. Algunas veces se puede hacer un cambio mínimo que suministraría información sin mayores esfuerzos. Otras fuentes comprenden buzones de sugerencias, registros de quejas, archivos clínicos, registros del centro de salud, entrevistas, revisiones del establecimiento y observaciones sobre el cumplimiento de las funciones. Debido a que la vigilancia es un ejercicio de rutina, la recolección de información adicional debe mantenerse al mínimo. Es especialmente importante minimizar la carga de la recolección de información sobre trabajadores de salud en la periferia. Por regla general, a nadie se le debe pedir que recoja información que no pueda utilizar en el curso de su propio trabajo. La información que se utiliza en el ámbito local y luego se compila para los altos directivos, es más probable que suministre la base para un diálogo constructivo entre los trabajadores de salud y los directivos acerca de los problemas y las prioridades.

- ***Diseño de un sistema para la recolección y la compilación de información:*** Finalmente, es importante especificar quién se encargará de recoger y compilar la información, fijar la frecuencia de la recolección y crear un mecanismo y un plan para informar los resultados a las partes interesadas. Este sistema se tiene que elaborar con la participación del personal a todos los niveles y revisarlo periódicamente. Durante el transcurso del tiempo, el personal puede perfeccionar sus habilidades de manera que se pueda vigilar a sí mismo cada vez más y que dependa cada vez menos de los administradores distritales o del nivel central.

- ***Ejecución de las actividades de vigilancia:*** Una vez que el sistema se haya diseñado y que se haya asignado la responsabilidad, se puede comenzar la recolección y compilación de datos. Durante la fase inicial del sistema de vigilancia, debe esperarse que los trabajadores de salud necesiten apoyo y asistencia para la recolección y utilización de información. Este respaldo es esencial si la vigilancia ha de cumplir con su propósito previsto como instrumento de selección que conduce a la acción.

  Más que vigilar constantemente todas las actividades, los sistemas pertinentes permiten escoger un índice de actividades o *condiciones indicadoras* que cubran diversas dimensiones del programa. Por ejemplo, un gerente de programa podría vigilar la inmunización, y el tratamiento de la neumonía y la hipertensión. En conjunto, podría decirse que estas condiciones indicadoras cubren los servicios preventivos y el manejo de enfermedades crónicas y agudas, mientras que abarcan tanto la atención de los niños como la de los adultos. Con el transcurso del tiempo, las condiciones vigiladas deben rotarse o modificarse para satisfacer las crecientes necesidades de la comunidad y ampliar en la medida en que crece el esfuerzo de garantía de calidad. Es importante mantener al mínimo el sistema de vigilancia con énfasis en la recolección y el uso efectivo de la información esencial.

Otro método de evaluación que puede utilizarse para identificar problemas de prestación de servicios es el análisis de sistemas. El proyecto PRICOR fue pionero en el uso del enfoque de análisis de sistemas en la evaluación de la calidad de servicio. Esta es una evaluación integral del desempeño del trabajador de salud principalmente con base en la observación del desempeño real o simulado. Tales análisis de sistemas deben llevarse a cabo como una base de datos antes de comenzar con un programa de garantía de calidad para documentar la magnitud del problema, demostrar la necesidad de tal programa o identificar los problemas de envergadura que deben encararse. También se pueden llevar a cabo periódicamente, de manera total o parcial, para evaluar la mejora global y probar la validez de programas de GC instituidos para mejorar la calidad.

5. Identificación de problemas y oportunidades de mejora

Los campos problemáticos y otras oportunidades de mejora pueden identificarse por medio de las actividades de vigilancia y evaluación. En ausencia de sistemas de vigilancia eficaces o como complemento de ellos, pueden realizarse encuestas especiales de pacientes o comunidades, o instrumentar actividades de evaluación integrales tales como la metodología de análisis de sistemas elaborada por el PRICOR II.[11] Tales estudios indican problemas específicos de prestación de servicios que requieren atención. Otras formas de identificar oportunidades de mejora comprenden la solicitud de sugerencias a los trabajadores de salud, realización de análisis de procesos del

sistema, revisión de las reacciones o las quejas de los pacientes y generación de ideas por medio de reuniones u otras técnicas grupales para generar ideas y fijar prioridades. El empleo de un enfoque participatorio para la identificación de problemas ofrece varias ventajas. Primero, la calidad de la evaluación y del análisis preliminar es probable que sea superior debido a que quienes intervienen en forma directa con los procesos son participantes. En segundo lugar, es más probable que los miembros del personal contribuyan a las actividades de GC y ofrezcan su cooperación si participan en la identificación de problemas.

Después de identificar una serie de problemas, el equipo debe fijar sus prioridades para mejorar la calidad, eligiendo uno o dos campos de problemas, en los que concentrará sus esfuerzos de mejora de calidad. Los criterios de selección de problemas variarán de un programa a otro. Dos principios importantes deben orientar este proceso. El equipo debe compartir los criterios más que ser estos un reflejo de las prioridades de cualquiera de las personas. También, los criterios deben ser explícitos de manera que el proceso de toma de decisiones sea lo más objetivo y completo posible. Los criterios podrían incluir la factibilidad de analizar el problema, el impacto potencial de mejorar la calidad de salud de la población o los recursos que pueden necesitarse para solucionar el problema.

La experiencia del PRICOR II en los esfuerzos de mejora de calidad en los países en desarrollo ha dado como resultado algunas ideas dignas de destacar en la fijación de prioridades. Primero, es importante considerar si el problema seleccionado está dentro del alcance de las responsabilidades y la autoridad de quienes llevan a cabo el esfuerzo de garantía de calidad. Tratar de cambiar algo que está fuera del control local es una experiencia frustrante que tiene pocas oportunidades de éxito. En el mismo plano, a menudo es preferible comenzar las actividades de garantía de calidad relativas a un problema más pequeño y manejable, que a uno más grande y complejo. Atacar un problema soluble alienta la confianza en el proceso de garantía de calidad y la capacidad de hacer mejor las cosas.

Los equipos pueden seleccionar las prioridades por medio de diversas técnicas de toma de decisiones a nivel de grupo, ejercicios de categorización, votación y aplicación de matrices de decisión, tales como criterios múltiples en los que se utilice la evaluación, lo que permite la aplicación de diversos criterios en el proceso de establecer prioridades.

6. Definición del problema operacional

Una vez que se haya escogido el problema, es importante que se defina en términos operacionales—como una brecha entre el desempeño real y el que establecen las normas y pautas. El enunciado del problema debe indicar de qué se trata y cómo se manifiesta. Debe aclarar dónde comienza y dónde termina, y cómo se sabrá cuando esté solucionado. La elaboración del enunciado de un problema es un paso crucial en el proceso de garantía de calidad y su simplicidad aparente es engañosa. A menudo, la formulación inicial del problema comprenderá solamente la causa de éste—"no tenemos un laboratorio"—o propondrá una solución en forma prematura—"necesitamos más personal." Algunas veces son demasiado generales para permitir medidas concretas y progresivas— "no trabajamos como equipo." Los problemas deben relacionarse con las normas de cumplimiento y, siempre que sea posible, deben relacionarse en forma explícita con la calidad de

la atención de salud a la población. Tienen que referirse a procesos o actividades específicos de manera que esté bien concentrado y pueda medirse el progreso.

La definición del problema es un proceso reiterativo; mientras un equipo procura definir un problema, se verá forzado a volver a pensar en muchos de los pasos adoptados. Puede decidirse escoger un problema más limitado que el que comenzó a resolver, o escoger analizar la causa de un problema polifacético. En el proceso de definir un problema operacional concreto, es probable que vacile entre problemas grandes e inmanejables y los más pequeños que procura definir. Incluso puede tener la sensación de que no vale la pena analizar el problema operativo que está definiendo, dado que es una parte tan pequeña del mismo. Es importante que el equipo se tome todo el tiempo necesario para definirlo y llegar a un consenso sobre su importancia. Sin estos componentes, el esfuerzo de GC no saldrá adelante.

Los ejemplos que figuran a continuación ilustran cómo se puede reformular la descripción de los problemas para mostrar la relación con la calidad de los servicios.

Descripción deficiente del problema	Deficiencia de la descripción del problema	Descripción mejorada del problema
Problema 1: No tenemos laboratorio.	La descripción del problema incluye únicamente una causa.	En todos los casos en que se sospeche tuberculosis se debe hacer una prueba de esputo (en la actualidad solamente se hacen pruebas en el 25% de los casos).
Problema 2: Necesitamos más personal.	La descripción del problema contiene una solución prematura.	El treinta por ciento de los pacientes que llegan a la clínica vuelven a su casa sin haber sido examinados.
Problema 3: No trabajamos como equipo.	La descripción del problema es demasiado indefinida como para adoptar una medida concreta.	El equipo del centro de salud no planea ni programa las clínicas de extensión en forma conjunta.

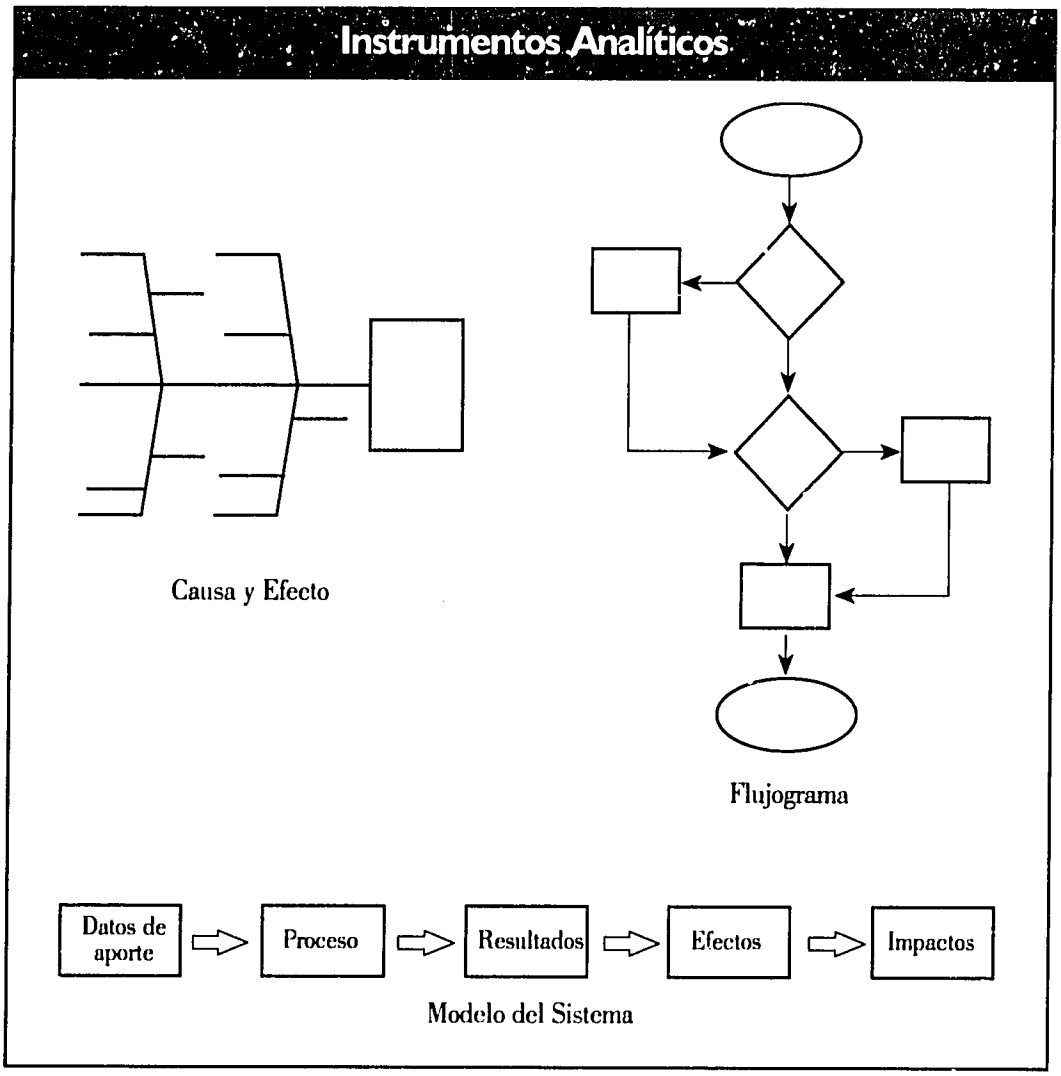
7. Selección del equipo

Una vez utilizado el enfoque participatorio para seleccionar y definir un problema, debe asignarse un equipo pequeño para analizar el problema específico. Dicho equipo llevará a cabo los tres próximos pasos: el análisis y el estudio del problema, la elaboración del plan para mejorar la calidad y la ejecución y evaluación de la gestión de mejora de calidad. El equipo debe estar constituido por los participantes en las actividades en donde se encuentra el problema, así como por otros contribuyentes a la actividad suministrando insumos o recursos. Esto asegura la participación de quienes tienen más conocimientos del proceso y la consideración de las limitaciones y perspectivas de quienes apoyan o reciben el servicio.

Aprender a trabajar en forma efectiva en equipo es un proceso continuo que significa un reto. Los equipos de los centros de salud a menudo necesitan capacitación en técnicas básicas para planear y facilitar reuniones, tener comunicación efectiva, adoptar decisiones por parte del grupo y resolver conflictos. La transformación de un equipo de elevado desempeño toma tiempo y requiere paciencia y persistencia por parte de sus miembros.

8. Análisis y estudio del problema para identificar las causas de fondo

Para lograr una mejora de calidad sustancial y continua, es importante comprender el problema y sus causas de fondo. Dada la complejidad de la prestación del servicio de salud, la identificación clara de la causa exige un estudio sistemático y un análisis profundo. Los instrumentos analíticos tales como el modelo del sistema, el flujograma y el diagrama de causa y efecto pueden utilizarse para analizar un proceso o problema. (Véase el cuadro a continuación.) Una vez que se identifican varias de las posibles causas, debe hacerse un esfuerzo por determinar cuáles ocasionan la mayoría de los problemas. A menudo, dos o tres de las causas de un problema pueden crear hasta el 80% de problemas de calidad. Al analizar estas causas críticas, puede lograrse un importante impacto con un mínimo esfuerzo.



A veces los instrumentos analíticos no suministrarán suficiente información sobre el problema y sus causas radicales. Puede ser necesario dirigir un estudio especial de evaluación de calidad para sacar mayores conclusiones. Tales estudios pueden basarse en la revisión de la historia clínica, la información de los registros de los centros de salud, las entrevistas con el personal o los pacientes, la observación de la prestación de servicios o cualquier combinación entre estas. Es importante indicar que estos estudios deben ir más allá de la simple documentación del problema y explorar a fondo las causas de manera que se puedan adoptar medidas.

En esta fase, los equipos dedicados a solucionar los problemas a menudo emplean algunos instrumentos estadísticos básicos tales como la hoja de inspección, el histograma, el diagrama de

Instrumentos Estadísticos

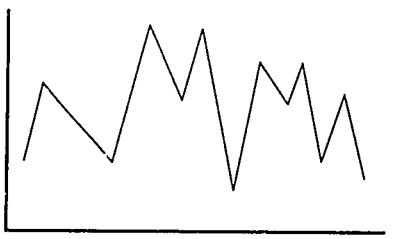
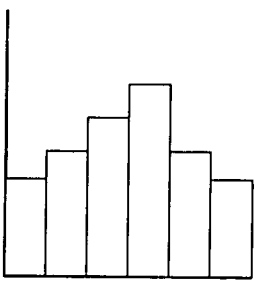
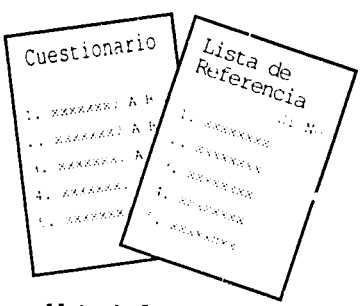


Gráfico de Tendencia



Histograma



Hoja de Inspección

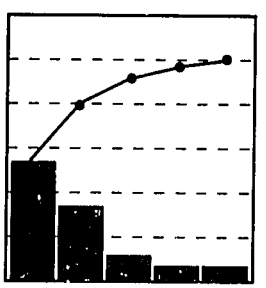


Diagrama de Pareto

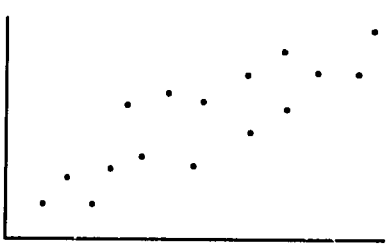


Diagrama de Dispersión

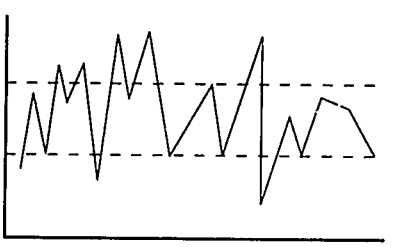


Gráfico de Control

dispersión, el diagrama de pareto, el gráfico de tendencia y el gráfico de control. (Véase el cuadro en la página previa.) La hoja de inspección es un instrumento de recolección de datos que puede utilizarse para evaluar variables relacionadas con un proceso específico. La información resultante puede presentarse en un histograma para evaluar la medida de la variación, en un gráfico de tendencia de distribución o un diagrama de pareto que clasifica los problemas de acuerdo con sus causas en orden de magnitud descendente. Los gráficos de tendencia facilitan la vigilancia del cambio en un proceso a través del tiempo y los de control son útiles para vigilar las variaciones y suministran claves que pueden llevar a identificar las causas de ella. Algunas son causas comunes y forman parte intrínseca del proceso tal como está diseñado y otras son causas especiales que tienen sus raíces fuera del proceso.

9. Elaboración de soluciones y medidas de mejora de calidad

Una vez realizada una evaluación completa del problema y sus causas, el equipo debe estar listo para adoptar medidas a fin de analizar el problema y mejorar la calidad. Esto comprende la elaboración y evaluación de posibles soluciones. La elaboración de las soluciones debe seguir siendo un esfuerzo de equipo, a menos que el procedimiento en cuestión sea la responsabilidad exclusiva de una persona. Puede ser importante cambiar la composición del equipo para hacer participar a quienes tengan la responsabilidad de los procesos relacionados con la causa de fondo.

Las soluciones a los problemas de calidad o las medidas para mejorarla, pueden adoptar una variedad de formas. Algunas soluciones pueden ser muy directas y fáciles de resolver. Por ejemplo, puede resultar tan sencillo como recordar las normas de orientación clínica o los estándares de procedimientos operativos al personal, por medio de la supervisión o la capacitación. A menudo, las soluciones y mejoras tienen sus raíses en los sistemas de administración tales como supervisión, capacitación o logística. Las soluciones también pueden adoptar la forma de instrumentos de trabajo u otros que se vuelven parte del proceso de prestación de servicios para suministrar información y reducir el error o la variación. También es importante señalar que los problemas a menudo están enraizados en los procesos o los sistemas que están diseñados en forma deficiente y que el rediseño del proceso o del sistema a veces será un requisito previo necesario para el cambio o la mejora. El rediseño puede ser una fuente importante de mejora especialmente en los países en desarrollo donde los sistemas enfrentan limitaciones de recursos y pueden no tener la capacidad de beneficiarse de la tecnología más avanzada.

Sin embargo, algunos problemas son más difíciles de solucionar porque requieren una reelaboración, o porque se prevé que los esfuerzos destinados a analizarlos se encontrarán con la resistencia del personal. En tales casos, será necesario proceder al rediseño de un proceso o sistema y un plan de ejecución, concebido cuidadosamente, para poder cambiar y mejorar el servicio. Los medios como los diagramas de flujo y las matrices de diseño pueden resultar muy útiles para la elaboración de soluciones que se basen en los aspectos positivos de las prácticas existentes y que tengan en cuenta los requisitos de los clientes.

Una vez que el equipo tenga en claro lo que trata de lograr, se elabora una lista de posibles soluciones. La selección a partir de varias soluciones debe basarse en un examen de los costos potenciales y la eficacia de las opciones para maximizar el impacto del problema. Los equipos

pueden emplear técnicas como evaluación de la utilidad de los criterios múltiples o la multivotación para asistirlos en la evaluación de las soluciones y la toma de una decisión. El equipo también debe explorar la posible oposición al cambio y hacer los planes del caso para minimizar la resistencia a la mejora de calidad.

10. Ejecución y evaluación de actividades de mejora de calidad

La ejecución de la mejora de calidad exige una planificación cuidadosa. El equipo tiene que decidir quién estará encargado y determinar los recursos necesarios y el tiempo requerido. También tiene que decidir si la ejecución debe comenzar con una prueba piloto en un campo limitado o si se debe proyectar en una escala más grande. Si la solución exige recursos substanciales o si existe mucha incertidumbre sobre su eficacia, amerita un proyecto piloto.

El equipo debe seleccionar indicadores para ver si la solución es efectiva. Los indicadores deben escogerse para determinar si la solución se ejecutó en forma correcta y si resolvió el problema que estaba diseñada a solucionar. La vigilancia concienzuda debe comenzar cuando el plan de mejora de calidad esté instrumentado y debe seguir hasta que la solución demuestre ser eficaz y continua o ineficaz y se abandone o modifique. En ese momento, solamente debe seguirse una vigilancia mínima para mantener los esfuerzos de vigilancia global manejables. Las soluciones deben modificarse o revisarse en la medida en que sea necesario y los resultados tienen que documentarse plenamente incluyendo las experiencias adquiridas en el proceso de ejecución.

Una vez que la solución haya demostrado ser eficaz, el nuevo proceso se tiene que codificar y diseminar de manera que otros puedan aprender de la experiencia. El equipo de garantía de calidad también debe hacer planes para identificar un nuevo problema, ya sea por medio del proceso de equipo, o de información generada por el sistema de vigilancia integral, si hay uno establecido. Entonces, el equipo puede repetir el ciclo de mejora de calidad.

VI. Establecimiento de un programa de garantía de calidad

Un programa de garantía de calidad es una serie integral de actividades de mejora y evaluación de calidad que se incorporan a las funciones clínicas y administrativas de rutina de las organizaciones y resultan en una mejora continua del desempeño de estas últimas. A medida que las organizaciones de atención de salud aprenden más sobre del proceso de garantía de calidad, es probable que descubran que algunas de las actividades que ya están realizando se relacionan con la mejora de calidad. De hecho, la mayoría de las organizaciones suministran una base sobre la cual se erige todo el programa de garantía de calidad. La sección anterior describe cómo los directivos del programa y el personal pueden realizar sus actividades preexistentes relacionadas con la calidad de una manera más detallada. La próxima sección explora cómo la garantía de calidad puede integrarse en forma permanente a la administración del programa de salud en los países en desarrollo.

Existen dos enfoques distintos en la creación de un programa de garantía de calidad. Uno se llama aquí la estrategia integral de GC y el otro puede llamarse una estrategia orientada hacia el problema. Los dos se contrastarán aquí para suministrar un panorama de la amplia gama de opciones

estratégicas con las que cuentan los directivos de programas. En la práctica, la mayoría de las organizaciones deseará combinar estos enfoques en la medida en que se introduzca la garantía de calidad.

En el enfoque integral, las políticas, los procedimientos y los procesos de garantía de calidad se instrumentan a la vez, comenzando en la cúpula y desplazándose hacia abajo en la estructura organizacional. Normalmente, un enfoque integral comenzaría con un amplio esfuerzo de capacitación y con una evaluación global de atención de salud y servicios de apoyo. Esta evaluación puede realizarse por medio del sistema de información administrativa existente o puede exigir la elaboración de un sistema de vigilancia que cubra todos los servicios.

Evaluación de los enfoques integrales de calidad son útiles en países dónde la información de sistemas es inadecuada. Análisis de los sistemas permite a los administradores usar entrevistas y observaciones para evaluar los servicios de atención primaria y las actividades asociadas que la soportan. Areas de prioridad para el mejoramiento de la calidad pueden ser identificadas basadas en los resultados de monitores comprensivos o de análisis de sistemas. El enfoque integral funciona mejor cuando existe el compromiso de analizar la calidad de atención en todo el sistema y cuando las organizaciones cuentan con los recursos necesarios para instrumentar un programa de garantía de calidad en gran escala.

El enfoque de garantía de calidad orientado hacia el problema enfatiza las actividades en pequeña escala relacionadas con la calidad y las prácticas que producen mejoras progresivas. Antes de llevar a cabo una evaluación integral, se alienta a las personas o a los equipos de una organización a escoger el problema que sea importante para ellos y trabajar para resolverlo. En este modelo, no se acentúa tanto la evaluación integral y la vigilancia como las medidas inmediatas para la mejora suponiendo que los sistemas de vigilancia y un enfoque más sistemático pueden forjarse con el tiempo, una vez que la resolución de problemas se haya convertido en parte de la cultura organizacional. A menudo, el enfoque orientado hacia el problema se introduce al principio en unas pocas clínicas antes de hacerlo en toda la organización. La intención aquí es que, antes de introducirse en toda la organización, el enfoque se modificará y se diseñará con base en la experiencia adquirida a nivel local.

Mediante una planificación cuidadosa, el enfoque orientado hacia el problema puede evolucionar en uno más integral. Con el tiempo, todos los tipos de servicios podrían cubrirse mediante el esfuerzo de GC y podría ponerse en práctica un simple sistema de vigilancia. También es importante indicar que un enfoque integral puede beneficiarse de la inclusión de algunas actividades orientadas hacia el problema en pequeña escala. Uno de los peligros de un enfoque integral es que el personal en todos los niveles de la organización puede impacientarse con el tedioso proceso de establecer sistemas y participar en actividades de capacitación. Esto puede compensarse con actividades de mejora de calidad en pequeña escala que demuestren resultados rápidos a corto plazo. Estos resultados también pueden incorporarse en el empeño de capacitación suministrando ejemplos de garantía de calidad en la práctica a nivel local.

No hay una receta para elaborar un programa de garantía de calidad. Es un proceso creativo que requiere flexibilidad para que se adapte a las características singulares de cada programa de salud. Esta sección describe actividades clave que normalmente se llevan a cabo en la creación de un

programa de garantía de calidad. La mayoría de las actividades clave que se describen tendrán lugar conjuntamente y muchas tendrán que renegociarse en forma continua en la medida en que evolucione el programa y cambien las condiciones.

Actividades clave in la elaboración de un programa de garantía de calidad

- Promover el compromiso con la calidad
- Realizar una revisión preliminar de actividades relacionadas con la GC
- Definir el propósito y la visión del esfuerzo de GC
- Determinar el nivel y el alcance de las actividades iniciales de GC
- Asignar responsabilidades de GC
- Asignar recursos para la GC
- Redactar un plan de GC
- Reforzar las técnicas de GC y los sistemas críticas de administración
- Divulgar las experiencias de GC
- Administrar el cambio

Un programa de garantía de calidad puede elaborarse gradualmente por medio de un proceso en fases, planeado cuidadosamente, o puede ser instrumentado de una sola vez, como parte de un cambio organizacional fundamental. Dado que la mayoría de las organizaciones en los países en desarrollo exigen un enfoque progresivo de GC, se acentúa aquí uno gradual por fases.

Promover el compromiso con la calidad

Crear un programa de garantía de calidad permanente exige el compromiso entre los directivos de los niveles medio y alto desde el comienzo. Con el transcurso del tiempo, este compromiso tiene que compartirse con todo el personal y reflejarse en el plan, el propósito y los procedimientos de la organización. El proceso de promoción y desarrollo del compromiso no es una actividad que se hace una sola vez; y debe seguir en forma continua por la duración de un proyecto.

El compromiso se establece creando conciencia y promoviendo el diálogo entre los directivos de alto nivel. Esto puede hacerse por medio de seminarios de información, reuniones especiales de planificación o discusiones individuales con los dirigentes de la organización. Durante el proceso de información, se analizan los conceptos básicos y los métodos de evaluacion y mejora de calidad de los servicios de salud. El hecho de considerar la importancia de la calidad y de presentar información empírica sobre los problemas de calidad experimentados a nivel local puede también servir para promover el compromiso.

Realizar una revisión preliminar de las actividades relacionadas con la calidad

Antes de introducir nuevas actividades de garantía de calidad, es importante efectuar una revisión inicial de la organización y una descripción general del sistema existente. Esta revisión permitirá que el nuevo esfuerzo de GC se base en los puntos fuertes del sistema existente.

Es más probable que los esfuerzos de garantía de calidad continúen si se basan en el sistema existente. Por ejemplo, si ya existe un sistema de supervisión con la responsabilidad de vigilar el cumplimiento de las normas técnicas, este sería el punto de partida lógico para comenzar las actividades de GC. La falta de reconocimiento de una oportunidad puede resultar en disputas de grupos entre directivos y confusión entre los proveedores de servicios. Un resultado importante de la evaluación inicial tiene que ser la determinación del mejor lugar en la organización para iniciar la garantía de calidad.

Este análisis preliminar podría incluir lo siguiente:

- Revisión de las normas clínicas y administrativas o las normas del programa. ¿Son técnicamente sólidas? ¿Son apropiadas para las condiciones locales? ¿Son completas? ¿Están actualizadas? ¿Están a disposición del personal?
- Evaluación de la calidad del servicio actualmente suministrado así como la satisfacción de los pacientes y la comunidad con los servicios de salud.
- Revisión del sistema de supervisión y de las actividades administrativas conexas para determinar qué tipo de cobertura de salud se ha establecido. ¿Qué problemas enfrentan los supervisores? ¿Pueden resolverlos?
- Examen del sistema de información administrativa. Consideración del alcance, de la validez, sensibilidad, especificidad y confiabilidad de los indicadores que se vigilan actualmente. ¿Se usa la información en administración y en la toma de decisiones? ¿Podría la información existente utilizarse para respaldar un programa de garantía de calidad?
- Revisión de la capacidad de adiestramiento existente. ¿Podría la organización hacerse cargo del adiestramiento o se necesitaría ayuda externa? ¿Incluyen los programas de adiestramiento actuales las técnicas que podrían utilizarse en garantía de calidad?
- Estudio de la estructura organizacional. Descripción del perfil de líneas de comunicación y autoridad en la organización. ¿Quién hace el trabajo de GC actualmente? ¿Quién debería hacerlo?
- Evaluación de la suficiencia de los establecimientos, la logística y el equipo.

Se pueden utilizar diferentes enfoques para realizar una evaluación preliminar. Según los recursos disponibles, la evaluación puede ser un estudio integral que comprenda la recolección de nueva información o una evaluación rápida con base en la información disponible y la opinión experta de los informantes clave.

Definir el propósito y la visión del esfuerzo de garantía de calidad

La institución a un programa de garantía de calidad dentro de una organización exige que los altos directivos y su personal compartan una visión global de la mejora de calidad. El propósito de hacer una declaración de principios es generar consenso entre los directivos para fijar límites al esfuerzo de GC. La declaración de principios le servirá al personal de todos los niveles para entender cómo su trabajo cotidiano se relaciona con la mejora de calidad. Puede elaborarse por medio de una variedad de técnicas de institución de consenso que pueda emplear el equipo de altos directivos dentro de la organización. Esto debe hacerse al comienzo de las actividades de garantía de calidad y revisarse en forma periódica o particularmente si hay cambios estratégicos en la organización o si hay un gran volumen de rotación de personal.

Determinar el nivel y el alcance de las actividades iniciales de GC

El nivel y el alcance de las actividades iniciales de garantía de calidad dependen de los recursos disponibles para el esfuerzo, el marco temporal para la ejecución y la receptividad de la administración y del personal de programa a la idea de GC. Los factores de política externa también deben considerarse.

Una actividad de garantía de calidad puede ejecutarse en los ámbitos nacional, regional y distrital o incluso solamente en un establecimiento de salud. En un ámbito donde los servicios se organizan como programas verticales, un programa puede ser el centro de las actividades iniciales de GC.

Una actividad de pequeña escala, como un estudio piloto o una serie de proyectos de demostración también puede usarse para probar las estrategias de GC y aprender más sobre su aplicación en el ámbito local. Las actividades en pequeña escala son atractivas a menudo para los administradores debido a que ofrecen la posibilidad de progreso con un escaso nivel de riesgo. La duplicación de un programa fructífero puede ser el siguiente paso. Una desventaja de la generalización de los estudios piloto o los proyectos de demostración es que los sitios escogidos para la demostración a menudo no son típicos. Pueden tener un mejor nivel anímico, mejor acceso al transporte o más recursos. Por ende, a menudo es difícil duplicar los modelos elaborados.

Asignar responsabilidades de garantía de calidad

Para asegurar la continuidad de las actividades de garantía de calidad y poder rendir cuentas al respecto, la responsabilidad y la autoridad de GC deben ser claras. En algunas organizaciones la garantía de calidad puede ser la función de un sola persona, mientras que en otras puede formar un comité de calidad. En algunos casos, un comité existente o ente administrativo asumirá la responsabilidad de la garantía de calidad. El título de los responsables de la garantía de calidad debe indicar la función de facilitar antes que de dirigir. Por ejemplo, se les podría llamar coordinadores de calidad, directores técnicos o asesores de calidad. Algunas de las funciones de los coordinadores de GC son las de vigilar y respaldar las actividades de ésta, suministrar asistencia técnica a los equipos, trabajar con el personal para elaborar indicadores y facilitar la comunicación sobre de temas de GC entre la administración de alto nivel y el personal.

Asignar recursos para la garantía de calidad

Para que un programa de garantía de calidad llegue a ser una parte permanente de una organización de atención de salud, deben asignarse recursos locales. A menudo, las actividades iniciales de garantía de calidad pueden depender de la asistencia financiera y técnica externas. Con el transcurso del tiempo, la organización debe respaldar su propio programa de garantía de calidad con dependencia mínima de los recursos humanos y financieros externos. Si bien puede que no sea necesario que los esfuerzos de GC se autofinancien en forma inmediata, las consideraciones sobre recursos deben tenerse en cuenta en la fase del diseño. Las actividades de GC que se financian por medio de fuentes externas deben diseñarse para que se dupliquen con recursos a nivel local. Es importante indicar incluso que los programas de GC que se pretende que sean partes integrantes del sistema de administración necesitarán recursos adicionales al comienzo, para apoyar los costos varios y de capacitación asociados con la nueva actividad. Aunque el personal de GC puede ser el mismo que el personal de administración, se necesitarán recursos para sus nuevas actividades. Por ejemplo, la nueva función puede requerir más viajes a los establecimientos de servicios de salud o más materiales para el mantenimiento de información. Aunque la recolección de datos para la garantía de calidad tiene la intención de ser simple y práctica, a veces exige también un pequeño aumento de otros recursos.

Redactar un plan de garantía de calidad

Un plan de GC es un documento escrito que describe los objetivos del programa y el alcance, define líneas de responsabilidad y autoridad y plantea estrategias de ejecución. El plan de GC debe ayudar al personal a relacionarse con los objetivos y las metas de calidad en sus actividades cotidianas y debe ser un documento vital al que se hace referencia en forma frecuente y se revisa en forma regular.

Reforzar las técnicas de garantía de calidad y los sistemas críticos de administración

Las actividades de garantía de calidad son parte importante de la administración y, en algunos casos, se revisarán dentro de un sistema de administración total. En general, los esfuerzos de GC se enfocarán de una forma más estrecha en tres sistemas de administración críticos: la supervisión, la capacitación y los sistemas de información administrativa. Al elaborarse un programa de garantía de calidad, debe hacerse un esfuerzo especial para reforzar estos sistemas.

Deben elaborarse sistemas de supervisión de manera que no solamente evalúen y administren las actividades, sino que también respalden a los trabajadores de salud por medio del proceso de crecimiento profesional. A largo plazo, este proceso debe resultar en trabajo de equipo e individual autoadministrado y autodirigido. Si bien esto parece ser bastante difícil de lograr, es necesario considerar que muchos proveedores de salud en los países en desarrollo trabajan en forma aislada en la periferia, sin el beneficio de supervisión diaria. Los supervisores pueden dirigir los esfuerzos de GC suministrando un ejemplo de dirección participatoria y técnicas de solución de problemas; con el tiempo, los trabajadores de salud pueden iniciar actividades de mejora de calidad. Los métodos de autoadministración y garantía de calidad concurrentes, tales como la autoevaluación

del trabajador de salud y del supervisor y otros instrumentos de trabajo, son ejemplos de instrumentos que el supervisor puede introducir para mejorar el desempeño.

El sistema de capacitación debe incorporar capacitación con base en la competencia para ciertas tareas específicas de rutina tales como prestación de servicios, asesoría y educación de salud, así como para los diversos servicios de apoyo administrativo. Además de mejorar la capacitación en campos técnicos, que son esenciales para los servicios de alta calidad, la capacidad de adiestramiento debe mejorarse y ampliarse para incluir técnicas de garantía de calidad tales como resolución de problemas, evaluación y trabajo en equipo.

Es también importante revisar el sistema de información administrativa de forma tal que sirva como un sistema de vigilancia eficaz de garantía de calidad. Esto puede hacerse al comienzo del esfuerzo de GC o más tarde en el proceso, cuando los administradores y el personal tengan una idea sobre la información que necesitan y cómo utilizarla más efectivamente. La resistencia al cambio en este campo puede también ser más fácil de manejar después de que el programa de GC haya alcanzado algún éxito inicial.

Divulgar las experiencias de GC

En las primeras etapas de un programa de GC, se debe concebir una estrategia para la divulgación de información, de manera que se puedan compartir las experiencias de GC, tanto dentro como fuera de la organización. Algunas estrategias de divulgación de información incluyen **boletines informativos**, que comprenden artículos educativos e informes sobre los avances logrados en el programa en general. Los boletines informativos también pueden representar una manera eficaz de reconocer la iniciativa de personas y grupos a nivel local. Las **conferencias** a niveles local, regional, nacional e internacional también pueden representar estrategias importantes de divulgación porque refuerzan el éxito, fomentan el intercambio y la creatividad y generan un ímpetu político para el programa. El desarrollo del **Centro de Recursos para la Garantía de Calidad** representa otra estrategia eficaz para la divulgación. El ofrecimiento de información sobre métodos de GC y experiencias al respecto alentará al personal a tomar la iniciativa y a acelerar el aprendizaje en lo relativo a la GC. Los centros de recursos tienen una importancia especial para los líderes de programas e instructores dentro del programa, porque pueden dedicarse a estudios independientes que les inspirarán mayor confianza para dirigir a otros. La participación en las sociedades profesionales que sirven de foro para el intercambio de experiencias de GC, como las asociaciones de médicos o enfermeros locales, o la Sociedad Internacional de Garantía de Calidad, constituyen una forma excelente de informarse acerca de otras experiencias y divulgar las de GC.

La narración de cuentos es un medio importante de divulgación para la documentación de los esfuerzos de mejora de calidad realizados por el equipo a nivel local. Se trata de una forma precisa e interesante de documentar las mejoras de calidad, emplear técnicas gráficas y métodos de GC y eliminar la necesidad de redactar informes detallados. Es típico que un equipo tenga un "libro de cuentos" que incluya el enunciado de un problema, un diagrama de flujo y un esquema relacionados con el mismo y los datos que se recolectaron al respecto. También se incluye una descripción de las soluciones, así como datos relativos a la vigilancia, los que deben mostrar las mejoras alcanzadas. Esta información también puede incluirse en un "cuadro del cuento" o un cartel, que se coloca en

un lugar visible para que los otros miembros puedan estar enterados de lo que el equipo está haciendo. Este formato puede utilizarse en el centro de salud, en presentaciones formales dentro de la organización o en una conferencia. Todas las narraciones sobre mejoras de la calidad constituyen un elemento importante del programa de GC y la metodología de esta última.

Administrar el cambio

La resistencia es casi inevitable cuando se trata de establecer un programa de garantía de calidad. Al comienzo, algunos gerentes y miembros del personal tendrán temor de las críticas, la pérdida de poder y el cambio en sí. Los miembros del personal que son nuevos en las funciones de liderazgo y de toma de decisiones pueden temer acerca de sus nuevas cargos. Incluso cambios saludables pueden crear incomodidad, incertidumbre y conflicto. Para minimizar la resistencia, se necesita un enfoque cuidadoso en secuencia y debe cultivarse un ambiente de apertura y franqueza. Aunque las estrategias para manejar el cambio tienen que adaptarse para satisfacer las necesidades de cada organización singular, diversas recomendaciones son de aplicación general.

En primer lugar, es esencial la participación del personal a todos los niveles si es que ha de manejarse bien el cambio. Los enfoques de participación para elaborar el plan, escoger un comité de GC y elaborar indicadores y normas, llevará a un sentido de propiedad común tanto de los problemas como de las soluciones.

En segundo lugar, los facilitadores externos o los expertos a veces pueden ser útiles en una organización para manejar el cambio que es particularmente difícil. Las personas de afuera a menudo pueden realizar aportes valiosos por su objetividad y perspectiva frescas que pueden serle útiles a la gente de adentro para ver problemas que son tan obvios y, por ende, pasan inadvertidos.

Finalmente, los administradores de alto nivel deben hacer un esfuerzo especial para comunicarse con el personal durante la época de cambio. Tienen que estar disponibles para explicar los cambios, escuchar las preocupaciones del personal y reasegurar al equipo que con el tiempo los cambios traerán progreso. Con el paso del tiempo, la resistencia cede el paso a los avances de calidad y el proceso continuo de mejora se convertirá en parte integral de la organización.

En última instancia, el éxito de un esfuerzo para erigir un programa de garantía de calidad depende del compromiso del personal del programa que ha colaborado en las actividades relacionadas con la calidad y en la participación eficaz entre gerentes de programa, personal y asesores externos al esfuerzo de GC. Si bien muchos de los principios que aquí se sientan pueden guiar el desarrollo de un programa de GC, cada uno de estos programas es singular y debe basarse en los conocimientos y en la creatividad de sus directivos y sus proveedores de salud, así como en los pacientes y las comunidades que sirven.

Referencias

[1] Nicholas, David D., Heiby, James R., y Hatzell, Theresa A., "The Quality Assurance Project: Introducing Quality Improvement to Primary Health Care in Less Developed Countries," *Quality Assurance in Health Care*, 3:3, Great Britain, 1991, pp. 147-165.

[2] Donabedian, Avedis, *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980, pp. 5-6.

[3] Roemer, M.I., y Montoya-Aguilar, C., "Quality Assessment and Assurance in Primary Health Care," WHO Offset Publication No., 105, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1988.

[4] Donabedian, pp. 5-6.

[5] Ruelas, Enrique y Frenk, Julio, "Framework for the Analysis of Quality in Transition: The Case of Mexico," *Australian Clinical Review*, 9, 1989, pp. 9-16.

[6] Palmer, Heather, *Ambulatory Health Care Evaluation Principles and Practice*, Chicago: American Hospital Association, 1983, p. 139.

[7] Berwick, Donald, Improving Health Care Quality, Boston: Institute for Healthcare Improvement, 1991, p. II-3.

[8] Field, Marilyn J., y Lohr, Kathleen N. (editores), Clinical Practice Guidelines - Directions for a New Program, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, D.C., 1990, p. 8.

[9] ibid.

[10] Para obtener copias, favor dirigirse a Center for Human Services, 7200 Wisconsin Avenue, Suite 600, Bethesda, MD 20814, U.S.A.

[11] Los análisis comparativos resumen el trabajo del PRICOR II:

Burns Jaeger, Janice, Franco, Lynne Miller, y Newman, Jeanne S., "Oral Rehydration Therapy in Diarrheal Disease Control: A Review of Experience in Eight Countries," September 1990.

DiPrete, Lori, "Acute Lower Respiratory Infection: A Review of Experience in Four Countries," September 1991.

Franco, Lynne Miller, "Malaria Treatment: A Review of Experience in Four Countries," June 1991.

Sonnemann, James C., McMeekin, Elizabeth, y Bossert, Thomas, "Expanded Program on Immunization: A Review of Experience in Nine Countries," September 1991.

Stinson, Wayne y Sayer, Patricia, "Growth Monitoring and Promotion: A Review of Experience in Seven Countries," August 1991.

Estos informes están a disposición de los interesados en Center for Human Services, 7200 Wisconsin Avenue, Suite 600, Bethesda, MD 20814, USA.