



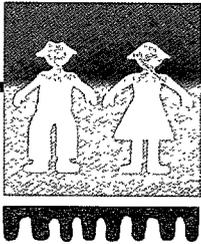
PN. AC 5843 106409



PMIC

EXPERIENCIAS CON EL PROCESO DE MEJORAMIENTO
CONTINUO DE LA CALIDAD

Casos de Estudio de América Latina



PN-ACJ-843

**PMC, EXPERIENCIAS CON EL PROCESO DE
MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD
Casos de Estudio de América Latina**



PUBLICACIONES RELACIONADAS DE MSH

Las siguientes herramientas y publicaciones de Management Sciences for Health pueden ser de utilidad para aquellas organizaciones que están planeando mejorar la calidad de sus servicios.

Actualidad Gerencial

Esta serie trimestral de educación continua enfoca temas gerenciales específicos e incluye "Soluciones Factibles" de la vida real, herramientas y técnicas, así como un caso de estudio para el desarrollo y capacitación del personal. (Disponible en español, inglés y francés.)

Las siguientes ediciones son particularmente relevantes para el Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC): el Volumen II, Número 1 de *Actualidad Gerencial*, "La Utilización del PMC para Reforzar la Planificación Familiar", una edición en tres partes que proporciona sugerencias prácticas para el uso del PMC e incluye un suplemento titulado "Instrumentos Gerenciales para el PMC", que contiene herramientas y técnicas importantes que los administradores pueden utilizar para implementar el PMC; y el Volumen V, Número 1 "Cómo Centrar la Atención en el Servicio al Cliente" que propone acciones específicas para comprender y cubrir las necesidades de los clientes, mejorar la calidad de los servicios e iniciar y mantener un enfoque en el servicio al cliente. También son relevantes el Volumen I, Número 1, "Cómo Reducir el Tiempo de Espera en las Clínicas de Planificación Familiar", y el Volumen I, Número 2 "Utilización de los Datos Sobre los Servicios" y su suplemento "Guía para la Representación Gráfica de Datos que Apoyan la Toma de Decisiones".

El Manual del Administrador de Planificación Familiar: Técnicas para Mejorar la Gestión de Programas

Esta guía práctica para administradores de programas de salud y planificación familiar incluye capítulos sobre planificación, planificación del trabajo, contratación de personal, supervisión, capacitación, información gerencial, logística de los anticonceptivos, información financiera y sustentabilidad. (Disponible en español, inglés, francés, portugués, árabe y bangla.)

Publicaciones Electrónicas

El ERC, el Centro de Recursos Electrónicos de Actualidad Gerencial proporciona respuestas prácticas a los interrogantes en el área gerencial, herramientas fáciles de usar, información sobre prácticas gerenciales efectivas y revisiones de tendencias gerenciales recientes. En particular ver la publicación titulada *Guide to Managing for Quality*, un esfuerzo conjunto de MSH y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Esta guía proporciona información clara y práctica así como herramientas y técnicas para mejorar la calidad de los servicios y prestar servicios de calidad en forma consistente. Para mayor información, por favor envíe un mensaje de correo electrónico (e-mail) a erc@msh.org o visite el sitio ERC en la Red WWW en <http://erc.msh.org/readroom/espanol/index.htm>.

Para obtener mayor información sobre éstas y otras publicaciones de MSH, póngase en contacto con:

Management Sciences for Health
165 Allandale Road
Boston, MA 02130-3400 U.S.A.
Tel: (617) 524-7799
Fax: (617) 524-2825
Correo Electrónico: bookstore@msh.org
URL: <http://www.msh.org/bookstore>

PMC, EXPERIENCIAS CON EL PROCESO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

Casos de Estudio de América Latina

**Management Sciences for Health
Boston**

Producido originalmente como *CQI Experiences: Case Studies from Latin America*

©1999 por Management Sciences for Health, Inc.

Derechos de Autor ©2000 Management Sciences for Health, Inc.

165 Allandale Road

Boston, Massachusetts 02130-3400 U.S.A.

Tel.: (617) 524-7799

Fax: (617) 524-2825

Sitio en la Red WWW: <http://www.msh.org>



Esta publicación fue producida por el proyecto FPMD de Management Sciences for Health (MSH), en Boston, Massachusetts.

El financiamiento para esta publicación fue provisto por el Center for Population, Health, and Nutrition de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo el Convenio Cooperativo número CCP-A-00-95-00000-00.



La presente publicación está diseñada para ser utilizada como un herramienta tanto para los capacitadores como para los facilitadores, y como tal los estudios de casos y los recursos del PMC están diseñados para ser replicados y utilizados en el contexto de una capacitación en el proceso de mejoramiento continuo de la calidad (o PMC). Cualquier traducción o adaptación de estos materiales que se desee publicar requiere del permiso de la editorial.

Diseño de la Tapa y las Páginas: Irene Elios

Impresión: Foremost Impressions

ISBN 0-913723-75-4

Impreso en los Estados Unidos de Norteamérica



CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	VII
INTRODUCCIÓN	1
Cómo Está Organizado Este Folleto	1
Cómo Se Puede Utilizar Este Folleto	2
Los Casos: Una Visión General	2
Antecedentes	4
Aplicación del PMC a las Organizaciones de Salud en América Latina	5
Lanzamiento de una Iniciativa: Capacitación de los Administradores y del Personal Operativo en el PMC	5
Seguimiento de una Iniciativa PMC	6
VINCULACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD—COAHUILA, MÉXICO	7
Recursos del PMC para Vincular la Planificación Estratégica y el Mejoramiento de la Calidad	17
Tres Condiciones Organizacionales Requeridas antes de Lanzar una Iniciativa PMC	17
Apoyo Institucional	17
Compromiso del Liderazgo	17
Compromiso de la Administración	18
12 Pasos para Implementar una Iniciativa PMC	18
Fase I: Inicio del Proceso/Obtención del Compromiso	18
Fase II: Formación de Capacitadores y Definición de la Intervención	19
Fase III: Participación del Personal Responsable de Prestar Servicios	19
Fase IV: Monitoreo de la Iniciativa PMC	20
FOCO EN LA PERSPECTIVA DEL CLIENTE—HUANTA, PERÚ	21
Recursos del PMC para Enfocar en la Perspectiva del Cliente	29
Enfoque al Cliente	29
Cómo Escuchar las Quejas de los Clientes	29
Cómo Usar un Buzón de Sugerencias y Quejas	30
Cómo Utilizar un Registro de Quejas	30
Conducción de las Encuestas de Salida	30
Preparación para las Encuestas de Salida	31
Consejos para Realizar las Encuestas de Salida	31
Análisis de los Datos Recolectados en las Encuestas de Salida y Presentación de los Hallazgos	32
Ejemplo de Encuesta de Salida para una Consulta Externa	33

ESTABLECIMIENTO DE LOS EQUIPOS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD—JULIACA, PERÚ	35
Recursos del PMC para Establecer los Equipos de Mejoramiento de la Calidad	45
Ejercicios Grupales para los Talleres de Capacitación en PMC	45
El Periódico Mural	45
El Buzón de Sugerencias y Quejas Ficticio	46
Sociodramas	46
Identificación y Priorización de los Problemas en la Prestación de Servicios	46
Paso Uno: Identificar los Problemas en la Prestación de Servicios	47
Paso Dos: Seleccionar los Problemas Más Importantes en la Prestación de Servicios	47
Organización de Equipos	48
Equipo Coordinador, o Equipo Rector	49
Equipos Interfuncionales	49
Equipos Naturales	49
Equipo Asesor	49
 SEGUIMIENTO DEL AVANCE LOGRADO POR LOS EQUIPOS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD—JULIACA, PERÚ	 51
Recursos del PMC para Efectuar un Seguimiento del Avance Logrado por los Equipos de Mejoramiento de la Calidad	61
Papel de Seguimiento del Coordinador del Equipo	61
Papel de Seguimiento del Equipo Coordinador o Equipo Rector	61
Eliminación Gradual de la Dependencia en un Facilitador o Asesor Externo	62
 MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS—LA PAZ, BOLIVIA	 63
Recursos del PMC para Mejorar los Procesos de Prestación de Servicios	71
Mejoramiento del Flujo de Clientes	71
Modelo para el Desarrollo de un Sistema de Cita Previa	72
Modelo para el Establecimiento de un Sistema de Revisión de los Expedientes Médicos	73
 FORMACIÓN DE FACILITADORES INTERNOS DEL PMC—LA PAZ, BOLIVIA	 77
Recursos del PMC para Formar Facilitadores Internos del PMC	85
Criterios para la Selección de Facilitadores Internos del PMC	85
Perfil del Facilitador Interno del PMC	86
Obligaciones y Responsabilidades de los Facilitadores Internos del PMC	86
 ACERCA DE MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH	 89



AGRADECIMIENTOS

Desde 1994, Management Sciences for Health (MSH), bajo el proyecto FPMD, ha estado trabajando con gerentes, administradores y proveedores de servicios de salud a través de toda América Latina con la finalidad de aplicar la metodología del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) para mejorar la calidad de sus servicios a través de la resolución de los problemas organizacionales y de prestación de servicios. Esta serie de experiencias con el PMC documenta los logros alcanzados, las dificultades que se encontraron y los métodos y herramientas que se utilizaron para introducir el PMC a los centros de prestación de servicios de salud en Perú, México y Bolivia.

Este trabajo se ha beneficiado del liderazgo de Lourdes de la Peza, Especialista en Desarrollo Organizacional de Programas quien trabaja en el proyecto FPMD de MSH. Ella organizó, planificó e implementó cada una de las iniciativas del PMC descritas en esta publicación y en cada instancia facilitó el Taller de Introducción al Enfoque de Calidad para el personal gerencial y para los proveedores de servicios que lanzaron esta iniciativa. Como se ha comprobado una y otra vez, la profunda confianza de la señora de la Peza en la capacidad de la gente para asumir un compromiso de cambio, crea un medio de aprendizaje que transforma a los individuos y a las organizaciones así como a los servicios que estos prestan.

Esta publicación fue redactada por Lourdes de la Peza y editada por Laura Lorenz y Maribel Díaz, bajo la dirección editorial general de Janice Miller. La edición en español fue traducida por Eliana Gottschalck y editada por Elena Décima, Laura Lorenz y Claire Bahamon. Ceallaigh Reddy se encargó de la diagramación de las páginas y Linda Suttentfield coordinó el diseño de la tapa y la impresión. También deseamos hacer extensivo nuestro agradecimiento a los numerosos integrantes del personal de MSH que revisaron el material y contribuyeron con sus comentarios mientras se preparaba la publicación—David Dobrowski, Alison Ellis, Rebecca Marshall, Mary McGovern, María Pía Sánchez y Pamela Teichman. También quisiéramos agradecer las contribuciones de la Dra. María Cristina Rentería, ex Coordinadora Nacional del Servicio de Salud Reproductiva de la Caja Nacional de Salud de Bolivia y María Dávila, consultora del Hospital Estatal de la Mujer, en Coahuila, México por el trabajo que realizaron en apoyo de las iniciativas PMC en Bolivia y México, respectivamente.

Desearíamos también agradecer en forma particular a los administradores y prestadores de servicios en las organizaciones en las que se implementaron estas iniciativas. El trabajo descrito en estas experiencias fue posible debido a su compromiso, dedicación, entusiasmo y profesionalismo.

Finalmente, apreciamos el apoyo brindado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) para el desarrollo de esta publicación, y el interés de la Agencia y su compromiso con el trabajo del proyecto FPMD para mejorar la calidad de los servicios provistos por los programas de salud en todo el mundo. El apoyo financiero para esta publicación fue provisto por USAID bajo el Convenio Cooperativo del proyecto FPMD.

Esperamos que las organizaciones que proveen servicios de salud en América Latina y en el Caribe, así como en otros lugares encuentren que esta publicación es útil para tomar decisiones a nivel gerencial y administrativo, así como para proporcionar al personal oportunidades de desarrollar sus habilidades, mejorar las actitudes de los proveedores de servicios, aumentar el grado de satisfacción del cliente, y mejorar el proceso de prestación de servicios a medida que trabajan para mejorar la calidad de sus servicios.



INTRODUCCIÓN

Esta serie de seis casos de estudio del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) documenta la experiencia de Management Sciences for Health en diversos centros de salud en Perú, México y Bolivia al introducir el PMC con la finalidad de mejorar la calidad de sus servicios. Los casos están descritos desde el punto de vista de Lourdes de la Peza, Especialista en Desarrollo Organizacional de Programas del proyecto FPMD. En cada una de estas instancias, Lourdes de la Peza trabajó con el personal de la alta gerencia y personal operativo para introducir el PMC, y guiarlos en establecer los equipos de mejoramiento de la calidad, formar los facilitadores en el PMC, y planificar e implementar los primeros proyectos de mejoramiento de la calidad. Los escenarios donde se desarrollaron estos casos son dos hospitales públicos en el Perú, un hospital estatal en México y varias clínicas de atención primaria del Instituto del Seguro Social del gobierno Boliviano. En cada uno de estos casos, los administradores y el personal aplicaron exitosamente la iniciativa PMC para mejorar las actitudes del personal, aumentar el grado de satisfacción de los clientes, mejorar el proceso de prestación de servicios y mejorar la calidad de estos servicios.

Una de las claves del éxito de las experiencias de PMC descritas en este folleto es la integración de la capacitación y el mejoramiento de la administración a las funciones cotidianas de la organización. Otro elemento clave es la creación de un ambiente que permita que ocurra el cambio. El enfoque al mejoramiento de la calidad del PMC ayuda a los gerentes, administradores y al personal a trabajar juntos para identificar y analizar los problemas existentes en la prestación de servicios. También los ayuda a colaborar para encontrar soluciones, preparar planes de acción y llevar a cabo actividades de mejoramiento que pueden tener un impacto sobre la motivación de los proveedores de servicios y la calidad de la atención en el largo plazo.

Estos casos documentan instancias en las que los administradores y el personal que presta servicios de salud se sintieron motivados para encarar sus problemas, colaborar al mejoramiento de la calidad, y mejorar la forma en la que proveen los servicios. Sus esfuerzos constituyen un testamento del potencial que existe en cada organización para transformar y mejorar substancialmente la calidad de los servicios cuando se asume un compromiso de trabajar juntos para realizar cambios.

CÓMO ESTÁ ORGANIZADO ESTE FOLLETO

Esta publicación contiene seis ejemplos de la vida real, tomados de organizaciones del sector público y privado en América Latina que utilizaron el PMC para mejorar la calidad de sus servicios, e incluye los métodos y herramientas que utilizaron para implementar sus iniciativas. Cada ejemplo resume la experiencia de Lourdes de la Peza en la planificación e implementación de la iniciativa. De vez en cuando, los detalles de la experiencia han sido cambiados para hacerla más útil como ejemplo didáctico. Los casos describen brevemente a las organizaciones y a sus clientes, el proceso por el que atravesaron los administradores y el personal en las etapas de planificación, implementación y seguimiento de su iniciativa PMC, y el impacto que ha tenido en la calidad de los servicios. Cada caso comienza con un recuadro que contiene una breve visión general, incluye una lista de los objetivos de aprendizaje y una lista de los métodos y herramientas del PMC que acompañan el caso, y concluye con una lista de preguntas para discusión. Cada caso está acompañado por métodos y herramientas que los capacitadores, facilitadores, administradores y el personal utilizaron para implementar la iniciativa PMC descrita en el caso. Al final de esta sección se proporciona una visión general del PMC.

CÓMO SE PUEDE UTILIZAR ESTE FOLLETO

El propósito de este folleto es doble: compartir experiencias de la vida real en las cuales las organizaciones y centros de salud han utilizado el PMC para gestionar la calidad de sus servicios de salud, y compartir las herramientas y recursos que utilizaron al aplicar la metodología.

Este folleto puede ser utilizado por los administradores o por el personal para aprender sobre el PMC y para planificar e implementar una iniciativa PMC en la prestación de servicios. También está diseñado para ser utilizado por capacitadores y facilitadores en la conducción de sesiones de capacitación en PMC para administradores y personal de las organizaciones de salud, o para planear el lanzamiento de un esfuerzo PMC. Este material ayudará a capacitar a los participantes para que comprendan la importancia de la perspectiva del cliente, identifiquen las necesidades del cliente, formen equipos de mejoramiento de la calidad e implementen y supervisen proyectos de mejoramiento de la calidad.

Esperamos que nuestros lectores encuentren que estos casos y herramientas son útiles tanto para mejorar su comprensión de esta metodología efectiva como para ayudarlos a introducirla en sus organizaciones y centros de salud. Esperamos que despierte en todos los lectores el deseo de usar esta metodología transformadora para mejorar la calidad de los servicios que prestan.

LOS CASOS: UNA VISIÓN GENERAL

Este folleto describe seis casos: tres del Perú, uno de México y dos de Bolivia. A continuación, encontrará una breve descripción de cada caso. Al final de cada caso encontrará varios métodos y herramientas del PMC que fueron utilizados en cada experiencia en particular. Esperamos que sean útiles para la capacitación de administradores y proveedores de servicio en el PMC y/o para la planificación, implementación, seguimiento y monitoreo de una iniciativa PMC.

Vinculación de la Planificación Estratégica y el Mejoramiento de la Calidad—Coahuila, México

Este caso muestra cómo los dirigentes del Estado de Coahuila en México y los administradores del Hospital Estatal de la Mujer en la ciudad de Coahuila utilizaron el PMC para lograr uno de sus objetivos estratégicos: la transformación de un hospital general del sector público en un hospital especializado para la mujer. También el caso demuestra el impacto que una iniciativa PMC puede tener en mejorar las actitudes de los proveedores y aumentar la utilización de los servicios por parte de los clientes, aun mientras la organización encara sus problemas laborales y de infraestructura. Las herramientas que acompañan este caso son:

- ◆ Tres Condiciones Organizacionales Requeridas antes de Lanzar una Iniciativa PMC;
- ◆ 12 Pasos para Implementar una Iniciativa PMC.

Foco en la Perspectiva del Cliente—Huanta, Perú

Este caso muestra como un equipo de mejoramiento de la calidad en el Hospital de Huanta utilizó un buzón de sugerencias y quejas y realizó encuestas de salida para recolectar información de los clientes, identificar brechas en la calidad, evaluar las necesidades de los clientes para mejores servicios, identificar los obstáculos a la calidad y realizar mejoras en la calidad. Sus esfuerzos redujeron el tiempo de espera y mejoraron el trato que daba el personal a los clientes en la consulta externa. Las herramientas que acompañan este caso son:

- ◆ Enfoque al Cliente;
- ◆ Conducción de las Encuestas de Salida;
- ◆ Ejemplo de Encuesta de Salida para una Consulta Externa.

Establecimiento de los Equipos de Mejoramiento de la Calidad—Juliaca, Perú

Este caso relate la historia de cómo la metodología de capacitación del PMC cambió la actitud de los proveedores de servicios del Hospital Carlos Monge Medrano y cambió también su comportamiento hacia los clientes. Muestra cómo el proceso de formación de equipos de mejoramiento de la calidad comienza cuando la alta gerencia asume el compromiso de utilizar el PMC para mejorar la calidad de los servicios, y continua cuando los administradores y el personal se capacitan en PMC y forman equipos de mejoramiento de la calidad. Como resultado de su capacitación en PMC, los miembros de los equipos comenzaron a colaborar para aplicar el proceso de resolución de problemas y determinar las maneras de mejorar la calidad de sus servicios. Las herramientas que acompañan este caso son:

- ◆ Ejercicios Grupales para los Talleres de Capacitación en PMC;
- ◆ Identificación y Priorización de los Problemas en la Prestación de Servicios;
- ◆ Organización de Equipos.

Seguimiento del Avance Logrado por los Equipos de Mejoramiento de la Calidad—Juliaca, Perú

Durante la etapa de seguimiento, los miembros de los equipos de mejoramiento de la calidad del Hospital Carlos Monge Medrano trabajaron juntos para resolver los problemas prioritarios. Aclararon los papeles y responsabilidades de los miembros de los equipos y determinaron cómo usar su tiempo en forma eficiente. Sus actividades de resolución de problemas se concentraron en realizar un análisis de las causas de los problemas y preparar e implementar proyectos de mejoramiento de la calidad. Sus esfuerzos dieron como resultado un aumento del número de casos en sus servicios de planificación familiar y salud reproductiva, un aumento en la utilización de estos servicios por parte de los varones, la reducción del tiempo de espera y un mayor acceso para clientes a la consulta externa. Las herramientas que acompañan este caso son:

- ◆ Papel de Seguimiento del Coordinador del Equipo;
- ◆ Papel de Seguimiento del Equipo Coordinador o Equipo Rector;
- ◆ Eliminación Gradual de la Dependencia en un Facilitador o Asesor Externo.

Mejoramiento de los Procesos de Prestación de Servicios—La Paz, Bolivia

Este caso muestra cómo los equipos de mejoramiento de la calidad en la Caja Nacional de Salud desarrollaron procesos para resolver los problemas en la prestación de servicios relacionados con el tiempo de espera, el flujo de clientes y los expedientes clínicos. Los equipos analizaron los problemas prioritarios, desarrollaron nuevos procesos para prestar servicios, probaron los nuevos procesos, y comprobaron su eficacia para mejorar la calidad. Sus esfuerzos redujeron el tiempo de espera de los clientes, redujeron el flujo innecesario de clientes a través de las clínicas, redujeron el extravío de los expedientes clínicos y dieron como resultado el establecimiento de un sistema de cita previa y un proceso de evaluación interna y acreditación. Las herramientas que acompañan este caso son:

- ◆ Mejoramiento del Flujo de Clientes;
- ◆ Modelo para el Desarrollo de un Sistema de Cita Previa;
- ◆ Modelo para el Establecimiento de un Sistema de Revisión de los Expedientes Clínicos.

Formación de Facilitadores Internos del PMC—La Paz, Bolivia

Este caso presenta la exitosa historia del desarrollo de facilitadores internos del PMC en la Caja Nacional de Salud. Estos facilitadores capacitados, que eran ya proveedores de servicios empleados por las clínicas de la Caja, condujeron talleres de introducción al PMC para el personal gerencial, administrativo y operativo de la Caja, proporcionaron seguimiento y apoyo técnico a los equipos de mejoramiento de la calidad y capacitaron a nuevos miembros del equipo en la medida necesaria. La formación de facilitadores internos permitió a la Caja ampliar su iniciativa PMC a un total de siete clínicas en la ciudad de La Paz. Las herramientas que acompañan este caso son:

- ◆ Criterios de Selección de Facilitadores Internos del PMC;
- ◆ Perfil del Facilitador Interno del PMC;
- ◆ Obligaciones y Responsabilidades de los Facilitadores Internos del PMC.

ANTECEDENTES

En la década de los '30, W. Edwards Deming y Joseph M. Juran, dos estadounidenses que trabajaban en Western Electric Laboratories (que posteriormente se convirtió en AT&T Bell Laboratories), desarrollaron un nuevo enfoque a la administración industrial que denominaron "Control de Calidad", y posteriormente, "Control Total de la Calidad". Este enfoque concediera mayores facultades a los empleados, permitiéndolos participar en el proceso de mejorar su desempeño en el trabajo. Su enfoque difería mucho del enfoque de "perro guardián" o de auditoría gerencial del desempeño que era el más aceptado en aquella época, a través del cuál los administradores regulaban y castigaban a los empleados con el fin de mejorar su desempeño en el trabajo.

La industria japonesa reconoció el valor de este proceso administrativo y lo utilizó para revolucionar el sector industrial y la economía nacional del Japón. Desde entonces, las industrias de todo el mundo han adoptado el PMC para mejorar la calidad de su producción así como sus procesos administrativos.

El término japonés *kaizen* expresa muy aptamente el principio del PMC como la búsqueda continua de oportunidades para que todos los procesos mejoren.¹ El enfoque del PMC está basado en la creencia de que a los individuos les importa la calidad de su trabajo y responderán productivamente a las oportunidades de mejorar su desempeño en el trabajo. Los tres dogmas del PMC son:

- ◆ Use métodos cuantitativos para evaluar los procesos de producción (o de prestación de servicios);
- ◆ Logre que la satisfacción de los clientes sea la meta del proceso de producción (o de prestación de servicios);
- ◆ Faculte a los empleados a través del trabajo en equipo y de compartir la responsabilidad de mejorar la calidad.

En la década de los '80, el sector salud en los Estados Unidos comenzó a incorporar el enfoque del PMC a sus sistemas gerenciales de salud. En la actualidad, éste se aplica en las clínicas alrededor de todo el mundo. Los administradores que asumen un compromiso con el PMC logran que el personal de todos los niveles de una organización o centro de prestación de servicios tome parte en un esfuerzo colaborativo para mejorar constantemente el proceso de prestación de servicios, con la meta de mejorar la calidad de los servicios que proveen.

¹ D. M. Berwick. "Sounding Board: Continuous Improvement as an Ideal in Health Care." *The New England Journal of Medicine*. Boston: Massachusetts Medical Society, 320 (1), pp 53-56. Enero 5 de 1989.

APLICACIÓN DEL PMC EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

Esta publicación presenta la manera en la que la metodología PMC fue aplicada al trabajo que realiza MSH con las organizaciones de salud en América Latina. Toma como punto central el proceso o la secuencia de actividades necesarias para prestar un servicio desde el momento que un cliente llega a una clínica o un centro de salud hasta el momento que él o ella realmente recibe un servicio. Al aplicar el PMC en sus instituciones, los gerentes, administradores y proveedores de servicios de todos los departamentos trabajan en equipos para evaluar la calidad de sus servicios, identificar brechas en la calidad y realizar mejoras constantes en la calidad de estos servicios.

El enfoque PMC, en la forma que se aplica en las organizaciones de salud, se basa en tres principios clave: el enfoque al cliente, el trabajo en equipos y la mejora del proceso de prestación de servicios.

- ◆ **Enfoque al Cliente.** El enfoque al cliente significa reconocer que el cliente es el que define la calidad de la prestación de un servicio de salud. El PMC concientiza al proveedor de servicios acerca del valor que tiene la perspectiva del cliente y le ayuda a integrar actividades orientadas hacia el cliente, como escuchar al cliente y responder a sus necesidades dentro del proceso de prestación de servicios.
- ◆ **Trabajo en Equipos.** Aplicar la metodología PMC implica trabajar en varios tipos de equipos, incluyendo el equipo coordinador, el equipo de facilitadores y los equipos de mejoramiento de la calidad, que analizan y mejoran el proceso de prestación de servicios. Los equipos de mejoramiento de la calidad pueden ser “interfuncionales”, conformados por miembros de diferentes departamentos, o “naturales”, compuestos por miembros de un solo departamento. Cuando se comienza a planificar e implementar las actividades de mejoramiento, generalmente trabajan en equipos interfuncionales. Posteriormente, pueden darse cuenta de que los equipos naturales son más prácticos para desarrollar e implementar estrategias para resolver problemas más técnicos, como el mantenimiento de registros y archivos para la administración financiera.
- ◆ **Mejoramiento del Proceso de Prestación de Servicios.** Al trabajar para mejorar los procesos, los equipos de mejoramiento de la calidad examinan en primer término el proceso de prestación del servicio y luego describen y analizan los problemas que tienen un impacto negativo en las percepciones de sus clientes acerca de lo que es un servicio de calidad. Los equipos priorizan estos problemas y planifican e implementan actividades que pueden llevar a cabo por sí solos para mejorar la calidad del servicio.

LANZAMIENTO DE UNA INICIATIVA: CAPACITACIÓN DE LOS ADMINISTRADORES Y DEL PERSONAL OPERATIVO EN EL PMC

En cada uno de los casos de este folleto, la organización lanzó la iniciativa PMC a través de un taller de introducción al PMC para el personal de la alta gerencia y el personal operativo clave. A menudo la capacitación fue conducida por un facilitador externo. Este taller de introducción ayudó a asegurar el compromiso del personal de la alta gerencia para mejorar la calidad, una condición previa para lograr el éxito de cualquier iniciativa PMC.

Los dos tipos de capacitación fundamentales para la metodología PMC descrita en este folleto son:

- ◆ **Taller inicial de PMC para el personal de la alta gerencia, los administradores y miembros selectos del personal encargado de prestar servicios.** Durante este taller, generalmente conducido por un facilitador externo, los participantes identifican los problemas institucionales y otras preocupaciones importantes que deben ser resueltas antes de que se pueda introducir el PMC en sus centro u organización. Ellos priorizan sus problemas y desarrollan un plan general de mejoramiento de la calidad para implementar una iniciativa PMC.

◆ **Capacitación inicial de PMC para gerentes, administradores y proveedores de servicios.**

Durante esta capacitación, que puede ser conducida ya sea por un facilitador externo o interno, los participantes aprenden acerca de la importancia de enfocar al cliente para mejorar la calidad. El facilitador introduce la metodología PMC, y el proceso que será implementado en esa organización y los participantes forman los equipos de mejoramiento de la calidad. El facilitador también comienza a sentar las bases para apoyar o realizar un “seguimiento” de los equipos a medida que estos planifican, implementan, supervisan y evalúan sus proyectos de mejoramiento de la calidad.

La capacitación inicial de PMC incluye ejercicios de grupo que ayudan a los participantes a reconocer que sus propias actitudes y comportamientos son, a veces, el mayor obstáculo para mejorar la calidad de los servicios. Esta comprensión a menudo despierta en ellos un deseo de cambiar sus comportamientos hacia los clientes y a mejorar sus prácticas personales. Antes de concluir el taller, muchos participantes expresan un compromiso renovado con su misión como trabajadores de salud.

Al final de su capacitación, los administradores y el personal generalmente forman dos equipos complementarios de mejoramiento de la calidad—un equipo coordinador y un equipo de capacitación. Los miembros del equipo coordinador se encargan de liderizar la iniciativa PMC. Los miembros del equipo de capacitación funcionan como facilitadores internos para desarrollar la capacidad interna de un centro u organización en el uso del PMC con el objeto de encarar sus problemas de tipo administrativo o de prestación de servicios. Juntos ellos apoyan a los equipos interfuncionales de mejoramiento de la calidad ayudando a facilitar el acceso al financiamiento, proporcionando espacio físico para la celebración de reuniones y realizando un seguimiento, entre otras cosas. El desarrollo de la capacidad interna para proveer liderazgo, supervisión y capacitación a los equipos de mejoramiento de la calidad es una estrategia clave para mantener una iniciativa PMC en muchas organizaciones.

SEGUIMIENTO DE UNA INICIATIVA PMC

Cuando los administradores y el personal regresan a sus puestos de trabajo después de la capacitación inicial de PMC, el cambio en sus comportamientos y el aumento de su sensibilidad a las necesidades de los clientes a menudo tiene un impacto significativo en la mejora de las percepciones del cliente sobre la calidad de los servicios ofrecidos, aun antes de que los equipos de mejoramiento de la calidad comiencen a llevar a cabo sus actividades. A pesar de la importancia de esta capacitación inicial, sin embargo, el aprendizaje más importante sobre el mejoramiento de la calidad ocurre cuando los administradores y los proveedores aplican nuevas habilidades a sus actividades cotidianas. Sin embargo, muchas organizaciones cuentan con recursos limitados para supervisar, apoyar y realizar un seguimiento de sus equipos de mejoramiento de la calidad.

La formación de facilitadores internos es una manera efectiva de mantener el proceso PMC, a un costo razonable. Estos facilitadores internos capacitados también pueden ayudar a eliminar algunas de las cargas administrativas del PMC que recaen sobre el personal de la alta gerencia en lo que respecta a la provisión de un apoyo constante a los equipos de mejoramiento de la calidad. Algunas organizaciones o instituciones apoyan su iniciativa PMC utilizando los servicios de capacitación de las agencias estatales o federales del gobierno o de las instituciones educativas tanto para la capacitación como para el seguimiento del trabajo de los equipos de mejoramiento de la calidad.

Ya sea que una organización capacite facilitadores internos del PMC por cuenta propia o recurra a fuentes externas de capacitación, puede mantener con mayor facilidad su iniciativa PMC si los equipos de capacitación y coordinación del PMC están integrados a las operaciones diarias de la organización.



VINCULACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

Coahuila, México

Aun bajo circunstancias difíciles, los dirigentes y administradores pueden emplear el PMC para apoyar los objetivos estratégicos y mejorar las actitudes de los proveedores. Este caso muestra como un grupo de administradores en México utilizó el PMC para apoyar los objetivos estratégicos del estado de proveer servicios de salud integrados a la mujer dentro del sector público. El PMC les ayudó a transformar el Hospital General de Saltillo en un hospital especializado para proveer servicios de salud integrados para la mujer. La iniciativa ayudó también a mejorar las actitudes de los proveedores de servicios y la calidad de los mismos, aun mientras se resolvían los problemas laborales y de infraestructura del hospital.

Resultados

Esta iniciativa PMC en un hospital de Coahuila, México dio como resultado un aumento del 86% en los servicios de planificación familiar post-parto y un incremento del 70% en los casos de emergencia tratados. También ayudó a mejorar la armonía entre los trabajadores y la administración, redujó la rotación del personal, aumentó el grado de satisfacción de los proveedores de servicios con su trabajo, ayudó en la elaboración de manuales de procedimientos para la prestación de servicios, y mejoró la calidad de la atención. El gobierno está planeando aplicar la metodología PMC en otros centros de salud en todo el estado.

Objetivos de Aprendizaje

Después de analizar este caso y las herramientas que lo acompañan, los lectores estarán en condiciones de:

- ◆ Evaluar si cuentan con la infraestructura requerida, el liderazgo y el compromiso del personal para apoyar una iniciativa PMC;
- ◆ Encarar condiciones de conflicto potencial antes de lanzar una iniciativa PMC;
- ◆ Usar el PMC para apoyar los planes estratégicos.

Métodos y Herramientas del PMC que Acompañan Este Caso

Los administradores y el personal operativo utilizaron los siguientes métodos y herramientas del PMC, que se encuentran en las páginas 17-20:

- ◆ Tres Condiciones Organizacionales Requeridas antes de Lanzar una Iniciativa PMC;
- ◆ 12 Pasos para Implementar una Iniciativa PMC.

ANTECEDENTES

Uno de los objetivos más importantes en el Plan de Desarrollo de 1994 para el Estado de Coahuila era proporcionar una atención integrada a las mujeres a través de los servicios públicos de salud. Respaldando este objetivo, el plan estratégico de 1995-97 de la Secretaría de Salud y Desarrollo Comunitario del estado incluyó como proyecto clave la transformación del Hospital General de Saltillo en un Hospital Estatal de la Mujer que proveyera servicios de salud integrados para la mujer. La Dra. Lourdes Quintanilla, Secretaria

de Salud, me pidió que trabajara con su equipo en la preparación del hospital para dicha transformación, introduciendo en primer lugar PMC con el fin de mejorar la administración así como la prestación de servicios.

Mi primera actividad, a principios de 1996, consistía en evaluar si la infraestructura del hospital, el compromiso del liderazgo y el compromiso del personal administrativo podrían apoyar adecuadamente la introducción del PMC. Mi hallazgo más importante fue que en primera instancia el hospital tendría que encarar su frágil infraestructura y los problemas del sindicato que no habían sido resueltos, antes de introducir el PMC a sus operaciones de prestación de servicios. Específicamente, encontré lo siguiente:

- ◆ **Infraestructura hospitalaria inadecuada.** La logística de los suministros del hospital era inadecuada, lo que impedía mejorar la calidad de los servicios ofrecidos y contribuía a la actitud generalmente negativa de muchos proveedores de servicios.
- ◆ **Falta de compromiso del liderazgo con el PMC.** El director y el subdirector del hospital estaban demasiado ocupados atendiendo los problemas del sindicato y de infraestructura como para concentrar su atención en lanzar y mantener una iniciativa PMC.
- ◆ **Falta de compromiso de la gerencia con las necesidades del personal.** Dentro del hospital, las relaciones laborales eran hostiles, y muchos gerentes, administradores, y miembros del personal tenían una actitud negativa acerca de su trabajo. Era común el incumplimiento de tareas asignadas, funciones y horarios establecidos.

(Para mayor información con respecto a las condiciones de la organización antes de lanzar una iniciativa PMC, ver las páginas 17–18.)

En julio de 1996, me reuní con la Junta Directiva, los administradores del hospital y con el director del centro de salud anexo. Les presenté mis hallazgos y les expliqué la necesidad de cumplir estas tres condiciones—infraestructura adecuada, compromiso del liderazgo y compromiso del personal administrativo—antes de introducir el PMC. Además les presenté un resumen de los doce pasos que el hospital debería seguir para lanzar una iniciativa PMC con el fin de mejorar la calidad de los servicios. (Para una lista de estos doce pasos, ver las páginas 18–20.)

A la luz de mi evaluación, decidimos demorar la introducción del PMC a las operaciones de prestación de servicios. En su lugar decidimos emplear la metodología PMC para diagnosticar y resolver los problemas laborales y de infraestructura del hospital. Nuestro primer paso consistió en preparar a la administración del hospital, los administradores del centro de salud, los representantes de la Jurisdicción Sanitaria, al personal de salud reproductiva y al director de la unidad estatal de enseñanza para que asumieran el liderazgo en esta iniciativa PMC. En agosto de 1996, participaron en un taller inicial de PMC para identificar las restricciones más importantes que impedían mejorar la infraestructura del hospital y la actitud de los empleados. Las restricciones más importantes que ellos identificaron eran:

- ◆ Falta de motivación del personal;
- ◆ Ambiente laboral hostil;
- ◆ Falta de suministros;
- ◆ Falta de capacitación para el personal;
- ◆ Incumplimiento con las tareas asignadas y con los horarios de trabajo.

Posteriormente, los participantes formaron un equipo coordinador para supervisar la iniciativa PMC. El equipo coordinador identificó dos objetivos:

- ◆ Mejorar las condiciones de trabajo;
- ◆ Preparar equipos de mejoramiento de la calidad para introducir el PMC.

El equipo coordinador propuso además cinco acciones para cumplir con sus objetivos:

- ◆ Encarar las irregularidades referentes a los derechos laborales;
- ◆ Restablecer las relaciones de la administración con el sindicato;
- ◆ Establecer políticas administrativas claras que fomenten una relación transparente y basada en el apoyo mutuo entre la administración y los empleados;
- ◆ Restituir las reglas internas de trabajo.

Consideración de los conflictos con el sindicato. El equipo coordinador se dio cuenta rápidamente que las condiciones de trabajo y los derechos laborales no podrían resolverse sin antes negociar con el sindicato nacional de trabajadores de la salud. A su vez, las negociaciones tenían que ser manejadas por el Secretario de Salud del Estado y no por el hospital. El Secretario de Salud, el director de servicios de salud y el director administrativo iniciaron reuniones semanales con los dirigentes sindicales, y el Secretario de Salud ofreció una capacitación inicial de PMC para todos trabajadores del hospital que eran miembros del sindicato, idea que fue aceptada por el sindicato.

Revisión del plan de acción del equipo. El equipo de coordinación modificó sus objetivos para concentrarse en los dos problemas de prestación de servicios cuya resolución podría dar como resultado un cambio tangible, que fomentaría el apoyo del personal para el PMC. El equipo decidió enfocar los siguientes aspectos:

- ◆ Mejorar el flujo de clientes en el centro de salud;
- ◆ Mejorar los servicios de planificación familiar post-parto en el hospital.

El equipo realizó el análisis de estos problemas y preparó planes para mejorar el flujo de clientes y los servicios de planificación familiar post-parto. Los esfuerzos del equipo para mejorar el flujo de clientes no tuvieron un impacto significativo, a pesar de que siguieron la metodología PMC en la implementación de sus proyectos. Para mejorar los servicios post-parto, el equipo estableció un equipo de mejoramiento de la calidad de los servicios de planificación familiar, que tuvo éxito en aumentar la utilización de los servicios de anticoncepción post-parto que ofrecía el hospital. Sin embargo, la sustentabilidad de los logros del equipo parecía incierta, debido a los continuos problemas laborales y de infraestructura.

Monitoreo de las intervenciones. A pesar de que el equipo coordinador y el equipo de planificación familiar trabajaron persistentemente en sus iniciativas, un ejercicio de monitoreo del PMC reveló que los supervisores y el personal operativo se mostraban reticentes a participar activamente en la iniciativa PMC. Además, los esfuerzos de los funcionarios del estado para satisfacer las demandas del sindicato no habían logrado solucionar el conflicto del sindicato con la administración del hospital, y la infraestructura del hospital no mejoró significativamente.

A fines de 1996, el equipo coordinador concluyó que dos de las tres condiciones para utilizar exitosamente el PMC—infraestructura adecuada del hospital y compromiso del personal gerencial de satisfacer las necesidades del personal—no habían mejorado lo suficiente como para justificar la introducción del PMC a todos los niveles del hospital. Los esfuerzos del centro de salud para mejorar la calidad se debilitaron.

EL PMC Y LA TRANSFORMACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL DE SALTILLO

A principios de 1997, el estado realizó una evaluación del plan estratégico 1995–97 de la Secretaría de Salud y Desarrollo Comunitario. Encontró que los continuos problemas laborales y la falta de una estrategia cohesiva para resolver los conflictos laborales habían frenado la transformación del Hospital General de Saltillo en un hospital estatal especializado para la mujer. El informe reafirmó la meta de la

Secretaría de proporcionar atención integrada a la mujer, hizo notar que el establecimiento de servicios especializados para mujeres era un factor clave para lograr esta meta, y expresó su apoyo al proyecto de transformación del hospital. El informe concluía, sin embargo, que el proyecto no se podía implementar bajo las circunstancias reinantes.

La Secretaría inmediatamente adoptó medidas para reactivar el proceso de transformación de la siguiente manera:

- ◆ Reemplazó al director del hospital;
- ◆ Preparó un plan de transformación detallado;
- ◆ Invirtió en la renovación del hospital;
- ◆ Estableció nuevas unidades de servicios;
- ◆ Trasladó el centro de salud del hospital a otro lugar, separado de las instalaciones del hospital pero dentro de los límites de la ciudad.

La Dra. Quintanilla me solicitó que apoyará a la nueva gerencia del hospital en la preparación del plan estratégico 1997-99 para el recientemente nombrado Hospital Estatal de Mujeres. Mi primera actividad consistió en repetir la evaluación que se había realizado en 1996 con el objeto de determinar si la infraestructura del hospital, el compromiso del liderazgo y el compromiso del personal gerencial podrían apoyar ahora la reactivación del proceso de transformación para lanzar nuevamente la iniciativa PMC.

Infraestructura

Un hallazgo muy alentador fue que en el hospital el número total de casos de servicios especializados para mujeres y las tasas de ocupación se habían incrementado substancialmente entre 1996 y 1997, con el número de atenciones en algunos servicios de salud reproductiva mostrando aumento de hasta 86%. El aumento del número de atenciones se detalla en la tabla a continuación. Estos datos me infundieron mucho optimismo y pensé que el hospital podría cumplir con las tres condiciones organizacionales requeridas para introducir exitosamente el PMC y seguir prestando servicios especializados de calidad.

**Hospital General de Saltillo/Hospital Estatal de Mujeres
Número de Atenciones en 1996-1997**

Servicios	1996	1997	% Aumento
Emergencias	5.576	9.484	70%
Partos	1.852	2.194	18,5%
Sonogramas	1.749	3.220	45,7%
Servicios de planificación familiar post-parto	29%	54%	86%
% de camas ocupadas	57%	72,4%	27%

El liderazgo asume un compromiso para lograr la transformación e implementar el PMC.

Los nuevos administradores expresaron su compromiso de completar el proceso de transformación del hospital y volver a lanzar el PMC. Se mostraron muy dispuestos a preparar un plan estratégico para guiar estas iniciativas. Su meta primordial era transformar el Hospital General de Saltillo en el Hospital Estatal de la Mujer, consolidándolo como un hospital de tercer nivel especializado en la prestación de servicios de calidad a la mujer.

Los nuevos administradores establecieron siete objetivos para su plan estratégico 1997–1999:

- ◆ Establecer nuevas políticas de administración del desempeño que promuevan un mayor diálogo entre los administradores y el personal y establezcan claras responsabilidades de desempeño;
- ◆ Ampliar y remodelar las instalaciones y la sala de operaciones del hospital;
- ◆ Aumentar el número de camas a 45;
- ◆ Aumentar el personal médico, particularmente para los servicios especializados;
- ◆ Obtener los recursos financieros, el equipo y los suministros necesarios para apoyar los nuevos servicios;
- ◆ Establecer equipos de mejoramiento de la calidad con el fin de lograr mejoras continuas en la calidad de los servicios del hospital y en las condiciones laborales de los trabajadores de salud;
- ◆ Preparar y actualizar periódicamente los equipos de mejoramiento de la calidad.

El equipo también identificó seis actividades principales necesarias para consolidar la transformación del hospital, de hospital general a hospital especializado para la mujer.

- ◆ Negociar con el hospital universitario la provisión de servicios de salud para varones;
- ◆ Reubicar el centro de salud;
- ◆ Contratar nuevo personal de acuerdo con las nuevas necesidades de prestación de servicios;
- ◆ Aprobar el presupuesto y comenzar a remodelar el hospital;
- ◆ Adquirir equipo para las nuevas unidades;
- ◆ Garantizar el abastecimiento de suministros.

El equipo recomendó además que el hospital se organizara en cinco clínicas:

- ◆ Clínica de embarazos de alto riesgo;
- ◆ Clínica de esterilidad e infertilidad;
- ◆ Clínica de la menopausia;
- ◆ Clínica de laparoscopia;
- ◆ Clínica de displasia (crecimiento celular anormal).

La administración se compromete a satisfacer las necesidades del personal. Comencé el proceso de evaluar el compromiso gerencial con el PMC entrevistando al nuevo director del hospital, designado en mayo de 1997. El expresó su compromiso para mejorar la calidad de las comunicaciones con el personal a su cargo así como con los clientes del hospital, lo que me pareció muy alentador. El tenía planeado realizar reuniones abiertas con todo el personal en forma sistemática, con el fin de mantenerlos informados acerca del avance logrado en la transformación del hospital y la implementación de la iniciativa PMC, y de brindarles un foro para que pudieran hacer preguntas y expresar sus preocupaciones. También tenía planeado establecer procedimientos para monitorear las relaciones del personal con sus superiores, medir el grado de satisfacción en el trabajo e identificar y resolver los problemas en plazos razonables. Yo abrigaba la esperanza de que él había asumido un compromiso sincero con la iniciativa PMC.

Posteriormente entrevisté a los administradores y al personal del hospital para poder evaluar su compromiso con el proceso de transformación del hospital y con el PMC. Me di cuenta que había una cierta reticencia de su parte en asumir un compromiso de cambiar la misión del hospital y su nuevo enfoque hacia las necesidades del personal y de los clientes. Al mismo tiempo, parecían decididos a dar al nuevo director una oportunidad de implementar sus iniciativas. En mi informe escribí que estos administradores y el personal estarían listos para participar activamente en el proceso de transformación y apoyarían la introducción del PMC para mejorar la calidad de los servicios.

Nuevo Lanzamiento del PMC en 1997

La primera iniciativa del nuevo director y del nuevo administrador del hospital consistía en identificar los desafíos más urgentes relacionados con la transformación de hospital general a hospital especializado, y negociar con las autoridades del estado cómo encarar estos desafíos. Su lista completa de desafíos prioritarios incluía:

- ◆ Definir, aclarar y establecer los servicios especializados del hospital;
- ◆ Negociar la transferencia de todos los servicios no relacionados con la atención de la mujer a otros centros de salud, incluyendo el hospital universitario;
- ◆ Volver a instituir regulaciones internas de trabajo y lograr que el sindicato esté de acuerdo en cumplir con las tareas asignadas y con los horarios de trabajo;
- ◆ Conseguir los recursos necesarios para remodelar las instalaciones y adquirir el equipo y los suministros requeridos para proveer los nuevos servicios.

La nueva administración consideró el apoyo a la iniciativa PMC como una parte integral de la estrategia para encarar estos desafíos.

Capacitación en PMC. En septiembre de 1997, realicé una capacitación inicial de PMC para aproximadamente 25 integrantes del personal del hospital, incluyendo los jefes de las unidades de servicio y personal operativo selecto, de modo que pudiéramos comenzar a formar facilitadores internos. Comenzamos la capacitación a pesar de que las instalaciones del centro de salud seguían siendo parte del hospital y la remodelación había sido pospuesta, lo que significaba que los conflictos laborales podían surgir nuevamente. Afortunadamente esto no ocurrió, y en noviembre el centro de salud fue finalmente reubicado. Se comenzó a remodelar el hospital y a adquirir nuevo equipo. Este avance en el proyecto de transformación nos ayudó a ganar credibilidad a nivel del personal del hospital y creó condiciones más favorables para el arranque oficial de la iniciativa PMC.

A principios de 1998, los administradores y el personal que habían participado en la capacitación inicial de PMC habían formado un equipo de “capacitación y concientización del PMC” para mejorar la calidad, con miras a compartir responsabilidades con el equipo coordinador en la conducción de la capacitación en PMC y las actividades de seguimiento. El nuevo equipo contaba con el apoyo del nuevo director del hospital y sus miembros incluían tanto al subdirector del hospital como al coordinador de servicios de salud reproductiva del estado. La Secretaría prestó apoyo adicional al equipo mediante la asignación de personal de capacitación de nivel estatal, con el fin de apoyar sus esfuerzos.

Durante 1998, el equipo de capacitación y concientización del PMC ofreció 12 talleres de capacitación con una duración de dos días (12 horas) y dos talleres de una semana y capacitó a aproximadamente 80% del personal del hospital. Los participantes de estos cursos de capacitación formaron siete nuevos equipos de mejoramiento de la calidad además del equipo coordinador y el equipo de capacitación y concientización que se habían establecidos previamente. La tabla a continuación proporciona el nombre y la función primordial de cada uno de los nueve equipos de mejoramiento de la calidad del hospital.

Equipos de Mejoramiento de la Calidad del Hospital Estatal de Mujeres

Equipo	Función Primordial
Coordinador	Adoptar el PMC como cultura organizacional, promoviendo la prestación de servicios de calidad
Capacitación y Concientización del PMC	Concientizar y capacitar a todo el personal del hospital con respecto al PMC
Sistema de Autoevaluación	Crear en los profesionales un sentido de responsabilidad en el desarrollo de sus actividades, con el objeto de satisfacer las necesidades de los clientes
Protocolos de Atención	Unificar los criterios médicos con el fin de mejorar la calidad de la atención
Manual de Procedimientos	Motivar a los diferentes departamentos del hospital a preparar manuales de procedimientos para la prestación de servicios
Información sobre el PMC	Mejorar la calidad de la información generada por cada unidad de prestación de servicios, con el fin de mejorar la confianza y credibilidad de la unidad
Satisfacción de los Clientes Internos	Mejorar el nivel de satisfacción laboral de los proveedores de servicios, con el objeto de mejorar la calidad de la atención
Satisfacción de los Clientes Externos	Aumentar el nivel de concientización acerca de la importancia de satisfacer las necesidades de los clientes, prestar servicios de calidad en forma oportuna y proponer nuevas maneras de mejorar los servicios
Reconocer los Esfuerzos del PMC	Reconocer los esfuerzos realizados por el personal del hospital para cumplir con sus obligaciones y apoyar la iniciativa PMC del hospital, con el fin de crear un ambiente de trabajo agradable

(Para mayor información acerca de la organización de equipos de mejoramiento de la calidad, ver la herramienta “Organización de Equipos” en las páginas 48–49.)

Proyectos de mejoramiento de la calidad. Los nueve equipos iniciaron proyectos de mejoramiento de la calidad a través de todo el hospital. El equipo coordinador mantuvo facilitadores locales para que proporcionaran apoyo y asistencia técnica a los equipos en el uso de la metodología PMC así como para llevar a cabo sus numerosos y diversos proyectos.

Dos de los objetivos de los equipos de mejoramiento de la calidad eran promover la armonía entre los trabajadores y la administración y reducir el cambio del personal. Para apoyar estos objetivos, el equipo responsable de reconocer los esfuerzos del PMC estableció un programa para reconocer al “Empleado del Mes”, y el equipo de autoevaluación inició una campaña para promover actitudes positivas y de superación personal. El equipo coordinador, a su vez, realizó reuniones informativas y de avance en las que podía participar todo el personal y que fomentaron el diálogo entre la administración y el personal. Estas reuniones cubrieron una amplia gama de temas, incluyendo:

- ◆ Análisis del avance de los equipos de mejoramiento de la calidad;
- ◆ Conversaciones acerca de la misión del Hospital Estatal de la Mujer;
- ◆ Examinación de la relación entre el compromiso de los empleados con la misión del hospital y el mejoramiento de la calidad de los servicios del hospital;
- ◆ Examinación de los resultados de la investigación de grupos focales referentes a las preferencias de la comunidad hacia un nuevo logotipo y lema para el hospital.

Estuve muy complacida con el avance logrado en cuanto a la transformación del hospital y la implementación de la iniciativa PMC, a pesar de los obstáculos iniciales que tuvimos que salvar. La variedad y el alcance de los proyectos de mejoramiento de la calidad que asumieron los equipos y la participación y cooperación de tantos integrantes del personal del hospital en la iniciativa, demostraron una vez más la extraordinaria capacidad de la gente para asumir un compromiso de cambiar y, en el proceso, renovarse tanto a sí mismos como a la organización para la cuál trabajan.

“¡Seamos razonables, pidamos lo imposible!”

“Este es el caso del Hospital Estatal de la Mujer, que lanzó una iniciativa para mejorar la calidad hace aproximadamente un año, permitiendo que una institución estatal lograra los índices más altos de atención, amabilidad y eficiencia, que solamente es posible encontrar, y con dificultad, en hospitales muy caros del sector privado.”

—Francisco Aguirre, Rector, Universidad Autónoma del Noreste (UANE)

Fuente: La Palabra, Saltillo, Coahuila, agosto 16 de 1998

ADAPTACIÓN DE ESTOS ESFUERZOS PMC A OTRAS INSTITUCIONES

Después del éxito logrado por los esfuerzos del Hospital Estatal de la Mujer para implementar el PMC, la Dra. Quintanilla comenzó a desarrollar planes para introducir el PMC a otros hospitales estatales y centros de salud de Coahuila, utilizando recursos financieros limitados, mediante:

- ◆ La facilitación del uso de los materiales y herramientas del PMC del Hospital Estatal de Mujeres en otros hospitales;
- ◆ La autorización a equipos del Hospital Estatal de la Mujer para viajar a otros estados a compartir sus experiencias y las lecciones aprendidas del PMC;
- ◆ La oferta del uso de los recursos de sus diferentes departamentos (como el personal de capacitación) para que presten asistencia en la capacitación de equipos y provean seguimiento;
- ◆ El apoyo a la introducción del PMC a los hospitales estatales en todo México.

Apoyo político para el cambio. Un factor importante del éxito de esta iniciativa fue el apoyo incondicional brindado por el Gobernador de Coahuila, Dr. Rogelio Montemayor, al Secretario de Salud del Estado de Coahuila y a sus esfuerzos para implementar una iniciativa PMC en el hospital. El Dr. Montemayor expresó su apoyo en forma muy elocuente:

Deseo expresar mi agradecimiento al personal del hospital por el esfuerzo desplegado en la transformación de este hospital general en un hospital de la mujer, pero lo que es aun más importante, por los profundos cambios que se están implementando actualmente para ofrecer servicios de calidad... como ya hemos visto, los esfuerzos que están haciendo son indudablemente de gran valor, particularmente para aquellos que están familiarizados con la historia de este hospital.

El apoyo del Gobernador ayudó a obtener el apoyo de otros líderes políticos para la introducción del PMC a otras organizaciones públicas. En noviembre de 1998, en el Congreso Internacional para el Intercambio de Experiencias sobre Calidad y Salud de Coahuila, patrocinado por la Secretaría de Salud y Desarrollo Comunitario, la Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR) y MSH, el Director General Dr. Perez Palacios fue el último expositor. Expresó su admiración por el éxito logrado por la Dra. Quintanilla en el uso del PMC para mejorar los servicios de salud reproductiva en el Estado de Coahuila y también anunció que la DGSR consideraría la aplicación del PMC en otros estados.

POSDATA

En los meses que han transcurrido desde la presentación de este esfuerzo en el Congreso, el hospital ha seguido recibiendo otros reconocimientos por sus exitosos esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios que presta.

Preguntas para la Discusión del Caso

1. ¿Cuáles son las tres condiciones que deben estar presentes antes de lanzar una iniciativa PMC? ¿Cómo se puede utilizar la metodología PMC para diagnosticar y resolver problemas en estas tres áreas y ayudar a establecer las bases para una iniciativa PMC?
2. ¿Cuál fue un impacto inesperado del taller inicial de PMC de 1996 para los administradores y otros líderes del hospital con respecto a la utilización de los servicios de salud reproductiva?
3. ¿Cuáles fueron los primeros pasos que se dieron para volver a lanzar la iniciativa PMC en 1997? ¿Cuáles fueron algunas de las actividades que identificó el equipo para consolidar la transformación del hospital?
4. ¿Quién dirigió los talleres de capacitación que se ofrecieron durante 1998, y qué porcentaje del personal del hospital fue capacitado? ¿Qué equipos de mejoramiento de la calidad se formaron?

El proceso de vincular el mejoramiento de la calidad a la planificación estratégica comienza cuando los líderes asumen un compromiso de utilizar el PMC para mejorar la calidad de los servicios que presta su centro u organización. Al tomar esta decisión, los líderes deben estar conscientes de:

- ◆ Las tres condiciones organizacionales que deben estar presentes para que la iniciativa sea exitosa;
- ◆ Los doce pasos para implementar una iniciativa PMC.

TRES CONDICIONES ORGANIZACIONALES REQUERIDAS ANTES DE LANZAR UNA INICIATIVA PMC

Las tres condiciones organizacionales que se requieren antes de que un centro u organización pueda lanzar una iniciativa PMC son:

- ◆ **Apoyo institucional** para proveer la infraestructura adecuada para la prestación de servicios de calidad. Se basa en poner a disposición los recursos básicos necesarios para prestar los servicios en forma continua;
- ◆ **Compromiso del liderazgo** para mejorar las operaciones de prestación de servicios. Se basa en el apoyo político y la autorización de la alta gerencia para realizar los cambios requeridos;
- ◆ **Compromiso de la administración** de satisfacer las necesidades del personal. Se basa en el compromiso de los administradores de responder a las necesidades del personal en la misma forma que el proveedor de servicios se compromete a responder a las necesidades de los clientes.

Apoyo Institucional

El PMC enfatiza mejoras graduales que normalmente no requieren de una gran inversión, sino más bien una utilización más racional de los recursos disponibles. El PMC es un proceso creativo y está basado en la buena voluntad y en el espíritu de colaboración entre todos los niveles y especialidades gerenciales y de personal. Sin embargo, para hacer bien su trabajo, los trabajadores de salud necesitan el apoyo de una infraestructura mínima, pero estable, que funcione continuamente y ponga a su disposición los recursos requeridos para prestar servicios de calidad. La ausencia de estos elementos lleva a la desmotivación y aumenta la frustración, que los proveedores de servicios comúnmente exteriorizan con comentarios como el siguiente, "¿Si a las autoridades no les importa, cómo podemos mejorar?"

Es muy importante para la institución mostrar con "hechos" su voluntad política de mejorar la infraestructura y el abastecimiento de suministros antes de lanzar una iniciativa PMC.

Compromiso del Liderazgo

Una condición indispensable para introducir el PMC es el apoyo de la alta gerencia y de las autoridades políticas y burocráticas a las cuales le rinden cuentas.

Además de comprometerse, el director debe tener la capacidad de motivar, entrenar, y organizar a su personal y alentarlos a asumir el compromiso de usar la metodología para satisfacer las necesidades de los clientes. El liderazgo también debe tener buena comunicación con su personal, capacitarlo en el PMC y apoyarlo en la organización del proceso. El director también debe estar dispuesto a reconocer abiertamente la importancia de los esfuerzos del personal operativo para mejorar el grado de satisfacción de los clientes.

Un director no debe realizar todas estas funciones por sí solo. Si él o ella puede formar un equipo rector compuesto por la alta gerencia, de manera que colaboran en la introducción e institucionalización de los cambios que mejoran la accesibilidad y la calidad de los servicios.

Si el personal operativo se da cuenta de que el compromiso del personal gerencial o de los directores de la institución es el resultado de presiones políticas—y no está basado en valores profesionales—el personal sentirá que no cuenta con el apoyo sincero del liderazgo de su organización, y el proceso de mejoramiento de la calidad de los servicios tenderá a derrumbarse debido a la inacción.

Compromiso de la Administración

El éxito de la iniciativa PMC depende de la buena voluntad de todos los administradores y del personal. Los individuos en general están dotados de una gran capacidad para asumir compromisos y renovarse. Desean hacer las cosas bien y recibir reconocimiento por sus logros, mas cuando sienten que se los trata mal, la mayoría tiende a asumir una actitud apática o negativa.

Una condición básica para lograr el compromiso del personal con la metodología PMC es que los administradores creen un ambiente que fomente la resolución de los problemas del personal, y el diálogo entre los administradores y el personal. Si las necesidades del personal se encuentran fuera del alcance y las facultades de resolución de la institución, los administradores y los supervisores deben continuar con sus actividades de resolución de problemas con el personal hasta que mejore el nivel de satisfacción en el trabajo. En organizaciones en las que la rotación del personal operativo es muy alta, el PMC no logrará los resultados esperados, ya que el personal nuevo requerirá de capacitación para poder integrarse a los equipos de mejoramiento de la calidad y los esfuerzos del PMC serán postergados.

12 PASOS PARA IMPLEMENTAR UNA INICIATIVA PMC

El Hospital Estatal de la Mujer en Coahuila siguió doce pasos para implementar su iniciativa PMC. Las diferentes organizaciones deben adecuar estos pasos a su propia situación y necesidades. Los doce pasos están agrupados en cuatro fases:

- ◆ Fase I: Inicio del Proceso/Obtención del Compromiso;
- ◆ Fase II: Formación de Capacitadores y Definición de la Intervención;
- ◆ Fase III: Participación del Personal Responsable de Prestar Servicios;
- ◆ Fase IV: Monitoreo de la Iniciativa PMC.

Fase I: Inicio del Proceso/Obtención del Compromiso

Paso 1: Presentación y aprobación del programa a nivel del estado

La persona apropiada debe presentar la metodología de la calidad y el proceso de implementación a las autoridades estatales en dos reuniones diferentes—una reunión de planificación del trabajo con las autoridades del estado para obtener su compromiso con la iniciativa PMC y establecer el proceso de intervención, y una reunión informativa para todos los directores estatales.

Paso 2: Selección del distrito de salud y de las unidades de prestación de servicios

Cuando se seleccionan las jurisdicciones y unidades que implementarán la iniciativa PMC, es de importancia crucial evaluar la infraestructura, el ambiente de trabajo, las relaciones de las unidades con el sindicato de trabajadores de salud y las cualidades de liderazgo y el compromiso con el PMC de parte de los directores de las unidades. Si la evaluación descubre que hay problemas en cualquiera de estas áreas, se debe poner a disposición de las mismas los recursos necesarios para efectuar las mejoras.

Fase II: Formación de Capacitadores y Definición de la Intervención

Paso 3: Capacitación de los directores y facilitadores (taller inicial de PMC)

Este paso involucra la capacitación de los administradores y del personal que se responsabilizará de promover y coordinar los esfuerzos de la iniciativa, la capacitación del personal administrativo y del personal encargado de la prestación de servicios, y la realización de un seguimiento de los equipos de mejoramiento de la calidad.

Paso 4: Formación de los equipos de coordinación y capacitación

Al final del taller inicial de PMC, los participantes forman los equipos de coordinación y capacitación que promoverán el PMC a nivel de sus unidades.

Paso 5: Evaluación de las unidades de prestación de servicios

El equipo coordinador debería realizar una evaluación de los problemas más importantes en sus unidades de salud. Encarar estos problemas constituirá la base del plan de mejoramiento de la calidad.

Paso 6: Planificación de la intervención

Al planificar la iniciativa PMC, el equipo coordinador desarrollará un plan general de mejoramiento de la calidad, en el que resumirá las acciones que la unidad llevará a cabo para mejorar la calidad en la prestación de servicios en sus centros.

Fase III: Participación del Personal Responsable de Prestar Servicios

Paso 7: Capacitación del personal responsable de prestar servicios

Los capacitadores externos e internos y los administradores que se están capacitando deben encargarse de la experiencia completa para capacitación en PMC al personal encargado de la prestación de servicios. Ellos deben considerar:

- ◆ El contenido de la capacitación. En realidad, la capacitación inicial de PMC no es muy adecuada para capacitar un número muy grande de personas. La capacitación debe ser rediseñada cuando se incluya un mayor número de personas, a diferentes niveles de la organización.
- ◆ Capacitación continua para reforzar lo que se ha aprendido. Un ejemplo de este tipo de capacitación se realiza a través de reuniones de educación continua programadas a intervalos regulares para tratar temas referentes a la calidad.
- ◆ El uso de un boletín informativo institucional para hacer un seguimiento de los logros de los equipos de mejoramiento de la calidad.
- ◆ Otros factores como compartir experiencias con diferentes unidades médicas, identificar los grupos que se van a capacitar, los recursos didácticos, la evaluación de los talleres, el medio y los aspectos logísticos de la capacitación.

Paso 8: Formación de equipos de mejoramiento de la calidad

El personal se ofrece en forma voluntaria a formar parte de los diferentes equipos de acuerdo a su interés de satisfacer las necesidades identificadas en el plan de mejoramiento de la calidad, sugeridas por el personal encargado de la prestación de servicios, o identificadas por el equipo coordinador.

Paso 9: Diseño de proyectos de mejoramiento de la calidad

En este paso, los equipos de mejoramiento de la calidad desarrollan propuestas de proyectos de mejoramiento de la calidad y los envían al equipo coordinador para su revisión y aprobación.

Fase IV: Monitoreo de la Iniciativa PMC**Paso 10: Seguimiento de los equipos de mejoramiento de la calidad**

Un seguimiento efectivo de los equipos de mejoramiento de la calidad, especialmente durante los primeros meses después de la capacitación, constituye uno de los principales factores que contribuyen al éxito en la planificación e implementación de sus proyectos de mejoramiento de la calidad. Las actividades de seguimiento podrían incluir la asistencia a reuniones de planificación y monitoreo del equipo, capacitación de nuevos miembros del equipo, eliminación de miembros improductivos, vinculación con las autoridades externas para captar recursos destinados a implementar los proyectos y difusión de resultados exitosos.

Paso 11: Seguimiento del proceso PMC

El seguimiento del proceso de mejoramiento de la calidad es la responsabilidad del equipo coordinador e incluye monitoreo de los indicadores de calidad establecidos, establecimiento de un sistema de seguimiento, monitoreo y supervisión de la implementación del plan de mejoramiento de la calidad.

Paso 12: Monitoreo externo y evaluación

Dos meses después del taller inicial, las autoridades nacionales que están promoviendo la iniciativa PMC a nivel del estado, a menudo efectúan visitas de observación con el objeto de observar el avance logrado por la iniciativa, revisar el plan de mejoramiento de la calidad, asistir en la facilitación de talleres iniciales y apoyar el establecimiento de los primeros equipos de mejoramiento de la calidad. Ellos deberían volver a visitar la unidad seis meses después.



FOCO EN LA PERSPECTIVA DEL CLIENTE

Huanta, Perú

En cualquier institución que presta servicios, el PMC enfoca la atención en lo que el cliente piensa de los servicios que ha recibido. La perspectiva del cliente es importante en la metodología PMC ya que los valores y necesidades del cliente—como individuo y como parte integrante de una comunidad—son los que definen la calidad. Esta experiencia un hospital en la localidad de Huanta, Perú, muestra como un equipo de mejoramiento de la calidad empleó un buzón de sugerencias y quejas y encuestas de salida para recolectar información de los clientes, identificar las brechas en la calidad, evaluar las necesidades de los clientes, identificar obstáculos a la calidad y realizar mejoras en sus servicios.

Resultados

Los esfuerzos del equipo de mejoramiento de la calidad en el Hospital de Huanta lograron reducir los tiempos de espera de los clientes por la mitad y mejorar el nivel de amabilidad y cortesía del personal en la consulta externa. Continuando con sus esfuerzos, el personal del hospital ha mantenido un diálogo continuo con los clientes con la finalidad de seguir respondiendo a sus necesidades.

Objetivos del Aprendizaje

Después de analizar este caso y las herramientas que lo acompañan, los lectores estarán en condiciones de:

- ◆ Utilizar un buzón para recolectar las sugerencias y quejas de los clientes con respecto a la prestación de los servicios;
- ◆ Conducir y utilizar encuestas de salida para verificar las quejas de los clientes, identificar otros problemas en la prestación de servicios y registrar las mejoras en la satisfacción de los clientes;
- ◆ Incorporar a los procedimientos de rutina del servicio la identificación de las quejas de los clientes y la forma de encararlas.

Métodos y Herramientas del PMC que Acompañan este Caso

El equipo de mejoramiento de la calidad empleó los siguientes métodos y herramientas del PMC, que pueden encontrarse en las páginas 29–33:

- ◆ Enfoque al Cliente;
- ◆ Conducción de las Encuestas de Salida;
- ◆ Ejemplo de Encuesta de Salida para una Consulta Externa.

EL ESCENARIO: EL HOSPITAL DE HUANTA, PERÚ

Después de volar de Lima y de viajar durante una hora por tierra por los caminos serpenteantes que atraviesan las montañas, llego a Huanta, la “Esmeralda de los Andes”. La ciudad de Huanta tiene una población de aproximadamente 49.000 habitantes y una larga historia de violencia y pobreza. Es la cuna del movimiento terrorista Sendero Luminoso.

El hospital de Huanta es pequeño, cuenta con 50 camas y está administrado por el Ministerio de Salud. Proporciona servicios de salud a aproximadamente 17.000 personas, es decir el 35% de la población local, y tiene una tasa de ocupación del 80%. La consulta externa atiende aproximadamente 65 personas por día.

Cuando recién lanzamos la iniciativa PMC en el Perú, el director, cuatro administradores de alta gerencia y personal clave responsable de la prestación de servicios en el Hospital de Huanta participaron en un taller inicial de PMC junto con directores y personal de otros tres hospitales con perfiles similares. Los cuatro hospitales prestan servicios primordialmente a clientes cuyo idioma materno es el aymará o el quechua, los idiomas tradicionales de la población de los Andes. Muchos de ellos, especialmente las mujeres, hablan solamente estos idiomas y no saben leer ni escribir. La mayoría de las mujeres son educada para aceptar humildemente las decisiones o recomendaciones efectuadas por personas de autoridad, como los médicos, enfermeras, esposos o padres, sin hacer preguntas ni cuestionar lo que les dicen. Si no se las alienta, es poco probable que expresen abiertamente su insatisfacción con los servicios que reciben en un centro de salud, aunque estuviesen descontentas con la calidad de los mismos.

El taller inicial introdujo el concepto de calidad, desde la perspectiva del cliente, a los administradores y personal de los cuatro hospitales. Los participantes identificaron los problemas institucionales en sus respectivos hospitales y sus preocupaciones con respecto a la calidad de los servicios que ellos prestaban. Partiendo del análisis de dichos problemas, seleccionaron soluciones potenciales y elaboraron un plan de mejoramiento de la calidad para sus respectivos hospitales, que incluía la formación de equipos de mejoramiento de la calidad para diseñar e implementar las actividades del PMC.

Un plan de mejoramiento de la calidad generalmente sugiere la formación de varios equipos para encarar los problemas identificados. En el plan de Huanta requería la conformación de un solo equipo, un equipo coordinador para todo el hospital, con representantes de cada uno de sus cuatro servicios principales: consulta externa, emergencias, hospitalización y obstetricia/ginecología. Se sugirió que el equipo trabajara con los administradores y con el personal para implementar las actividades.

En mi capacidad de facilitadora externa, y de acuerdo al plan, dos meses después del taller inicial para los directivos llevé a cabo en Huanta una capacitación inicial de PMC para los administradores y el personal. Durante el taller, el director y yo compartimos el plan de mejoramiento de la calidad con los participantes. Al finalizar el taller, los jefes de cada servicio formaron un equipo de mejoramiento de la calidad, que estaba dentro de su plan, y los otros participantes expresaron su compromiso y deseo de colaborar con el equipo para planificar e implementar las actividades de mejoramiento del hospital.

Un año más tarde, durante un curso para facilitadores del PMC que se ofreció en la ciudad de Lima, los miembros del equipo coordinador de Huanta presentaron sus experiencias de implementación de la iniciativa de mejoramiento de la calidad en su hospital. Con mucho entusiasmo informaron sobre el éxito que tuvieron al utilizar un buzón de quejas y sugerencias, y las encuestas de salida para recolectar información de sus clientes con respecto a la calidad de los servicios. También explicaron cómo el personal del hospital utilizó esta información para mejorar la apariencia externa de su hospital, cambiar los procedimientos de recepción y bienvenida a los clientes y cambiar el horario de atención de la clínica para adecuarlo mejor a sus necesidades. Decidí visitar el Hospital de Huanta para cerciorarme y ver con mis propios ojos el éxito de la implementación de la iniciativa PMC.

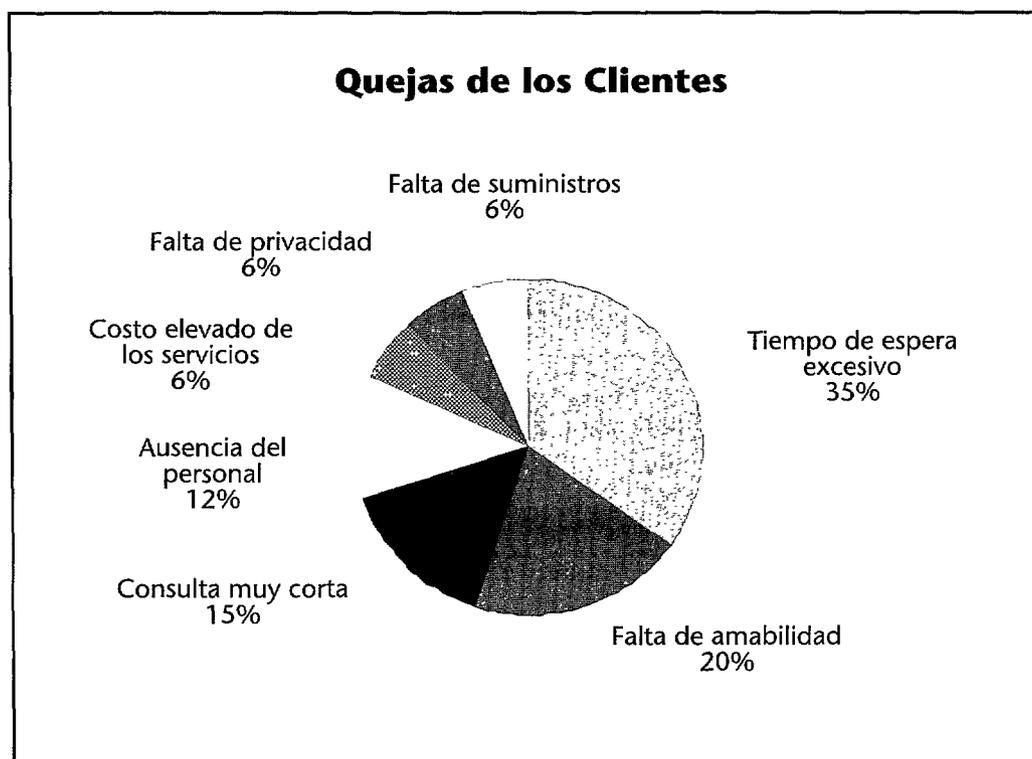
LLEGADA AL HOSPITAL

Han transcurrido cuatro meses desde mi último viaje al lugar. Una enfermera me recibe en la puerta. Lo primero que me llama la atención es que habían retirado el cartel que proporcionaba información a los clientes con respecto a los servicios del hospital. En lugar del cartel una persona que recibe a los clientes a medida que ingresan, les pregunta cuáles son sus necesidades, y los dirige al servicio apropiado. Esto ayuda mucho a los clientes del hospital que no saben leer a encontrar el camino para llegar al servicio correcto. También me doy cuenta de la limpieza. Todo está reluciente. Recuerdo el entusiasmo del director subregional del Ministerio de Salud cuando me habló hace algunas semanas sobre los avances logrados por el hospital en cuanto al mejoramiento de la calidad de sus servicios y me dijo, “El Hospital de Huanta ahora parece una clínica privada”.

En el área de ingreso, noto la presencia de un letrero que dice “Escuchamos a Nuestros Clientes” colocado sobre de un buzón de sugerencias y quejas hecho de una caja de zapatos forrado con papel blanco. Es un buen lugar, ya que todos los clientes deben pasar frente a este buzón cuando entran o salen del hospital.

A medida que la enfermera me guía a través de una sala de reuniones para el personal, noto un cartel que detalla las principales quejas expresadas por los clientes cuando el hospital lanzó la iniciativa PMC: “Tiempo de espera excesivo”, “Falta de amabilidad” y “Consulta muy corta”. La enfermera me explica que han puesto este cartel en la pared para recordar al personal la perspectiva del cliente en lo que concierne a la calidad y buscar nuevas maneras de lograr que los servicios del hospital respondan mejor a las necesidades de los clientes.

La gráfica a continuación muestra las principales quejas de los clientes referentes a la calidad de los servicios en el hospital después de que se les alentó a utilizar el buzón de quejas y sugerencias y a participar en las encuestas de salida.



ESCUCHANDO LAS QUEJAS DE LOS CLIENTES

La jefa de obstetricia llega y me saluda. Yo le hago algunas preguntas mientras tomamos asiento en la sala de espera del servicio.

¿Cómo obtuvieron información de sus clientes sobre la perspectiva que ellos tienen de los servicios que provee el hospital?

“El equipo de mejoramiento de la calidad que establecimos al concluir nuestra capacitación de PMC asumió la tarea de darles voz a los clientes y asegurar que sus preocupaciones fueran escuchadas por todo el personal. Durante el curso de capacitación, aprendimos que el PMC en la prestación de servicios de salud está basado en la perspectiva de los clientes acerca de la calidad, debido a que nuestra razón de existir es satisfacer sus necesidades. Identificamos algunos de los problemas que enfrentaban nuestros clientes al recibir nuestros servicios, y decidimos que nuestra primera prioridad consistiría en desarrollar la manera de obtener información de nuestros clientes con respecto a los servicios provistos por nuestro hospital.

“El equipo inició su tarea con sesiones de sensibilización al personal en cuanto a la importancia de escuchar las quejas de los clientes sin ponerse a la defensiva. Luego, colocamos el buzón de sugerencias y quejas. Aun la primera vez que vaciamos el buzón y leímos las quejas, nos dimos cuenta que habíamos recolectado información valiosa referente a cómo mejorar nuestros servicios.

“Con la finalidad de mejorar nuestro nivel de comprensión de las quejas, comenzamos a realizar encuestas de salida entre nuestros clientes. Inicialmente, las personas no tenían el valor suficiente para expresar sus quejas a los encargados de realizar las encuestas. Algunas personas tenían temor de poner sus quejas en el buzón. Sin embargo, gradualmente al alentarlos a participar, nos ganamos su confianza y creyeron en la sinceridad de nuestros esfuerzos. Las personas empezaron a sentirse más a gusto al hablar con nosotros abiertamente. Aun los clientes que no sabían leer ni escribir comenzaron a solicitar ayuda para someter sus sugerencias y quejas y colocarlas en el buzón.

“Una vez que nuestro equipo de mejoramiento de la calidad concluyó el análisis de las quejas, preparamos la gráfica que se exhibe en la pared priorizando las causas de quejas más frecuentes. Durante el último año hemos utilizado la información de esta tabla como base para controlar los cambios en las perspectivas de los clientes con respecto a los servicios que prestamos.”

(Para mayor información sobre la colocación y uso de un buzón de sugerencias y quejas y las encuestas de salida, ver las páginas 30–33.)

Esta gráfica es muy interesante. ¿Por qué cree que la queja más frecuente se refiere al tiempo de espera demasiado largo?

“Antes de lanzar nuestra iniciativa PMC, los clientes que llegaban a la consulta externa a las ocho de la mañana tenían que esperar para ver al médico un promedio de más de dos horas, por lo menos hasta las 10:00 o 10:30, cuando los médicos terminaban de hacer sus visitas matinales en el hospital. Hemos hecho dos cosas para mejorar esta situación. Uno de nuestros médicos atiende a los clientes en la consulta externa desde las ocho de la mañana, ya que termina con su visita hospitalaria antes que los demás. Además, debido a que la mayoría de los clientes que están en la sala de espera son mujeres, hemos comenzado a ofrecer charlas sobre educación en salud,

planificación familiar y otros temas referentes al embarazo mientras esperan ser atendidas. Esto ayuda a que el tiempo de espera les parezca más corto y a la vez les proporciona información muy importante. Sin embargo todavía seguimos trabajando para mejorar el tiempo de espera. Ha sido difícil convencer a los otros médicos que programen sus visitas hospitalarias en forma escalonada con la finalidad de comenzar a atender más temprano a los clientes de consulta externa. Ellos arguyen que desde que hacen las visitas hospitalarias en forma conjunta, la permanencia promedio de los pacientes hospitalizados ha disminuido, y que las visitas conjuntas les brindan experiencias de aprendizaje muy valiosas.”

¿Qué me puede decir sobre las quejas referentes a las consultas muy cortas?

“En relación a las quejas sobre las consultas cortas, los clientes utilizaron frases como, ‘Ni siquiera volteé la cabeza para mirarme, estaba tan apurado’. Otro dijo, ‘¿Es adivino? Ni siquiera me examinó.’ El problema consiste en que cuando los médicos empiezan a atender a los clientes a las 10:30, la sala de espera está repleta. El médico se siente presionado por los clientes ansiosos y se preocupa de que alguien tenga que regresar a su hogar sin haber sido atendido. El resultado es consultas apuradas.”

RECOLECCIÓN Y VERIFICACIÓN DE LAS QUEJAS DE LOS CLIENTES

Muchos centros han hecho la prueba con el buzón de sugerencias y quejas, pero aparentemente esta estrategia no funcionó. ¿Cómo me puede explicar el éxito que lograron en Huanta?

“Yo pienso que la razón del éxito acá es que nuestros clientes se han dado cuenta de que estamos realmente interesados en sus opiniones. Al mirar hacia atrás, me acuerdo que cuando algo no les gustaba a los clientes con respecto a nuestros servicios, solamente murmuraban su descontento o se quejaban entre ellos. Lo que hacía falta era un mecanismo para que ellos pudieran expresar sus quejas efectivamente. Ahora se han dado cuenta que cambios positivos como resultado de sus comentarios, como ser la modificación en el horario de atención en la consulta externa. Estos cambios han constituido una prueba de que verdaderamente escuchamos a lo que nos dicen, de manera que están más dispuestos a expresar sus opiniones.

“Otra razón de este éxito ha sido nuestros esfuerzos para concientizar a todo el personal acerca de la importancia que tiene la información que nos proveen las quejas de los clientes así como su participación en el análisis de las mismas. Cuando recién colocamos el buzón, conversamos con todo el personal y con los clientes sobre el propósito del mismo. Cada 15 días vaciamos el contenido y trazamos una gráfica con los hallazgos. En nuestras reuniones administrativas tratamos el tema de las quejas y las formas de mejorar nuestros servicios.”

¿Ha utilizado alguna herramienta del PMC para verificar las quejas de los clientes?

“Sí, hemos empleado las encuestas de salida para verificar las quejas de los clientes. Después de que el cliente ha recibido un servicio y está listo para marcharse, le pedimos que conteste algunas preguntas muy cortas. La persona que realiza la encuesta anota las respuestas en un cuestionario impreso.”

¿Quién desarrolló el cuestionario?

“Nosotros mismos preparamos el cuestionario, en español y también en quechua. Quechua es el idioma que habla el 50% de nuestros clientes y afortunadamente 80% del personal de la clínica habla quechua. También hemos efectuado diferentes pruebas con los cuestionarios, ya que hay muchas palabras en ambos idiomas que tienen significados distintos o algunas frases que no son fáciles de comprender. Aun así, durante la primera ronda de encuestas, nos dimos cuenta que algunas preguntas no nos proporcionaban suficiente información y que otras no eran muy claras para el cliente. Seguimos trabajando para mejorar nuestros cuestionarios y los procedimientos para implementar las encuestas de salida.”

¿Los clientes no tienen temor a decir la verdad a alguien que trabaja en el hospital?

“Hemos solicitado a personas que estaban realizando su servicio social de la escuela de enfermería que nos ayuden en esta tarea. Ofrecimos una sesión de capacitación sobre cómo deben abordar a los clientes y qué deben decir, de manera que las personas entrevistadas sientan confianza y respondan con franqueza. Yo realmente pienso que eso está funcionando muy bien. Si hubieran tenido temor de tratar estos temas, los hallazgos no hubieran mostrado que el 60% de las personas entrevistadas expresaron que salían del hospital sintiéndose de insatisfacción.”

¿Cómo seleccionó la muestra para la encuesta?

“Para nuestra primera encuesta, entrevistamos a todos los clientes durante un período de dos meses. Posteriormente nos dijeron que no era necesario entrevistar a todos los clientes. Lo importante era que utilizáramos una muestra no sesgada en nuestro análisis.

“Hemos decidido tratar de realizar las encuestas de salida aproximadamente cada tres meses, con la finalidad de monitorear el grado de satisfacción de los clientes con nuestros servicios. Sin embargo, podríamos realizar encuestas de salida en algún otro momento para investigar algo en particular o para verificar si alguna queja ya identificada en el buzón de sugerencias y quejas representa la opinión de la mayoría de los clientes.”

(Para mayor información sobre la preparación y conducción de las encuestas de salida ver las páginas 30–33.)

La siguiente tabla contiene una lista de las sugerencias para mejorar los servicios efectuadas por el equipo de mejoramiento de la calidad después de haber identificado las quejas empleando el buzón de sugerencias y quejas, haberlas verificado utilizando encuestas de salida y haber determinado prioridades y haber conversado al respecto con el resto del personal del hospital así como con las autoridades.

Mejoras de los Servicios Sugeridas por el Equipo de Mejoramiento de la Calidad en Respuesta a las Quejas de los Clientes

- ◆ Capacitar a todo el personal en la metodología PMC, y sensibilizarlos en el enfoque al cliente y el mejoramiento de su trato
- ◆ Modificar el horario de las visitas hospitalarias de los médicos de manera que la mayor parte de los médicos comiencen a atender en la consulta externa a las 8:00 de la mañana
- ◆ Ofrecer charlas sobre educación en salud a los clientes que se encuentran esperando en la sala de espera del servicio de consulta externa
- ◆ Retirar el cartel con indicaciones sobre como llegar a los diferentes servicios del hospital y asignar una persona al área de la recepción para que dé la bienvenida a los clientes a medida que vayan llegando
- ◆ Mejorar la apariencia del hospital mediante mejoras en la limpieza

La siguiente tabla muestra el aumento en el grado de satisfacción de los clientes en el curso del año pasado.

Monitoreo de las Mejoras en la Calidad de la Prestación de Servicios

Problema Identificado	Descripción del Problema Hace un Año	Hallazgos un Año Después
Tiempo de espera en la consulta externa	47% de los clientes esperó más de dos horas	100% de los clientes esperó menos una hora
Amabilidad y cortesía del personal en la consulta externa	31% de los clientes indicó que el personal era amable y cortés	35% de los clientes indicó que el personal era amable y cortés

¿Cuáles son los problemas que todavía deben ser resueltos?

“Nuestro análisis original de las quejas de los clientes incluía algunos problemas que son difíciles de resolver. Por ejemplo, todavía no hemos podido encontrar una solución satisfactoria a las quejas de los clientes referentes a las consultas muy cortas. Otro problema sin solución es el de los clientes que se niegan a pagar por los servicios que han recibido, y nosotros no contamos con los fondos suficientes para cubrir esos costos.

“Sin embargo, seguimos trabajando para encontrar la mejor forma de encarar estos problemas. Este es el motivo por el cuál el proceso se denomina ‘Mejoramiento Continuo de la Calidad’.”

Me despido de la jefa de parteras y de los otros miembros del equipo de mejoramiento de la calidad del Hospital de Huanta. De regreso en el aeropuerto me siento esperanzada con el resultado de mi experiencia. La energía y visión positiva del equipo me hicieron dar cuenta que sus esfuerzos para mejorar la calidad de sus servicios realmente han valido la pena.

Preguntas para la Discusión del Caso

1. ¿Cómo se implementó y utilizó el buzón de sugerencias y quejas en el Hospital de Huanta?
¿Con cuánta frecuencia analizaban las quejas, y qué procedimientos emplearon para efectuar un seguimiento de esos hallazgos?
2. ¿Cuál fue el impacto en las actitudes de los proveedores de servicios al escuchar la perspectiva del cliente?
3. ¿Qué proceso siguió el personal para preparar los cuestionarios de las encuestas de salida, y qué acciones tomaron para asegurarse que los clientes respondieran con franqueza?
4. ¿Cómo se estandarizaron los procedimientos para escuchar y resolver las quejas de los clientes en el Hospital?

El enfoque al cliente significa reconocer que es el cliente quien define la calidad de la prestación de los servicios de salud. Los métodos y herramientas del PMC pueden ayudar a los proveedores de servicios a adquirir un mayor conocimiento de las opiniones del cliente con respecto a la calidad, identificar problemas referentes a la calidad e integrar actividades orientadas al cliente, como escuchar a los clientes y responder a sus necesidades, dentro del proceso de prestación de servicios. Los métodos y herramientas del PMC para enfocar en la perspectiva del cliente que se incluyen en esta sección son:

- ◆ Enfoque al Cliente;
- ◆ Conducción de las Encuestas de Salida;
- ◆ Ejemplo de Encuesta de Salida para una Consulta Externa.

ENFOQUE AL CLIENTE

Cambiar los aspectos de la prestación de servicios que les disgustan a los clientes ayuda a retenerlos. Sin embargo, es relativamente infrecuente que un cliente exprese su insatisfacción con los servicios recibidos. Con mayor frecuencia, un cliente insatisfecho simplemente no regresa. Por lo tanto, es importante invitar a los clientes que expresen sus preocupaciones y preferencias concernientes a los servicios que se les ofrecen. El uso de las herramientas incluidas en esta sección permitirán que los clientes proporcionan retroalimentación con respecto a los servicios recibidos. Estas son:

- ◆ Cómo Escuchar las Quejas de los Clientes;
- ◆ Cómo Usar un Buzón de Sugerencias y Quejas;
- ◆ Cómo Utilizar un Registro de Quejas.

Cómo Escuchar las Quejas de los Clientes

- ◆ Solicite al cliente que exprese sus quejas, especialmente cuando vea una persona que aparentemente está alterada o insatisfecha.
- ◆ Escuche atentamente y demuestre su interés. Cada queja contiene algo de valor que podría revelar cómo se perciben sus servicios y cómo los podría mejorar.
- ◆ Mantenga la calma y evite adoptar una actitud defensiva. El cliente no está enojado con usted. El o ella está frustrado(a) porque no ha obtenido lo que necesitaba.
- ◆ Efectúe una distinción entre el meollo de la queja y la forma en la que ésta se expresa. Aun cuando la forma en que la que el cliente expresa su insatisfacción con los servicios recibidos no fuese apropiada (por ejemplo, si él o ella grita o utiliza un lenguaje inapropiado), el meollo de la queja podría revelar una necesidad que debe ser encarada.
- ◆ Algunas veces no hay nada que usted pueda hacer para cambiar la percepción de un cliente o para mejorar la situación. En un caso así, lo más importante que usted puede hacer es escuchar al cliente y tratarlo con respeto.

Cómo Usar un Buzón de Sugerencias y Quejas

Utilice un buzón para recolectar y analizar las quejas y sugerencias de los clientes.

- ◆ Fabrique un buzón de sugerencias y quejas con materiales a su disposición. Haga un letrero que diga: “Su opinión cuenta, deseamos atenderlo mejor”. Encuentre un área en la clínica donde los clientes puedan ver fácilmente el buzón y colóquelo en ese lugar. Decida la frecuencia con la que vaciará el buzón de sugerencias y quejas y tabulará los resultados (diariamente, semanalmente, mensualmente).
- ◆ Aliente a los clientes a expresar sus opiniones con respecto a la prestación de los servicios. Proporcione papel y lápices para los clientes o para el personal que solicita opiniones a los clientes con respecto a la prestación de los servicios. Si fuese necesario, ayude a los clientes a anotar sus opiniones.
- ◆ Haga saber a los clientes que no es necesario que anoten su nombre en el papel si no desean hacerlo.

Cómo Utilizar un Registro de Quejas

Prepare un registro de quejas para registrar y tabular los comentarios que fueron colocados en el buzón de sugerencias y quejas.

- ◆ Periódicamente vacíe el buzón. Clasifique las sugerencias y quejas del buzón por tipo de queja (por ejemplo, tiempo de espera, actitud del proveedor, o cómo encontrar el servicio adecuado). Anote cada queja en el registro. Coloque las quejas más frecuentes en el extremo izquierdo del registro, y deje espacios en blanco para anotar las nuevas quejas que podrían surgir posteriormente.
- ◆ Periódicamente, tabule las quejas anotadas en el registro. Prepare una gráfica de barras o de sectores para identificar las quejas más comunes. Presente sus hallazgos regularmente (por ejemplo, en la reunión mensual del personal).
- ◆ Aplique el proceso de resolución de problemas del PMC para describir y analizar los problemas en la prestación de servicios que son la causa de las quejas. Proponga soluciones posibles. Planifique realizar una investigación más específica si fuese necesario.
- ◆ Comparta sus hallazgos con las personas, servicios, o equipos de mejoramiento de la calidad involucrados. Pídales, si fue necesario, que analicen más a fondo algunos aspectos, y proporcionen retroalimentación con respecto a sus soluciones propuestas o que sugieran alternativas.
- ◆ Analice y evalúe las quejas recibidas y cualquier intervención que hubiera hecho mediante la preparación de gráficas de barras o de sectores como se describe más arriba, en base a los nuevos datos.

CONDUCCIÓN DE LAS ENCUESTAS DE SALIDA

Las encuestas de salida son útiles para verificar o investigar ciertos aspectos, en particular referentes al nivel de satisfacción de los clientes, o para ayudar a monitorear las mejoras. Esta sección contiene las siguientes herramientas:

- ◆ Preparación para las Encuestas de Salida;
- ◆ Consejos para Realizar las Encuestas de Salida;
- ◆ Análisis de los Datos Recolectados de las Encuestas de Salida y Presentación de los Hallazgos.

Preparación para las Encuestas de Salida

Para prepararse para realizar encuestas de salida, usted debe:

- ◆ Elaborar un cuestionario o escoger un cuestionario existente que hubiera sido empleado con un propósito similar. Incluya en el cuestionario instrucciones para guiar a los encuestadores. Cuando el cuestionario esté completo, diseñe una hoja para tabular los datos que han sido recolectados en los cuestionarios y otro formulario para resumir los datos tabulados.
- ◆ Efectúe una prueba preliminar con el cuestionario, las instrucciones para los encuestadores y los formularios para el análisis de datos antes de finalizarlos. Imprima los formularios. Planifique donde se llevarán a cabo las encuestas y el período de tiempo durante el cual se realizarán dichas encuestas (por ejemplo, diariamente durante una semana o tres días a la semana durante un mes).
- ◆ Determine el tamaño de su muestra. La determinación de una muestra estadísticamente precisa requiere de cálculos muy complejos. Por lo tanto, la regla simple que usamos es: para las instituciones con menos de 300 consultas por semana, el tamaño de la muestra debe ser de 30. Para los centros más grandes, el tamaño de la muestra puede determinarse calculando el 10 por ciento del número promedio de clientes.
- ◆ Divida esta cantidad por el número de días en los cuales se realizará la encuesta. Este es el promedio diario. Es muy importante escoger días representativos. Si diferentes miembros del personal trabajan en diferentes días, o si ciertas consultas solamente se ofrecen en ciertos días, sería importante realizar las encuestas todos esos días.
- ◆ Seleccione y capacite a los encuestadores en el uso de las instrucciones de los cuestionarios y en la forma de entrevistar a una muestra predeterminada y no sesgada de clientes. Seleccione y capacite a los supervisores que controlarán la recolección y registro de los datos que hacen los encuestadores.

Consejos para Realizar las Encuestas de Salida

Al prepararse para realizar las encuestas, mantenga en mente los siguientes aspectos.

- ◆ El encuestador debe acercarse al cliente cuando él/ella está saliendo del servicio. La entrevista se debe hacer en privado, en un lugar donde otras personas no puedan escuchar las respuestas de los clientes. El encuestador debe tratar al cliente con dignidad y respeto y también debe registrar las respuestas de los clientes en el mismo cuestionario (en lugar de hacerlo en otra hoja de papel).
- ◆ En caso de que el cliente no sea una fuente adecuada de información debido a que él/ella no está en buenas condiciones físicas (o mentales) o es muy joven, la persona que lo/la acompaña debe responder, pero la información debe hacer referencia al cliente.
- ◆ El encuestador debe formular solamente las preguntas contenidas en el cuestionario, exactamente como están escritas y en el mismo orden. En caso de que la persona entrevistada no comprenda la pregunta, el encuestador debe plantearla nuevamente. Si él/ella no logra entenderla, el encuestador debe explicar la pregunta utilizando otras palabras, teniendo cuidado de no cambiar el significado de la pregunta.
- ◆ El encuestador no debe sugerir ninguna respuesta. Además, el encuestador no debe expresar ninguna opinión a través de gestos o cambios en el tono de voz, con respecto a la respuesta del cliente.
- ◆ Una vez que haya llenado el cuestionario, debe revisarlo antes de que el cliente se vaya. El propósito de la revisión es verificar si faltan algunas respuestas o si algunas respuestas son confusas.

-
- ◆ El encuestador no debe alterar la información suministrada por la persona que fue entrevistada, ni llenar posteriormente ninguna pregunta que hubiera quedado en blanco.
 - ◆ Una vez que la encuesta haya concluido, el encuestador debe agradecer a la persona que entrevistó por su valiosa colaboración.
 - ◆ El encuestador no debe divulgar la información recibida, y él/ella debe evitar hacer comentarios negativos concernientes a la persona que fue entrevistada.

Análisis de los Datos Recolectados en las Encuestas de Salida y Presentación de los Hallazgos

Después de haber concluido la actividad con las encuestas de salida, debe depurar, consolidar, analizar y presentar los hallazgos de sus encuestas de salida, como se describe en los siguientes pasos:

- ◆ Depure y consolide los datos recolectados en las encuestas. Esto incluye verificar cada cuestionario en cuanto a si está completo y si es fidedigno, transferir los datos del cuestionario a las hojas de tabulación, y transferir los datos de las hojas de tabulación a la planilla de resumen de datos, que transforma los totales de las hojas de tabulación en porcentajes para la muestra.
- ◆ Describa los hallazgos sobre el aspecto en particular que está siendo investigado o el grado de satisfacción de los clientes con los servicios estudiando los porcentajes calculados en las planillas de resumen. Analice los datos preparando gráficas de barras o de sectores para ilustrar las cantidades y porcentajes.
- ◆ Presente los hallazgos en gráficas y cuadros en la reunión del personal. Decida con el personal si los hallazgos de la encuesta se relacionan con problemas de prestación de servicios que ya han sido encarados por el equipo de mejoramiento de la calidad. Si no fuese así, asigne un equipo de personas para que investigue las causas de las quejas.
- ◆ Distribuya los hallazgos y planes de seguimiento.

EJEMPLO DE ENCUESTA DE SALIDA PARA UNA CONSULTA EXTERNA

(Note que este es solamente un ejemplo de una encuesta de salida, y que cada institución debe modificarlo y adecuarlo a sus necesidades.)

1. Al llegar a la clínica, ¿sabía donde tenía que ir?

() No () Sí () N/A
(si respondió Sí o N/A, vaya a la pregunta n° 3)

2. ¿Por qué no sabía donde tenía que ir?

() No había a quien preguntar
() Me dieron información incorrecta
() Los carteles no eran claros
() Otro (explique)

3. ¿Cuánto tiempo esperó en la caja?

() Menos de 5 minutos
() Entre 5 y 30 minutos
() Más de 30 minutos pero menos de 1 hora
() Más de 1 hora

4. ¿Cuánto tiempo esperó en la recepción para registrarse?

() Menos de 5 minutos
() Entre 5 y 30 minutos
() Más de 30 minutos pero menos de 1 hora
() Más de 1 hora

5. ¿Cuánto tiempo esperó para que lo atendieran?

() Menos de 5 minutos
() Entre 5 y 30 minutos
() Más de 30 minutos pero menos de 1 hora
() Más de 1 hora

6. ¿Cuánto tiempo esperó para que lo atendiera un proveedor de servicios de salud?

() Menos de 5 minutos
() Entre 5 y 30 minutos
() Más de 30 minutos pero menos de 1 hora
() Más de 1 hora

7. ¿Le ofrecieron información sobre algún tema relacionado con la salud (verbalmente, por escrito o en multi-medios) mientras se encontraba en la sala de espera?

() No () Sí () N/A
(si respondió No o N/A, vaya a la pregunta n° 9)

8. ¿Qué pensó acerca de la información que le dieron?

() Interesante
() Adecuada
() Aburrida
() No la entendí

9. ¿Su proveedor le preguntó con respecto a sus problemas de salud?

() No () Sí () N/A

10. ¿Escuchó lo que usted le dijo?

() No () Sí () N/A

11. ¿El/ella le dio alguna explicación sobre su problema de salud?

() No () Sí () N/A
(si respondió No o N/A vaya a la pregunta n° 13)

12. ¿Entendió la explicación que le dieron?

() No () Sí

13. Si le recetaron algún medicamento, ¿entendió claramente como tenía que tomarlo?

() No () Sí

14. ¿Piensa que respetaron su privacidad?

() No () Sí () N/A

15. ¿Cómo consideraría el trato recibido en general?

() Muy Bueno () Malo
() Bueno () Muy Malo
() Adecuado



ESTABLECIMIENTO DE LOS EQUIPOS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Juliaca, Perú

El establecimiento de equipos de mejoramiento de la calidad es un proceso que inicia con el compromiso de la alta gerencia de introducir el PMC para mejorar la calidad de los servicios y continua con la capacitación a todo el personal en la metodología. Como se pudo ver en el Hospital Carlos Monge Medrano en Juliaca, Perú, la capacitación en grupo sensibilizó los proveedores sobre la importancia de mejorar la calidad de sus interacciones con los clientes les y ayudó a identificar y priorizar los problemas en la prestación de servicios. Durante la capacitación, los participantes formaron equipos de mejoramiento de la calidad, identificaron un coordinador para cada equipo y planificaron la forma de contar con apoyo y seguimiento continuos.

Resultados

Como resultado del compromiso con el PMC asumido por la alta dirección del Hospital Carlos Monge Medrano, los miembros de los equipos de mejoramiento de la calidad del hospital se mostraron entusiastas en cuanto a mejorar sus actitudes hacia los clientes, y buscar soluciones a los problemas en la prestación de servicios y adquirieron mayor confianza en que sus esfuerzos serían apoyados y reconocidos. Como resultado de la capacitación en la metodología PMC, los miembros de los equipos empezaron a colaborar en la resolución de problemas con el fin de determinar diversas maneras de mejorar la calidad de sus servicios.

Objetivos de la Aprendizaje

Después de revisar este caso y las herramientas que lo acompañan, los lectores estarán en condiciones de:

- ◆ Utilizar ejercicios grupales, como periódicos murales y sociodramas para sensibilizar los proveedores sobre sus actitudes hacia los clientes;
- ◆ Priorizar los problemas de prestación de servicios identificados durante los ejercicios grupales;
- ◆ Formar equipos de mejoramiento de la calidad;
- ◆ Planificar el seguimiento y apoyo a los equipos de mejoramiento de la calidad.

Métodos y Herramientas del PMC que Acompañan Este Caso

Los participantes en la capacitación del PMC utilizaron las siguientes herramientas, que pueden encontrarse en las páginas 45–49:

- ◆ Ejercicios Grupales para los Talleres de Capacitación en PMC;
- ◆ Identificación y Priorización de los Problemas en la Prestación de Servicios;
- ◆ Organización de Equipos.

ANTECEDENTES

La ciudad andina de Juliaca, con sus más de 120.000 habitantes, bulle con una actividad constante. Es el centro comercial de la región y una sede importante de celebraciones anuales de gran escala como el Carnaval, y gente de toda la región viene a la ciudad a buscar trabajo y a entretenerse. El carácter transitorio de la población de la ciudad la convierte en un área de alto riesgo para las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Además, las condiciones económicas de pobreza en la cuál se encuentra sumida la mayor parte de la población contribuyen a sus problemas de salud—la tasa de mortalidad materna en Juliaca es 660 madres por cada 100.000 nacimientos vivos, y la tasa de mortalidad infantil es de 72 niños fallecidos por cada mil nacidos vivos, una de las más altas en América Latina.

El Hospital Carlos Monge Medrano, un centro de salud del sector público ubicado en Juliaca, presta servicios a la ciudad, las áreas aledañas y, en la medida necesaria, a las personas que visitan la ciudad para trabajar o entretenerse. El hospital tiene una población objetivo de 32.620 mujeres en edad reproductiva. Las salas de internación del servicio de obstetricia y ginecología tienen tasas de ocupación del 90% para las 28 camas. Sin embargo, el alcance del programa de planificación familiar del hospital es relativamente limitado.

Hace cuatro meses, a solicitud del Ministerio de Salud del Perú, ofrecí un taller inicial de PMC para los administradores de cuatro hospitales del sector público de esta región. Los participantes del curso incluyeron personas claves del Hospital Carlos Monge Medrano. Este grupo retornó a Juliaca con un plan utilizando el PMC para mejorar la calidad de los servicios de su hospital.

Hoy, un día invernal de julio de 1996, he viajado a Juliaca para ofrecer un taller inicial de PMC para los administradores y el personal de nivel operativo. Esta capacitación es una de las principales actividades de arranque del plan de mejoramiento de la calidad del hospital. Nuestras metas para esta capacitación incluyen:

- ◆ Identificar los problemas de prestación de servicios del hospital;
- ◆ Determinar qué problemas requieren atención inmediata;
- ◆ Formar equipos de mejoramiento de la calidad, cuyos miembros colaboran en tratar de resolver los problemas con la prestación de servicios;
- ◆ Alentar a los participantes del taller a trabajar en forma conjunta en el desarrollo de conocimientos y habilidades necesarios para utilizar la metodología del PMC.

Organicé esta capacitación en cuatro etapas:

- ◆ Sensibilizar los participantes acerca de la importancia de mejorar la calidad;
- ◆ Capacitar los proveedores de servicios en PMC;
- ◆ Organizar los equipos de mejoramiento de la calidad;
- ◆ Hacer un seguimiento.

ETAPA UNO: SENSIBILIZAR LOS PARTICIPANTES ACERCA DE LA IMPORTANCIA DE MEJORAR LA CALIDAD

Me castañetean los dientes a medida que saludo los participantes en esta gélida mañana andina. Nuestro salón de reuniones, como muchas oficinas y hogares de la región, no cuenta con calefacción y el aire a estas alturas es tan frío que parece que se me rasgara la piel con unas cuchillas de hielo muy delgadas. Esta es la primera vez que facilito un taller usando un abrigo, guantes y chalina! Por suerte, sé que los ejercicios de desarrollo de equipos, las discusiones y las sesiones de sociodramas pronto nos harán olvidar el frío.

Comienzo a sentir más calor a medida que hablo con respecto a la agenda del día. Les explico a los participantes que haremos tres ejercicios—periódicos murales, un buzón de sugerencias y quejas ficticio y sociodramas. Estos ejercicios ayudarán a los participantes a identificar y superar los principales obstáculos que frenan sus esfuerzos para mejorar la calidad de sus servicios. Estos ejercicios también ayudarán a crear un ambiente de colaboración, que es crucial para la eficacia de los equipos de mejoramiento de la calidad.

Le pido al grupo que se divida en cuatro equipos “interfuncionales” compuestos por personas que trabajan en diferentes secciones y que se encuentran en distintos niveles jerárquicos del hospital. Una vez que el grupo se ha subdividido en equipos, el director del hospital sugiere que cada uno de los equipos elija un miembro para que funcione como coordinador del equipo ese día. El les aconseja:

“No escojan automáticamente un coordinador de equipo que ocupe un cargo alto en el hospital, a no ser que esa persona posea las características personales necesarias para desempeñar estas funciones. Las características que deben considerar cuando escojan un coordinador incluyen:

- ◆ Ser entusiasta con respecto a nuestro potencial de trabajar en equipos interfuncionales para resolver los problemas;
- ◆ Poseer una personalidad persuasiva que pueda alentar a todos los miembros del grupo a participar en las discusiones y llegar a un acuerdo con respecto a las soluciones;
- ◆ Ser organizado, así las tareas del equipo son completadas en el tiempo asignado.”

Concientización Acerca de las Actitudes de los Proveedores a Través de Periódicos Murales

Una vez que se han formado los grupos pequeños de trabajo, les muestro como se arma un periódico mural y entrego a cada equipo una copia de las instrucciones para realizar este ejercicio.

Instrucciones para el Ejercicio del Periódico Mural

Un periódico mural consta de una serie de dibujos con diálogo, similar a una tira cómica. Describe una situación en particular relevante para la prestación de servicios de salud en la comunidad donde se ofrece la capacitación.

Instrucciones

- ◆ Empleando papel, bolígrafos y marcadores, arme un periódico mural que ilustre:
 - ◆ La percepción del equipo de las condiciones económicas y sociales de la comunidad a la que el hospital presta servicios
 - ◆ Los problemas de salud y los obstáculos en la prestación de servicios que surgen como resultado de estas condiciones de vida difíciles, incluyendo los desafíos especiales resultantes de contar con la vida transitoria que caracteriza a la población de Juliaca
 - ◆ La misión del proveedor de servicios de salud al trabajar en estas comunidades
- ◆ Prepare una exposición de cinco minutos que explique como su periódico mural presenta las conclusiones del equipo con respecto a cada uno de estos tres aspectos

(Para obtener instrucciones más detalladas sobre cómo armar un periódico mural, ver la página 45.)

Identificar los problemas de la comunidad y los obstáculos en la prestación de servicios. Los periódicos murales de los equipos son bastante buenos. Las listas de los problemas de salud que cada equipo generó son similares e incluyen el alto riesgo de adquirir una infección causada por las ETS y las altas tasas de mortalidad materna e infantil. Los participantes identifican dos aspectos que requieren de una atención prioritaria: mejorar el diagnóstico y tratamiento de ETS, incluyendo el VIH/SIDA, y aumentar el acceso a los servicios de salud materno-infantil provistos por el hospital, mediante el establecimiento de puntos de prestación de servicios basados en la comunidad.

A medida que el grupo conversa sobre algunos de los obstáculos que podrían encarar al añadir los servicios de ETS y establecer puntos de prestación de servicios en la comunidad, una doctora joven señala el periódico mural que está colgado en la pared y declara: “En nuestra situación no es posible para el gobierno proveer ‘calidad’ en los servicios de salud.”

Yo respondo a su comentario planteando una pregunta al grupo:

¿Cómo puede ser que la calidad se considere irrelevante en este escenario?

“La calidad siempre es relevante. Sin embargo, es posible que no se la pueda lograr. Cada día, vemos que hay clientes que acuden a nosotros para obtener servicios de salud y que se van del centro sin haber podido ver a un médico. Otros esperan durante mucho tiempo, sin tener la certeza de que cuando finalmente les haya llegado el turno el proveedor tendrá acceso a los suministros y expedientes necesarios para proporcionarles los servicios que necesitan.”

Todo el grupo parece estar de acuerdo. Les pido que escojan algunas palabras que describan sus actitudes con respecto a la calidad. Por ejemplo, ¿se sienten esperanzados, positivos, negativos o curiosos acerca de la calidad?

Rápidamente el grupo decide adoptar las palabras “complaciente” y “apático” para describir su actitud con respecto a la calidad, ya que estas palabras implican que se sienten neutrales acerca de los esfuerzos para cambiar la calidad de los servicios que ofrecen. No se sienten antagónicos hacia la idea de la calidad, pero tampoco se sienten esperanzados de lograrla. Para cerrar este ejercicio, les digo que el siguiente ejercicio de grupo les pedirá que consideren dos preguntas:

- ◆ ¿En qué medida sus actitudes podrían constituir un obstáculo para mejorar la calidad de sus servicios?
- ◆ ¿Cómo afectan sus actitudes las interacciones con los clientes?

Mejorar las Actitudes del Proveedor a Través de un Buzón de Sugerencias y Quejas Ficticio

Después del receso, pido a los participantes que reflexionen sobre si las actitudes de los proveedores de servicios se notan en su trato con los clientes. Ellos reflexionan en silencio durante varios minutos. Luego pido a cada uno de ellos que, sin comunicarse con los demás miembros del grupo, pretenda que es un cliente y anote sus críticas con respecto a la forma en que él o ella fue tratado(a) cuando acudió al hospital para obtener un servicio. Los participantes anotan sus quejas y las depositan en un buzón de sugerencias y quejas ficticio que he colocado al frente del salón. Los participantes regresan a sus pequeños grupos de trabajo mientras algunos voluntarios vacían el buzón y proceden a ordenar y tabular las quejas de acuerdo al tipo de queja. (Para mayor información sobre un buzón de sugerencias y quejas ficticio, ver la página 46.)

Uno de los voluntarios anuncia el análisis de las quejas del buzón de sugerencias y quejas ficticio, diciendo, “Ochenta por ciento de las quejas se refieren al tiempo de espera prolongado y las consultas cortas e insatisfactorias con los proveedores.”

El grupo responde a este anuncio hablando animadamente entre ellos. Alguien me explica, "Yo me reí cuando nos leyeron los resultados de las quejas, porque ahora sé que mi crítica sobre algunos de nuestros procedimientos de prestación de servicios es compartida por varios de mis colegas en el hospital."

Mejorar las Interacciones Entre el Proveedor y el Cliente a Través de Sociodramas

Aprovechando la creciente sensibilidad del grupo en cuanto a la importancia de mejorar la calidad de sus interacciones con los clientes, le pido a cada uno de los equipos que redacte una escena de cinco minutos para una sociodrama titulado, "Casos y Aspectos de los Servicios de la Clínica".

Les explico que ellos pueden basar la escena en una de las quejas de nuestro buzón de sugerencias y quejas ficticio o en alguna otra situación relacionada con el trato que se da a los clientes en su lugar de trabajo. Después de veinte minutos, el grupo se vuelve a reunir. Cada equipo presenta la escena que ha preparado.

Sociodrama: Escena Uno

Una mujer con un niño enfermo llega al hospital y solicita atención en el servicio de consulta externa.

"Por favor", dice la mujer, "mi bebé está muy enfermo. Atiéndanme por favor."

"Vaya a la sala de emergencias", le dice el encargado. "No hay ningún médico en este momento. Todos ellos están en el hospital haciendo sus visitas."

Después de caminar sin rumbo por los pasillos del hospital durante media hora, la madre finalmente llega a la sala de emergencias, donde se encuentra con la ayudante de enfermería de turno, que le dice, "Vaya a la consulta externa. Esta no es una emergencia. Su bebé no está tan enfermo."

La madre no tiene siquiera la posibilidad de contestar antes de que la ayudante de enfermería desaparezca. Ansiosamente, la madre se sienta para calmarse un poco. Por suerte, ella se sienta al lado de una anciana que le aconseja cómo puede atender a su bebé.

Sociodrama: Escena Dos

Son las tres de la mañana. Una pareja llega al hospital. El esposo golpea desesperadamente la puerta de la sala de emergencias. El guardia le contesta enojado, sin abrir la puerta.

"¿Quién es?" grita el guardia. "¿Qué quiere?"

"Por favor, señor", le contesta el hombre, "mi esposa está muy enferma."

Medio dormido, el guardia abre la puerta a medias. "¿Qué pasa?" pregunta adormilado. "Son las tres de la mañana y el médico no está. ¿Por qué no regresa mañana?"

Sociodrama: Escena Tres

Un paciente enfermo llega al hospital donde un estudiante de medicina está de turno. El estudiante está dormido, y la enfermera lo sacude y le ruega que se levante. El se toma su tiempo para llegar a la sala de exámenes donde lo está esperando el paciente enfermo. El estudiante de medicina no sabe qué hacer.

“¡Llame al médico a su casa!” les grita a la enfermera y al cliente.

En la casa del médico, el teléfono suena pero nadie contesta.

(Para una discusión sobre los sociodramas, ver la página 46.)

El grupo se queda mudo momentáneamente cuando concluyen estos sociodramas. A medida que conversan sobre las tres escenas, los participantes se ven haciendo y diciendo cosas que son inaceptables. Ellos empiezan a darse cuenta como estos tipos de comportamientos tienen un impacto negativo, sobre todo en el acceso de los clientes a los servicios.

Cuando ya nadie siente la necesidad de hacer observaciones, yo anuncio un corto receso.

Identificación de Problemas en la Prestación de Servicios a través de una Lluvia de Ideas

Después del receso, generamos una lista de problemas en la prestación de servicios que los clientes experimentan, identificados al usar los tres ejercicios de sensibilización (periódicos murales, buzones de sugerencias y quejas ficticios y sociodramas). Realizamos una lluvia de ideas para identificar algunas de las causas de estos problemas. Rápidamente nos damos cuenta que las actitudes de los proveedores no son el único factor negativo; el sistema rígido del hospital y normas pasadas de moda también constituyen factores importantes. Tomando como base la lluvia de ideas, revisamos la lista de problemas y diferenciamos entre los que se relacionan con las actitudes de los proveedores y los que se relacionan con el sistema y las normas existentes. (Para mayor información sobre la lluvia de ideas, ver la página 47.)

Resultados de la Lluvia de Ideas sobre los Problemas en la Prestación de Servicios

Problemas Relacionados con Actitudes

- ◆ Negligencia
- ◆ Falta de un sentido de urgencia
- ◆ Indiferencia

Problemas Relacionados con el Sistema

- ◆ Ausencia del personal encargado de prestar los servicios
- ◆ Burocracia
- ◆ Hacer que el paciente vaya de un lugar a otro

Yo les digo a los participantes que usaremos esta lista que preparamos durante la lluvia de ideas en el ejercicio de determinación de prioridades. Este ejercicio nos ayudará a decidir qué problemas requieren atención inmediata por parte de un equipo de mejoramiento de la calidad.

ETAPA DOS: CAPACITAR A LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS EN PMC

Al finalizar la etapa uno, los participantes están más sensibilizados a las necesidades de sus clientes. En la etapa dos, aprenden a usar el PMC para planificar iniciativas que encararán los problemas relacionados con el acceso de los clientes a los servicios y la calidad de los mismos.

La etapa dos está dividida en cuatro módulos. En el primer módulo, el personal aprende con respecto a los seis elementos de la calidad y se desarrollan habilidades para mejorar los servicios. En el segundo módulo, el personal aprende a comprender la perspectiva del cliente en cuanto a la calidad de la atención y a medir su grado de satisfacción utilizando diferentes herramientas. En el tercer y cuarto módulos, el equipo analiza las conclusiones del segundo módulo. Este caso se concentra en los módulos tres y cuatro.

Priorización de los problemas. Durante el módulo tres, presento el uso de una matriz para determinar prioridades. La matriz nos ayudará a identificar aquellos problemas que los equipos deberían abordar en primer lugar, mostrándonos cuales ocurren con mayor frecuencia, cuáles tienen un mayor impacto en la prestación de servicios y cuales son más factiblemente de solucionar por el equipo de mejoramiento de la calidad.

Todo el grupo participa en la transferencia de problemas identificados en la prestación de servicios a la matriz para determinar prioridades. Para cada problema de la lista, el grupo califica su frecuencia, impacto y factibilidad, asignándole un número proporcional entre cero y cinco. Discutimos la calificación, organizamos la lista de problemas de mayor a menor de acuerdo al número de puntos recibidos y asignamos un problema a cada equipo de mejoramiento de la calidad. Como se muestra en la matriz a continuación, los tres problemas que recibieron el mayor puntaje son el tiempo excesivo de espera en la consulta externa, clientes que se marchan sin haber podido ver al médico y los expedientes médicos incompletos o extraviados.

Matriz para Determinar Prioridades

Problema	Frecuencia/ Puntaje	Impacto/Puntaje	Factibilidad/ Puntaje	Puntaje Total
Tiempo de espera excesivo en el servicio de consulta externa	Diariamente/5	Queja más frecuente de los clientes/5	Alta/5	15
Clientes que se marchan sin haber logrado ver al médico	Diariamente/5	Alto/5	Alta/5	15
Expedientes médicos incompletos o extraviados en el servicio de consulta externa	Diariamente/5	Relacionado al tiempo de espera y tiene la misma importancia /5	Alta/5	15
Alcance limitado del programa PF y no responde a las necesidades de la comunidad	Diariamente/5	Urgente ampliar los servicios de SMI y de ETS/VIH/SIDA /5	Se requiere financiamiento para servicios urgentes /3	13
Demora en la atención de emergencias obstétricas	La demora es una ocurrencia común /5	Muy importante para los clientes /5	Se requiere una mejor descripción /2	12

(Para mayor información sobre la matriz para determinar prioridades, ver la página 47.)

Trabajar en equipos. En el cuarto módulo, discutimos el trabajo en equipos para desarrollar propuestas para abordar los problemas identificados y mejorar la calidad de los servicios. Los equipos aprenden que cada propuesta debe describir el problema y sugerir actividades para mejorar la calidad de los servicios, empleando un formato que incluya la descripción del problema, los objetivos de la propuesta y un cronograma. Los equipos presentarán sus propuestas a los directivos del hospital para su revisión, aprobación y asignación de recursos. Hablamos sobre la posibilidad de presentar todas las propuestas en la misma fecha, para permitir que el equipo coordinador las analice en forma conjunta y decida sobre la capacidad del hospital para asignar recursos y coordinar las actividades.

ETAPA TRES: ORGANIZAR LOS EQUIPOS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

El primer paso en la etapa tres es decidir qué problemas deben encarar los equipos de mejoramiento de la calidad y asignar un problema a cada equipo. Muchos factores influyen sobre esta decisión, incluyendo el tamaño de cada equipo, los recursos disponibles para apoyar a los equipos y la capacidad del personal gerencial para dirigir y coordinar las actividades del PMC.

El plan de mejoramiento de la calidad del hospital recomendó la formación de cinco equipos interfuncionales de mejoramiento de la calidad cuyos integrantes debían provenir de diferentes secciones. Sin embargo, el director del hospital informa al grupo que autorizará solamente cuatro equipos interfuncionales. Explica, “El papel del equipo rector consiste en coordinar las actividades que todos los equipos de mejoramiento de la calidad están implementando, y proporcionar o facilitar apoyo para el seguimiento. Estamos comprometidos a dedicar tiempo y energía para apoyar su trabajo, y consideramos que prestar apoyo a cinco equipos excede nuestra capacidad actual.”

El director llama la atención del grupo a la matriz de prioridades que está colgada en la pared. “Sugiero que reduzcamos los cinco problemas principales a cuatro, combinando las dos áreas problemáticas, ‘Tiempo de espera excesivo en el servicio de consulta externa’ y ‘Clientes que se van del hospital sin haber visto al médico’ en una sola área problemática, bajo el encabezamiento ‘Operaciones de la consulta externa’. Estos dos problemas atañen a la consulta externa, y pienso que todos nosotros sospechamos que sus causas están interrelacionadas.”

Nadie objeta a esta propuesta. Los cuatro problemas que los equipos interfuncionales encararán ahora son:

- ◆ Servicios de planificación familiar y número de casos atendidos;
- ◆ Operaciones de la consulta externa;
- ◆ Emergencias obstétricas;
- ◆ Manejo de expedientes médicos.

También decidimos que el equipo rector coordinará y apoyará el trabajo de los otros cuatro equipos de mejoramiento. El equipo rector estará conformado por el director del hospital, el jefe del servicio de obstetricia y ginecología, el jefe de la consulta externa, el jefe del servicio de emergencias, el jefe del departamento de archivos de expedientes médicos y los coordinadores de los equipos interfuncionales.

(Para mayor información sobre los métodos y herramientas para organizar los equipos, ver las páginas 48–49.)

Establecer la membresía de los equipos. Colocamos cuatro hojas de papel de gran tamaño en las paredes del salón de reuniones. Cada hoja contiene uno de los cuatro problemas prioritarios. Le pido a cada persona que coloque su nombre en la hoja correspondiente al problema que él o ella considere más interesante y les digo que estas listas constituirán nuestros equipos de mejoramiento de la calidad, ya que cada uno de los equipos trabajará en la resolución de un problema.

El equipo rector circula entre los equipos recientemente formados para asegurarse que se ha inscrito un número suficiente de personas para trabajar en cada uno de los problemas y que cada equipo tiene miembros de todos los sectores involucrados en la causa y búsqueda de solución para el problema identificado.

Los equipos eligen sus coordinadores y fijan una fecha, lugar y hora para su próxima reunión, en la que analizarán en mayor profundidad el problema para buscar una solución. Los equipos también establecen plazo final para presentar sus propuestas de mejoramiento de la calidad al equipo rector.

ETAPA CUATRO: HACER UN SEGUIMIENTO

Para que el proceso PMC sea exitoso, el personal gerencial debe proporcionar apoyo continuo a los equipos a medida que éstos trabajan en sus áreas problemáticas seleccionadas. Ejemplos de apoyo incluyen autorizar tiempo para realizar reuniones, proporcionarles un espacio físico donde se puedan reunir, y analizar y responder a las propuestas de mejoramiento de la calidad en forma oportuna y equitativa.

El seguimiento debe estar a cargo de los coordinadores de equipo, el equipo rector, y el facilitador externo, si lo hubiere. Después de la sesión de clausura del curso de capacitación de PMC, me reúno con el equipo rector para finalizar el plan para sus actividades de seguimiento.

Papel de Seguimiento del Coordinador del Equipo

El jefe del servicio de obstetricia y ginecología da inicio a nuestra reunión dirigiéndose a los coordinadores de los otros cuatro equipos de mejoramiento de la calidad. “Sus equipos se han comprometido a realizar cambios que mejorarán aspectos cruciales del departamento de obstetricia y ginecología. Cada uno de ustedes desempeña un papel vital para lograr que sus equipos arranquen y se mantengan motivados. Yo estaré a su disposición para apoyarlos a ustedes y a sus equipos en cualquier forma posible. Les propongo que durante los próximos meses nos reunamos semanalmente y hagamos que el tema de apoyo administrativo sea siempre parte de la agenda de dichas reuniones.”

Los coordinadores expresan su agradecimiento por la oferta recibida y fácilmente están de acuerdo en encontrar el tiempo necesario para realizar esta reunión adicional. El coordinador del equipo rector continúa diciendo, “Contamos con todos ustedes para guiar y apoyar a los miembros de sus equipos en sus intentos de colaborar en la aplicación del proceso de resolución de problemas. Las cualidades más importantes para desempeñar este papel son el entusiasmo personal en cuanto al potencial de la metodología PMC para ayudarnos a comprender cómo podremos lograr que nuestros servicios respondan mejor a los requerimientos de los clientes. Les ruego contar conmigo para ayudarlos a superar esos momentos en que crean que su entusiasmo se ha agotado a raíz del esfuerzo requerido para mantener las cosas en marcha.”

Papel de Seguimiento del Equipo Rector

Luego habla el director del hospital. “Una función importante de nuestro equipo rector es apoyar nuestros miembros, así como al resto de nuestros colegas y miembros del personal. Debemos aumentar nuestra confianza en las comunicaciones y en la colaboración para la resolución de problemas y ver nuestro progreso como un proceso de aprendizaje continuo si queremos atravesar exitosamente este período de transición. Para monitorear nuestro avance, elaboraremos una gráfica del efecto que tiene el cambio en nuestro comportamiento en cuanto a nuestra habilidad de satisfacer a las necesidades de nuestros clientes. Yo les propongo que nos reunamos cada dos semanas para monitorear los propósitos y coordinar nuestros esfuerzos para apoyar a los equipos de mejoramiento de la calidad.”

El director del hospital concluye repasando una lista de funciones del equipo rector en una hoja de papel del rotafolios:

- ◆ Analizar y aprobar los proyectos de mejoramiento propuestos por los equipos;
- ◆ Obtener los recursos para los proyectos;
- ◆ Actualizar el plan para mejoramiento continuo de calidad del hospital;
- ◆ Proporcionar apoyo administrativo a los equipos;
- ◆ Reconocer y recompensar los logros de los equipos.

(Para mayor información referente al seguimiento de los equipos de mejoramiento de la calidad, ver las páginas 61–62.)

Eliminación Gradual de la Dependencia en un Facilitador Externo

El director del hospital me pide que comente sobre el siguiente paso del proceso PMC. Yo hago un repaso de mi papel pasado y futuro como facilitadora externa. “Estoy complacida de que este taller me haya permitido conocerlos. Ha sido un placer para mí haberlos introducido al PMC y observar que les ha sido útil en el desarrollo de su plan de mejoramiento de la calidad. En el futuro mientras sigamos trabajando juntos, me gustaría concentrarme en dos cosas. Dentro de seis u ocho meses, volveré a trabajar con ustedes para realizar un análisis del avance logrado por los equipos de mejoramiento de la calidad. En base a esos hallazgos, podremos decidir cual es la mejor forma de proporcionar a su hospital un apoyo continuo. Estoy ansiosa de regresar en seis meses para analizar con todos ustedes el avance de sus equipos con todos ustedes.”

Preguntas para la Discusión del Caso

1. Describa los métodos y las herramientas que el facilitador empleó para sensibilizar a los participantes sobre las necesidades y la manera en la que sus actitudes afectan la calidad de los servicios que prestan.
2. ¿Cómo priorizaron los participantes los problemas que habían identificado en los primeros? ¿Qué problemas recibieron el puntaje más alto?
3. ¿Qué equipos de mejoramiento de la calidad se formaron en el hospital y por qué?
4. ¿Cómo proporcionará el hospital apoyo y seguimiento continuo a los equipos de mejoramiento de la calidad?

Una organización lanza su iniciativa PMC con una sesión inicial de PMC para los gerentes, el personal administrativo clave y los responsables de la prestación de servicios. Por lo general esta capacitación la realiza un facilitador externo. La capacitación inicial es crucial para ayudar a obtener el compromiso del personal gerencial y administrativo para mejorar la calidad. Durante esta capacitación, los participantes aprenden acerca de la importancia de centrar su atención en el cliente para mejorar la calidad y cómo trabajar en equipo para identificar los problemas y desarrollar e implementar las soluciones. Ese equipo rector se encarga de formar los equipos de mejoramiento y darles seguimiento y apoyo a medida que llevan a cabo los proyectos de mejoramiento de la calidad. Los métodos y herramientas del PMC incluidos en esta sección son:

- ◆ Ejercicios Grupales para los Talleres de Capacitación en PMC;
- ◆ Identificación y Priorización de los Problemas en la Prestación de Servicios;
- ◆ Organización de Equipos.

EJERCICIOS GRUPALES PARA LOS TALLERES DE CAPACITACIÓN EN PMC

Utilizar ejercicios participativos grupales puede ayudarle a mejorar el grado de concientización de los participantes en cuanto a las necesidades de sus clientes. Este tipo de ejercicio también puede ayudar a que los participantes tomen conciencia con respecto a los aspectos del comportamiento del proveedor de servicios que pueden tener un impacto negativo sobre el acceso de los clientes a los servicios. Una vez que hayan concluido los tres ejercicios, los participantes pueden utilizar las observaciones que han hecho durante cada ejercicio para desarrollar una lista amplia de problemas en la prestación de servicios que los clientes experimentan en su centro. Los ejercicios grupales que se presentan en esta sección son:

- ◆ El Periódico Mural;
- ◆ El Buzón de Sugerencias y Quejas Ficticio;
- ◆ Sociodramas.

El Periódico Mural

Trabajando en equipos, los participantes crean un periódico mural, o una serie de dibujos, que transmite los problemas de salud de su comunidad y los obstáculos que encuentran para mejorar la calidad de sus servicios. El periódico mural proporciona a los equipos una oportunidad de compartir sus observaciones con todos los participantes del curso, y al mismo tiempo de reflexionar sobre su misión como proveedores de servicios de salud para mejorar las condiciones de vida de su comunidad.

Al prepararse para el ejercicio, forme equipos de cuatro a ocho personas escogidas al azar y pídale que reflexionen sobre varias preguntas:

- ◆ ¿Cuál es la situación económica y social de la comunidad a la que presta servicios?
- ◆ ¿Qué problemas de salud surgen a raíz de esta situación?
- ◆ ¿Cuál es su misión como trabajador de salud en este contexto?

Utilizando sus respuestas, cada equipo diseña un periódico mural usando cartulina, marcadores, tijeras, periódicos locales y revistas proporcionadas por el facilitador. Los equipos tienen una hora para preparar su periódico mural.

Este ejercicio sirve para romper el hielo y diluir los comportamientos jerárquicos tradicionales, creando un ambiente que alienta la cohesión exitosa de los miembros del grupo. Las personas tienden a olvidar sus diferencias y a concentrarse en un objetivo dado. La competencia constructiva entre los equipos contribuye a este esfuerzo y promueve la integración de las personas dentro del equipo su participación en la discusión.

El Buzón de Sugerencias y Quejas Ficticio

A través de este ejercicio, los participantes aprenden cuán fácilmente pueden establecer un sistema para escuchar al cliente. Antes de iniciar este ejercicio, el capacitador o facilitador debe invitar a los participantes a discutir los derechos de los clientes a obtener servicios de salud, y si fuera posible, ver una película que muestre a los proveedores de servicios con conductas poco sensibles hacia los clientes.

En este ejercicio, los participantes asumen el rol del cliente durante unos minutos. Ellos deberían imaginarse una situación personal en la que necesitan solicitar un servicio de salud en su hospital o centro de salud y el tipo de trato que ellos, como clientes, recibirían normalmente. Sin permitir que los miembros del grupo se comuniquen entre sí, proporcione a los participantes varios pedazos de papel y pídale que anoten cualquier queja que pudieran tener con respecto a la atención recibida. Ellos deben depositar sus quejas en el buzón de sugerencias y quejas ficticio. Tome las quejas del buzón, tabúlelas y muestre los resultados en una hoja de rotafolios. Estas quejas se convierten en la base para elaborar de la matriz de resolución de problemas que se usará posteriormente para seleccionar los equipos de mejoramiento de la calidad.

Sociodramas

Las sociodramas permiten que los participantes seleccionen algunos problemas, los dramaticen e identifiquen procesos y actitudes que no funcionan bien. Posteriormente a los sociodramas, los problemas que fueron identificados son analizados y discutidos en una sesión de lluvia de ideas.

Después de expresar las quejas referentes a la prestación de servicios a través del ejercicio del buzón de sugerencias y quejas ficticio, se solicita a los participantes que escriban una escena para una obra titulada, "Casos y Aspectos de los Servicios en Nuestra Clínica". Se pide a los equipos que piensen en la trama, que debe estar basada en los sucesos comunes de su hospital, y que seleccionen personajes para dicha escena (no personas específicas). A medida que los papeles son distribuidos, se pide a los participantes que seleccionen un papel distinto al de su puesto de trabajo real. Los equipos tienen 20 minutos para preparar su escena y cinco minutos para presentarla al grupo.

IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Durante la capacitación, los participantes iniciaron el proceso de identificación y priorización de los problemas en la prestación de servicios. Una herramienta útil para identificar los problemas es la lluvia de ideas. Para priorizar sus problemas, los participantes o los miembros de los equipos de mejoramiento de la calidad pueden utilizar una matriz para determinar prioridades, que clasifica los problemas de acuerdo a la frecuencia con que ocurren, su nivel de impacto en la calidad del servicio y la factibilidad de mejorar dicho problema.

Los participantes siguen dos pasos en la identificación y priorización de los problemas en la prestación de servicios:

- ◆ Paso Uno: Identificar los Problemas en la Prestación de Servicios;
- ◆ Paso Dos: Seleccionar los Problemas Más Importantes en la Prestación de Servicios.

Paso Uno: Identificar los Problemas en la Prestación de Servicios

Una técnica útil para ayudar a un grupo de personas a identificar los problemas más frecuentes en sus centros de prestación de servicios es la lluvia de ideas. Se requiere para ellos fomentar una atmósfera positiva, abierta y de confianza entre los miembros del equipo y lo que facilitará la elaboración de la lista de problemas. Durante una sesión de lluvia de ideas, los participantes no deben juzgar ni hacer comentarios acerca de las ideas que se han sugerido; en lugar de esto, deben permitir el libre flujo de las ideas sobre los problemas que ellos han experimentado y, si fuese aplicable, los que observaron durante los ejercicios anteriores.

Lluvia de Ideas sobre los Problemas Más Comunes en la Prestación de Servicios

1. Pídale al grupo que reflexione y nombre cualquier problema referente a la prestación de servicios que hayan observado o experimentado en su centro u organización
2. Anote todos los problemas sugeridos en una cartulina o rotafolios
3. Si no hubiese muchas sugerencias, inste al grupo a pensar haciéndoles preguntas o relatando sus propias experiencias

Paso Dos: Seleccionar los Problemas Más Importantes en la Prestación de Servicios

Una vez que haya terminado su sesión de lluvia de ideas, tendrá una lista completa de los problemas en la prestación de servicios. Su siguiente tarea consiste en priorizar, o seleccionar los problemas más importantes para tratar de resolverlos en primer lugar. Empleando la técnica de priorización descrita a continuación, el grupo clasificará cada problema basándose en tres criterios:

- ◆ Magnitud, o frecuencia con la cual ocurre el problema;
- ◆ Impacto o efecto el problema tiene en la prestación del servicio;
- ◆ Factibilidad o facilidad con la cual un equipo de mejoramiento de la calidad podría resolver el problema.

Los participantes califican cada problema asignándole un número entre 0 (mínimo) y 5 (máximo) para cada uno de los criterios.

Magnitud. Si un problema ocurre todo el tiempo, será calificado con un cinco. Si nunca ocurre, recibirá una calificación de cero. Cuando considere la magnitud pregúntese a sí mismo “¿Cuán frecuentemente un paciente de la unidad de emergencias tiene que esperar hasta que se presente una persona capacitada para atenderlo?” O más específicamente, usted podría preguntar, “¿Cuántas personas tienen que esperar más de cinco minutos para ser atendidas por el personal capacitado?”

Impacto. El impacto no está relacionado con la frecuencia de la ocurrencia; se relaciona con el impacto del problema en la salud del cliente. Si tiene un gran impacto, obtendrá una calificación de cinco. Si tiene un impacto mínimo o nulo, será calificado con uno o cero. Cuando considere el impacto, pregúntese a sí mismo, “¿Cuál sería el impacto si una persona tuviera que esperar más de cinco minutos en el servicio de emergencias para ser atendida por el personal capacitado?”

Factibilidad. La calificación de la factibilidad que usted asigne a un problema puede basarse en la naturaleza del problema en sí o en los recursos puestos a disposición del grupo para resolver el problema. Si es muy probable que un equipo de mejoramiento de la calidad pueda resolver un problema en particular, debería darle una calificación de cuatro o cinco. Si es poco probable que el equipo pueda resolver el problema, debería darle una calificación de uno o dos. Cuando considere la factibilidad, pregúntese a sí mismo, “¿Cuál es la probabilidad de que un equipo de mejoramiento de la calidad pueda trabajar exitosamente para reducir el tiempo de espera de los clientes del servicio de emergencias?”

(Ver un modelo de una matriz para determinar prioridades en la página 41.)

Introducción del Proceso de Calificación a través de la Matriz para Determinar Prioridades

1. Explique el proceso empleado para calificar los problemas y verifique que los participantes comprenden los tres criterios utilizados para calificar los problemas
2. Lea uno o dos de los problemas y discuta la calificación que obtuvo cada problema para cada uno de los criterios
3. Tabule y compare la calificación de cada uno de los problemas identificados, invitando a los participantes a juzgar críticamente sus calificaciones y haga preguntas como éstas, “¿Estos problemas tienen el mismo impacto sobre los usuarios?”
4. Si hubiera un empate entre dos problemas, se debe volver a hacer el análisis de los dos problemas. Si persiste el empate, el problema que reciba la mayor calificación en lo que concierne al impacto será de mayor importancia
5. Organice la lista de problemas de acuerdo al puntaje recibido, empezando con los que recibieron la calificación más alta

ORGANIZACIÓN DE EQUIPOS

La organización de los equipos de mejoramiento de la calidad al concluir la sesión inicial del PMC es una parte importante de la experiencia del aprendizaje. Además es el momento oportuno, ya que los participantes están conscientes de la necesidad del cambio y se sienten motivados a realizar acciones concretas para implementar este cambio.

En esta etapa, los participantes ya han identificado y priorizado los problemas en la prestación de servicios que ellos desean encarar. Usualmente estos problemas atañen a varios departamentos. Por consiguiente, en este primer momento se deberían formar equipos interfuncionales, compuestos por miembros de todos departamentos involucrados. Se forma un equipo para cada área problemática que hayan definido como prioritaria. Posteriormente, cuando la organización comience a encarar los problemas más específicos de un departamento, el personal generalmente forma equipos naturales, o equipos cuyos miembros trabajan en un solo departamento o área.

Los tipos de los equipos de mejoramiento de la calidad incluyen:

- ◆ Equipo coordinador, o equipo rector;
- ◆ Equipos interfuncionales;
- ◆ Equipos naturales;
- ◆ Equipo asesor.

Equipo Coordinador, o Equipo Rector

Miembros. El equipo coordinador o equipo rector debe estar formado por el director del hospital o el jefe del departamento o de la unidad, dos o tres jefes de departamentos claves y los coordinadores de todos los equipos activos.

Responsabilidades. Las responsabilidades del equipo coordinador incluyen:

- ◆ Aprobar los proyectos de mejoramiento de la calidad propuestos por los equipos;
- ◆ Obtener los recursos para los proyectos de los equipos;
- ◆ Actualizar el plan de mejoramiento de la calidad del hospital;
- ◆ Proporcionar asistencia administrativa a los equipos;
- ◆ Reconocer y recompensar los logros de los equipos.

Equipos Interfuncionales

Miembros. Generalmente un equipo interfuncional no debería tener más de ocho miembros. El equipo debe incluir al personal de todas las áreas o departamentos involucrados en el problema. Los miembros también deben provenir de los diferentes niveles jerárquicos de la organización.

Propósito. La meta de los equipos interfuncionales es resolver los problemas prioritarios en la prestación de servicios. Usted debe formar un equipo para cada uno de los problemas interdepartamentales que ha identificado como prioritarios. Estos equipos pueden ser de carácter temporal o permanente.

Equipos Naturales

Miembros. Un equipo natural debe estar conformado solamente por el personal de un área o departamento.

Propósito. Un equipo natural se forma para encarar uno o más problemas específicos del departamento o unidad del equipo. A menudo los miembros de un equipo natural inician su trabajo en forma conjunta definiendo su misión como departamento, área, o unidad, y posteriormente identifican los problemas que deben ser resueltos y desarrollan las estrategias para resolverlos.

Equipo Asesor

Miembros. Los miembros de un equipo asesor se identifican a lo largo del tiempo, y por lo general incluyen a los administradores o a los miembros del personal que han asumido el liderazgo para llevar a cabo los proyectos de mejoramiento de la calidad o para coordinar una iniciativa PMC.

Propósito. A medida que la iniciativa PMC madura, ésta puede beneficiarse del asesoramiento, los consejos y/o experiencia de un grupo de asesores. A menudo un equipo asesor asume la responsabilidad de capacitar y ayudar a todos los equipos de mejoramiento de la calidad que participan en la iniciativa PMC.



SEGUIMIENTO DEL AVANCE LOGRADO POR LOS EQUIPOS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

Juliaca, Perú

Durante el período siguiente a la capacitación inicial sobre el PMC, los equipos de mejoramiento de la calidad aprenden a funcionar como equipos y a trabajar en los problemas prioritarios asignados. En el hospital Carlos Monge Medrano los equipos de mejoramiento de la calidad se concentraron en primer lugar en aclarar los papeles y responsabilidades de los miembros del equipo y determinar como emplear su tiempo más eficientemente. Sus actividades de resolución de problemas se centraron en analizar las causas del problema, preparar propuestas para el proyecto e implementar actividades. Al final del período de seguimiento de seis meses, el asesor externo regresó a Juliaca para ayudar a los equipos a analizar sus actividades, evaluar su funcionamiento y desarrollar un plan de trabajo para los siguientes seis meses.

Resultados

Como resultado de los esfuerzos de los equipos de mejoramiento de la calidad, se incrementó el número de atenciones de salud reproductiva del hospital y la utilización de esos servicios por la población masculina. El acceso de los clientes a la consulta externa mejoró, y los tiempos de espera se redujeron. También se redujo el extravío de los expedientes médicos y las demoras en la atención de emergencia en el servicio de obstetricia y ginecología fueron eliminadas.

Objetivos del Aprendizaje

Después de revisar este caso y las herramientas que lo acompañan, los lectores estarán en condiciones de:

- ◆ Planificar e implementar cambios en los procesos de prestación de servicios;
- ◆ Monitorear la implementación de los proyectos de mejoramiento de la calidad;
- ◆ Hacer un seguimiento del avance de los equipos de mejoramiento de la calidad en el transcurso de un período de tiempo específico.

Métodos y Herramientas del PMC que Acompañan Este Caso

Los equipos de mejoramiento de la calidad utilizaron los siguientes métodos y herramientas del PMC, que se encuentran en las páginas 61-62:

- ◆ Papel de Seguimiento del Coordinador del Equipo;
- ◆ Papel de Seguimiento del Equipo Coordinador o Equipo Rector;
- ◆ Eliminación Gradual de la Dependencia en un Facilitador o Asesor Externo.

ANTECEDENTES

En febrero de 1997, regreso a Juliaca con la finalidad de ver cómo estaban funcionando los cuatro equipos de mejoramiento de la calidad y el equipo rector que se habían establecido al final de la capacitación inicial del PMC ofrecida en julio de 1996. Los equipos de mejoramiento de la calidad del hospital son:

- ◆ Servicios de planificación familiar;
- ◆ Consulta externa;
- ◆ Expedientes médicos;
- ◆ Servicio de emergencias;
- ◆ Equipo rector.

Estaba ansiosa de participar en las revisiones del avance logrado por estos equipos. Esperaba constatar que su trabajo había tenido un impacto positivo en los servicios del hospital.

REVISIÓN DEL AVANCE: EQUIPO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PARA EL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El vuelo desde Lima es muy agradable en este día soleado de verano. Tomo un triciclo-taxi del aeropuerto al hospital, donde un guardia me saluda en la puerta de ingreso. “¿Dónde queda el consultorio de planificación familiar?” le pregunto. El indica que siga una línea azul pintada en el piso. Por primera vez, sin perderme recorro los trescientos metros del laberinto hasta la oficina de la coordinadora de servicios de planificación familiar. La coordinadora deja su escritorio y me abraza. “Que gusto volver a verte! ¿Cuándo llegaste?” Ella me acompañará en mis visitas con cada uno de los cuatro equipos de mejoramiento de calidad. “Estamos muy satisfechos con el avance que ha logrado cada uno de los equipos y estamos muy complacidos de poder compartir nuestros logros contigo,” me dice.

Veo en la pared dos cuadros que monitorean los indicadores del servicio de planificación familiar. La coordinadora los señala a medida que explica las mejoras que se están logrando en los servicios de planificación familiar.

Plan de Mejoramiento de la Calidad: Servicios de Planificación Familiar

Meta	Actividades	Avance
Aumentar el número de atenciones de planificación familiar y salud reproductiva	◆ Renovar el consultorio de planificación familiar	◆ Completado
	◆ Pintar una línea azul en el piso para ayudar a los clientes a encontrar los consultorios de planificación familiar y salud reproductiva	◆ Completado
	◆ Mejorar la variedad de métodos e inventarios de anticonceptivos	◆ Planificado
	◆ Proporcionar un programa de extensión intrahospitalario de consejería y referencia	◆ Planificado
	◆ Preparar una propuesta de la ampliación de los programas de planificación familiar y salud reproductiva	◆ Planificado
Aumentar la utilización de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva por parte de los varones	◆ Desarrollar servicios para varones solos y para parejas	◆ Planificado
	◆ Proporcionar un programa de extensión intrahospitalario de consejería y referencia para los servicios de vasectomía	◆ Planificado
	◆ Prestar servicios de vasectomía	◆ Planificado
	◆ Llevar a cabo encuestas de salida con los varones que salen del hospital	◆ Planificado
Implementar servicios de consejería ampliados	◆ Proporcionar programas de extensión intrahospitalarios de consejería y referencia	◆ Planificado
	◆ Preparar propuestas para conseguir apoyo externo	◆ Planificado
	◆ Coordinar con el Ministerio de Salud la capacitación de consejeros para ETS/VIH/SIDA	◆ Planificado

La coordinadora me explica lo que han estado haciendo los equipos.

“Durante la capacitación inicial del PMC el pasado mes de julio, los participantes calificaron el alcance limitado del programa de planificación familiar como uno de los cuatro problemas más urgentes en la prestación de servicios. Específicamente, el grupo dijo que debíamos responder mejor a las necesidades de la comunidad y ofrecer servicios ampliados para prevenir, detectar y tratar las ETS incluyendo el VIH/SIDA, así como servicios de planificación familiar y atención materno infantil.

“Al finalizar la capacitación, formamos un equipo de mejoramiento de la calidad del servicio de planificación familiar. El primer tema en nuestra agenda fue realizar un análisis exhaustivo del problema. Nos dimos cuenta que la mezcla de métodos que estábamos ofreciendo no cubría las necesidades de nuestros clientes. Además, podíamos ver que el número de consultas diarias se estaba reduciendo paulatinamente.

“Nuestro siguiente desafío consistió en decidir cómo comenzar. La ampliación del alcance de nuestro programa requería autorización, dinero y otros recursos que sabíamos que no podíamos obtener de inmediato. De manera que establecimos tres metas que serían factibles lograr este año, utilizando nuestros propios recursos. Presentamos propuestas al equipo rector solicitando apoyo para nuestros planes. También hemos estado trabajando para mejorar nuestra capacidad para recolectar y analizar la información sobre nuestro desempeño.

“Mientras trabajábamos en la preparación de nuestro plan de supervisión del desempeño, pude observar que el número de atenciones estaba aumentando, aunque todavía seguimos en la etapa de planificación para implementar las mejoras. Estoy contenta de haber logrado este incremento, pero todavía seguiré buscando formas de ampliar nuestra variedad de métodos y suministros anticonceptivos.”

El siguiente cuadro muestra algunos de los resultados de las actividades del equipo en el transcurso de los últimos seis meses.

Marco del Monitoreo: Servicios de Planificación Familiar

Area/Servicio del Programa	Indicador	1995	1996
Programas de participación para varones	Nº de casos de vasectomía	9	114
Programa de extensión intrahospitalario	Nº de sesiones de consejería durante el mes de enero	71	280
Servicios de métodos anticonceptivos	Nº de usuarios nuevos (promedio mensual)	397	734
	Nº de usuarios continuos (al finalizar el año)	690	1.187
Todos los servicios de PF y de salud reproductiva	Nº de clientes (por día)	6	45

Mientras la coordinadora me acompaña a la siguiente reunión, comparte conmigo un hallazgo esperanzador pero no susceptible de verificación:

“Una persona que trabaja en la sección archivo y que nos está ayudando con la recolección y análisis de datos nos dijo que el número de partos registrados del pasado mes de noviembre, o sea 9 meses después del Carnaval, estaba por debajo de 100, una caída importante en comparación con los 180 nacimientos en noviembre del año anterior. Claro, no tenemos pruebas de que hemos contribuido en la disminución de nacimientos de ‘Bebés del Carnaval’, pero consideramos estas noticias muy alentadoras.”

REVISIÓN DEL AVANCE: EQUIPO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA CONSULTA EXTERNA

A medida que ingresamos a la consulta externa, me doy cuenta de la nueva disposición de la clínica y le digo al director, “Su clínica se ve hermosa. Se puede apreciar que su equipo ha estado trabajando arduamente”.

El me explica lo que el equipo ha estado haciendo durante los últimos seis meses.

“Como usted sabe, utilizamos una matriz para determinar prioridades con el fin de identificar dos problemas en la prestación de servicios relacionados con la operación de la consulta externa. Estos fueron ‘Tiempo de espera excesivo en la consulta externa’ y ‘Los clientes se marchan del hospital sin haber visto al médico’. Nuestra primera tarea como equipo consistió en identificar las causas de estos problemas. En conjunción con el equipo de mejoramiento de la calidad de la sección de expedientes médicos, analizamos los pasos que se requerían para ser atendido en nuestra clínica, con la finalidad de determinar donde ocurrían los problemas.

“El problema principal en la consulta externa que fue identificado por los clientes era el tiempo de espera promedio de dos horas y media. Identificamos los pasos que cada cliente debía seguir en la clínica antes de recibir un servicio, y la cantidad de tiempo que el cliente empleaba en cada uno de estos pasos. Encontramos que la mala ubicación o extravío de los expedientes médicos añadían entre 30 y 45 minutos al tiempo total de espera. También observamos que el número de pasos requeridos antes de que un cliente ingresara al consultorio parecía excesivo. El equipo de la consulta externa empleó este análisis para simplificar el flujo de clientes, en particular reduciendo el número de puntos de contacto con el cliente antes de la consulta. Recientemente hemos medido el tiempo de espera promedio y nos dimos cuenta que efectivamente había disminuido.”

Después de esta experiencia trabajando en un equipo de mejoramiento de la calidad, ¿opina usted que el PMC es un enfoque que funciona para la administración de la clínica?

“Sí. Al principio del proceso, recolectamos datos para analizar el flujo de clientes de la clínica. Encontramos que el número de consultas diarias estaba disminuyendo para todos los servicios que ofrecíamos. También nos dimos cuenta que algunos pacientes se iban del hospital sin haber visto al médico. Con el apoyo del equipo de la sección de expedientes médicos, trabajamos en la identificación de las causas y factores que contribuían a empeorar estos problemas.

“Nuestro análisis demostró que la razón primordial por la que los clientes se iban antes de ver al médico era el tiempo de espera excesivo. Una razón secundaria era que los clientes se perdían y no podían encontrar el servicio o departamento correcto. Otro factor que contribuía a empeorar estos problemas era la actitud negativa de los proveedores de servicios, ya que descubrimos que los clientes percibían que nuestro personal no clínico era indiferente a sus necesidades. También descubrimos que la mayoría de los departamentos del hospital no tenían ningún cartel, y era muy difícil para los clientes identificarlos, y no había mapas para ayudar a los visitantes a moverse por el edificio con mayor facilidad. Después de este análisis, nos sentimos confiados de que estaríamos en condiciones de resolver estos problemas”.

Ella señala un cuadro de gran tamaño en la pared titulado “Programa de Mejoramiento de la Calidad de la Consulta Externa”.

“Como puede ver en este cuadro, identificamos cuatro metas generales para nuestro departamento y las actividades principales que debíamos llevar a cabo para alcanzar nuestras metas. También determinamos como medir el avance logrado. Denominamos a nuestra misión general ‘Enfoque al Cliente’.”

Plan de Mejoramiento de la Calidad: Consulta Externa

Meta	Actividades	Avance
Mejorar las habilidades de comunicación del personal	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Proporcionar capacitación al personal del hospital sobre las habilidades de consejería ◆ Proporcionar capacitación de PMC al personal no clínico 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Se está programando ◆ Completado; ha mejorado las actitudes del personal hacia los clientes
Mejorar el acceso de los clientes a la consulta externa	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Colocar carteles para todos los departamentos en la entrada principal ◆ Pintar una línea azul en el piso que lleve desde la entrada hasta el servicio de planificación familiar ◆ Agrupar los consultorios alrededor de un área de espera común para los servicios de planificación familiar, salud maternal infantil y obstetricia y ginecología ◆ Comenzar a atender a los clientes a las 8:00 horas en la mañana ◆ Realizar encuestas de salida para verificar si los clientes creen que es más fácil acceder a los servicios 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Completado ◆ Completado ◆ Completado ◆ Completado; reacciones referentes a todas las mejoras en esta área son positivas ◆ En proceso
Mejorar la eficiencia en la prestación de servicios	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Rediseñar el flujo de pacientes ◆ Proporcionar charlas y videos educativos en el área de espera común para los servicios de planificación familiar, salud maternal infantil y obstetricia y ginecología 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Completado; se redujo el tiempo de espera de 2,5 horas a 30 minutos ◆ En ejecución
Ampliar los servicios que ofrece la clínica	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Crear un espacio para una sala de consejería reduciendo el tamaño de una de los consultorios de planificación familiar y creando un área de espera colectiva 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Planificado

¿Ha planificado el equipo alguna actividad adicional?

“En la actualidad, uno de los desafíos más importantes que enfrentamos es mejorar la consejería y capacitar a nuestro personal en ese campo. Los nuevos servicios de consejería involucrarán varios departamentos del hospital, lo que probará nuestra capacidad de trabajar en forma interfuncional. Nuestro equipo interfuncional de la consulta externa trabajó muy bien cuando diseñamos una nueva forma de ubicar los consultorios y establecimos una sala de espera única para los servicios de planificación familiar, salud materno infantil y obstetricia y ginecología. Nuestras próximas tareas consistirán en describir el problema y desarrollar una propuesta para los servicios de consejería. Estos ejercicios constituirán un desafío, y estamos ansiosos de comenzar.”

REVISIÓN DEL AVANCE: EQUIPO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA SECCIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Visitamos luego la sección archivo de expedientes médicos, donde el coordinador del equipo de mejoramiento de la calidad de la sección de expedientes médicos y el encargado de llevar las estadísticas del equipo hablan con entusiasmo sobre las mejoras en su departamento como resultado de sus esfuerzos.

¿Por qué decidieron establecer un equipo para mejorar el manejo de los expedientes médicos?

“Cuando observamos las largas filas de personas que esperaban mientras el personal ubicaba sus expedientes médicos y la frecuencia con la que se extraviaban, nos dimos cuenta que debíamos mejorar el funcionamiento de esta sección. Definimos el problema como ‘Mala colocación de expedientes médicos’. Luego analizamos los motivos por los cuales los expedientes se extraviaban. Descubrimos que no había ninguna pauta para el manejo de los expedientes, y el personal rutinariamente los archivaba erróneamente. También la carga de trabajo durante las horas pico era excesiva.

“Como puede ver en esta gráfica de la pared, desarrollamos varias metas para mejorar este aspecto y determinamos las actividades que debíamos llevar a cabo para lograr nuestras metas.”

Plan de Mejoramiento de la Calidad: Expedientes Médicos

Meta	Actividades	Avance
Introducir procedimientos y pautas para el manejo de los expedientes médicos	◆ Desarrollar pautas y procedimientos para el manejo de los expedientes médicos	◆ En proceso
	◆ Actualizar el manual de procedimientos de la consulta externa	◆ Planificado
	◆ Entrenar el personal en los nuevos procedimientos	◆ Planificado
	◆ Mejorar el manejo de los expedientes médicos entre la recepción y los consultorios	◆ Completado; el tiempo de espera en la recepción ha disminuido de 30 minutos a cinco minutos
Archivar correctamente los expedientes médicos	◆ Reorganizar los archiveros	◆ Completado; la ubicación errónea de los expedientes disminuyó del 10% al 4%
	◆ Clasificar los expedientes médicos por colores	◆ Planificado
	◆ Eliminar los archivos innecesarios	◆ Completado
Reducir la carga de trabajo durante las horas pico de funcionamiento	◆ Programar las altas hospitalarias durante las horas regulares de trabajo evitando las horas pico	◆ Completado; la programación de las altas hospitalarias fuera del horario regular se redujo del 30% al 5%
	◆ Automatizar el sistema de admisiones y de expedientes médicos	◆ Planificado
	◆ Crear ventanillas de admisiones diferentes para clientes nuevos y subsecuentes	◆ Planificado

“Desde nuestra perspectiva, lo más interesante de nuestro trabajo con el PMC ha sido la implementación de mejoras y la evaluación de resultados. Realizamos reuniones semanales, durante las cuales damos el seguimiento del avance de las actividades y los logros. Hasta el momento, hemos visto que el tiempo promedio de espera en archivo, y el extravío de expedientes médicos ha disminuido considerablemente.”

¿Y ahora, cual será el siguiente paso?

“En primer lugar, hemos reemplazado nuestro equipo interfuncional con un ‘equipo natural’ que como usted sabe es un equipo formado por personal que conoce los procedimientos de nuestro departamento. Anteriormente, los miembros del equipo de otras unidades encontraban que nuestras actividades eran demasiado técnicas y difíciles de entender. Era ineficiente para nuestro personal pasar mucho tiempo explicándoles lo que estaban haciendo. Sin embargo, mantenemos a todos informados de nuestras actividades. Recientemente hemos presentado una propuesta al director del hospital para automatizar el manejo de los expedientes médicos.”

Me despido, explicándoles que todavía debo reunirme con el equipo de mejoramiento de la calidad del servicio de emergencias. Al despedirnos, les comento, “Ustedes han hecho un trabajo maravilloso para mejorar el desempeño de su departamento.”

REVISIÓN DEL AVANCE: EQUIPO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS

Visitamos a continuación el servicio de emergencias y saludamos al coordinador del equipo de mejoramiento de la calidad de este servicio.

¿En qué problema se ha estado concentrando su equipo?

“Un problema que obtuvo un puntaje alto en nuestra matriz para determinar prioridades era nuestra respuesta lenta para proporcionar servicios a los pacientes que se encontraban en condiciones críticas en el servicio de obstetricia y ginecología. Formamos un equipo de mejoramiento de calidad para encarar este problema.

“Nuestro primer paso consistió en investigar las causas de la demora en atender a los pacientes en estado crítico. Identificamos varios factores, incluyendo:

- ◆ Nuestro requisito de que los clientes de emergencia llenen formularios y paguen antes de ser atendidos;
- ◆ La escasez de personal capacitado para proporcionar servicios de emergencia;
- ◆ La falta de suministros necesarios para el tratamiento.

“Realizamos una lluvia de ideas para establecer algunas metas para nosotros mismos y para identificar actividades vinculadas, y redactamos una propuesta para nuestro proyecto de mejoramiento de la calidad.

“Nuestro equipo se reúne cada dos semanas para monitorear el avance logrado. Ya hemos modificado algunos de los procedimientos. Por ejemplo, ahora referimos de inmediato las emergencias obstétricas y ginecológicas al departamento de obstetricia y ginecología que cuenta con personal capacitado y materiales adecuados para tratar estos casos en forma expedita. El cuadro en la pared nos ayuda a efectuar un seguimiento constante del avance logrado.”

Plan de Mejoramiento de la Calidad: Servicio de Emergencias

Meta	Actividades	Avance
Admitir a los pacientes de emergencia inmediatamente	◆ Eliminar los requisitos de llenado de formularios o pago antes de recibir el servicio	◆ Completado
	◆ Eliminar el requisito de pagar la tarifa de la sala de operaciones antes de recibir el servicio	◆ Completado
	◆ Eliminar la política de tener un guardia para controlar las admisiones	◆ Completado
Referir y tratar a los clientes sobre la base de sus necesidades particulares	◆ Revisar la política de atender a los clientes de acuerdo al horario de llegada (primero en llegar/primero en ser atendido)	◆ Completado
	◆ Referir a las pacientes obstétricas de emergencia al departamento de obstetricia y ginecología	◆ Completado
Tener los medicamentos necesarios disponibles en el servicio	◆ Eliminar el requisito de que los miembros de la familia compren los medicamentos necesarios en otras partes y los traigan al servicio	◆ Completado
	◆ Proporcionar todos los medicamentos necesarios tanto para las operaciones como durante el post operatorio en el servicio de emergencias	◆ Completado

REVISIÓN DEL AVANCE LOGRADO: EQUIPO RECTOR

A continuación, la coordinadora de los servicios de planificación familiar y yo nos dirigimos a su oficina para conversar sobre el equipo rector del hospital, del cual ella es miembro. Se disculpa por la ausencia de dos de los miembros del equipo, el director del hospital y el director del servicio de emergencias, que se encuentran en una conferencia en otra ciudad.

¿Cuál es la respuesta general del equipo rector al trabajo que están realizando los equipos de mejoramiento de la calidad?

“Como ha observado hoy día, los cuatro equipos de mejoramiento de la calidad del hospital han logrado un avance significativo, y los integrantes del equipo rector estamos contentos con el trabajo que han realizado. Sin embargo, el proceso no ha estado desprovisto de desafíos. Algunas veces es difícil para nosotros acostumbrarnos al estilo interactivo de las comunicaciones que son parte de la metodología PMC. También, aprender a usar los datos para describir y analizar los problemas ha sido un desafío, especialmente para algunos de nosotros que siempre nos hemos apoyado en la observación y no en los datos. Sin embargo como ha visto hoy, cada equipo se siente orgulloso de las habilidades que ha desarrollado al utilizar los datos para identificar los problemas, encontrar soluciones y medir las mejoras.”

¿Cómo están trabajando los equipos? ¿Son interfuncionales?

“En sí, los equipos están trabajando muy bien, pero la composición de los equipos ha sufrido algunos cambios muy importantes. En primer lugar, perdimos al personal técnico que sentía que no podía trabajar adecuadamente en un equipo interfuncional debido a que les era difícil aplicar su experiencia y sus habilidades en otras áreas. De manera que les pedimos que actuaran como consultoresCa llamadaCpara proporcionar ayuda a nuestros equipos de acuerdo a las necesidades. Luego, el equipo de la sección de expedientes médicos se convirtió en un ‘equipo natural’ compuesto solamente por miembros de su propio departamento. Ellos también sirven como un recurso para otros equipos que están luchando con el tema del análisis de datos en sus proyectos de mejoramiento de la calidad.

“Yo participo regularmente en los equipos de mejoramiento de la calidad de los servicios de planificación familiar y de la consulta externa, que se reúnen en forma conjunta. Estas reuniones conjuntas nos están ayudando a resolver aspectos relativos a la ampliación de nuestros servicios de planificación familiar, como determinar qué miembros del personal ampliarán el alcance de sus funciones y qué departamento supervisará los esfuerzos para lograr la participación de los varones, mientras buscamos financiamiento externo para nuestras nuevas actividades.”

Súbitamente me doy cuenta que se está haciendo tarde y que debo irme si quiero llegar a tiempo al aeropuerto para no perder mi vuelo. Acordamos en reunirnos nuevamente en seis meses para discutir la implementación del equipo asesor del PMC. Concluyo con las mismas palabras que les dirigí a cada uno de los equipos de mejoramiento de la calidad el día de hoy: “¡Han realizado un trabajo maravilloso para mejorar el desempeño de su departamento!”

Preguntas para la Discusión del Caso

1. ¿Cuáles eran las metas del equipo de mejoramiento de la calidad del servicio de planificación familiar, y qué actividades han realizado? ¿Qué tienen planificado para el futuro?
2. ¿Por qué el equipo de mejoramiento de la calidad de la sección de expedientes médicos decidió convertirse en un equipo “natural”? ¿Quiénes son los miembros del equipo natural y qué actividades han realizado? ¿Qué contribuciones han hecho a los otros equipos de mejoramiento de la calidad establecida en el hospital?
3. ¿Cuáles son algunos de los desafíos que los administradores y el personal del hospital han tenido que encarar para implementar la iniciativa PMC?
4. ¿Cuáles dos equipos de mejoramiento de la calidad se reúnen en forma conjunta, y por qué han sido útiles estas reuniones conjuntas?

Aunque la capacitación inicial puede tener un impacto significativo sobre el cambio de comportamiento de los proveedores de servicios y puede mejorar las percepciones de los clientes en cuanto a la calidad de los servicios, el aprendizaje más importante sobre el mejoramiento de la calidad ocurre cuando los equipos de mejoramiento empiezan a ejecutar sus actividades. El seguimiento y apoyo de los directivos y del equipo coordinador o equipo rector son cruciales para el éxito de los equipos. El coordinador del equipo, el equipo coordinador o equipo rector, y el asesor externo desempeñan funciones de monitoreo y de seguimiento a medida que los equipos de mejoramiento de la calidad se van estableciendo y empiezan a trabajar en su área seleccionada. Esta sección proporciona información sobre:

- ◆ Papel de Seguimiento del Coordinador del Equipo;
- ◆ Papel de Seguimiento del Equipo Coordinador o Equipo Rector;
- ◆ Eliminación Gradual de la Dependencia en un Facilitador o Asesor Externo.

PAPEL DE SEGUIMIENTO DEL COORDINADOR DEL EQUIPO

El coordinador de cada equipo es responsable del funcionamiento del equipo y desempeña un papel vital en la etapa de seguimiento. Las responsabilidades clave del coordinador incluyen invitar a otras personas a las reuniones del equipo, asegurarse que las sesiones empiecen a tiempo, preparar las agendas, moderar las reuniones de los equipos y dar seguimiento a los acuerdos adoptados. Los equipos más exitosos invariablemente serán aquellos que tengan un buen líder.

- ◆ El coordinador del equipo coordinar o equipo rector, generalmente es el director del centro, de un departamento o unidad. En los equipos naturales, el jefe del departamento es por lo general el coordinador del equipo.
- ◆ El coordinador de un equipo interfuncional es elegido por los miembros del equipo, respetando ciertos criterios como: él/ella debe ser una persona entusiasta y debe estar totalmente comprometida con la resolución de los problemas, él/ella debe tener suficiente tiempo disponible para trabajar como coordinador(a), y él/ella debe ser capaz de influir sobre los otros miembros del equipo.

Cuando un equipo está trabajando en un proyecto, el coordinador es responsable de guiar a los miembros del equipo con el objeto de definir sus papeles y responsabilidades, decidir la frecuencia de sus reuniones de coordinación, y determinar su plan de trabajo de manera que puedan realizar su proyecto de mejoramiento de la calidad tal como fue programado.

PAPEL DE SEGUIMIENTO DEL EQUIPO COORDINADOR O EQUIPO RECTOR

Al decidir utilizar la metodología del PMC, los directivos están escogiendo un estilo de liderazgo y de administración participativo. Muchas veces, la transición a este estilo requiere de un período de prueba y error, a medida que el equipo coordinador y los otros equipos de mejoramiento de la calidad efectúan los ajustes necesarios para poder discutir sus problemas y metas y tomar decisiones.

Las funciones principales del equipo coordinador incluyen:

- ◆ Aprobar los proyectos de mejoramiento propuestos por los equipos;
- ◆ Obtener los recursos para financiar los proyectos de los equipos;
- ◆ Actualizar el plan de mejoramiento de la calidad del hospital a medida que los equipos de mejoramiento de la calidad avanzan o completan sus proyectos;
- ◆ Proporcionar asistencia gerencial a los equipos;
- ◆ Reconocer y recompensar los logros del equipo.

ELIMINACIÓN GRADUAL DE LA DEPENDENCIA EN UN FACILITADOR O ASESOR EXTERNO

Generalmente un facilitador o asesor externo presenta el PMC, presta apoyo al equipo coordinador en la elaboración del plan de mejoramiento de la calidad, y dirige el esfuerzo de concientización y capacitación del personal. Durante el seguimiento, el asesor externo continua colaborando con el equipo coordinador en su propio funcionamiento y para identificar al personal que pueden asumir el papel de proporcionar ayuda técnica y apoyo a los equipos de mejoramiento de la calidad e identificar los recursos necesarios.



MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La Paz, Bolivia

Una vez que una organización o centro ha llevado a cabo una capacitación inicial del PMC para los administradores y el personal y ha formado equipos de mejoramiento de la calidad, los equipos pueden empezar a encarar los desafíos para mejorar la calidad de los servicios. En la experiencia de la Caja Nacional de Salud (conocida simplemente como “la Caja”) en La Paz, Bolivia, encarar los desafíos para mejorar la calidad involucró el mejoramiento de los procesos de prestación de servicios y la revisión de los procedimientos estándar. Este caso se enfoca en los procesos utilizados por la Caja para encarar los problemas referentes a los tiempos de espera, el flujo de clientes y el manejo de los expedientes médicos.

Resultados

El esfuerzo de los equipos de mejoramiento de la calidad de la Caja Nacional de Salud redujeron el tiempo de espera de los clientes, redujeron el flujo innecesario de clientes a través de las instalaciones, redujeron el extravío de los expedientes médicos, y dieron como resultado el establecimiento de un sistema de cita previa y un proceso interno de evaluación y acreditación.

Objetivos de la Aprendizaje

Después de revisar este caso y las herramientas que lo acompañan, los lectores estarán en condiciones de saber como pueden trabajar los equipos de mejoramiento de la calidad para:

- ◆ Reducir los tiempos de espera;
- ◆ Desarrollar un sistema estandarizado para mejorar el flujo de pacientes;
- ◆ Institucionalizar un proceso para la revisión de los expedientes médicos.

Métodos y Herramientas del PMC que Acompañan Este Caso

El equipo de mejoramiento de la calidad de la Caja empleó varios métodos y herramientas del PMC, que se pueden encontrar en las páginas 71–73:

- ◆ Mejoramiento del Flujo de Clientes;
- ◆ Modelo para el Desarrollo de un Sistema de Cita Previa;
- ◆ Modelo para el Establecimiento de un Sistema de Revisión de los Expedientes Médicos.

ANTECEDENTES

La Caja es el proveedor de servicios de salud más grande dentro del sistema de seguridad social en Bolivia, dando cobertura al 19% de la población. Cuenta con una red nacional de 31 clínicas que proveen servicios de atención primaria de salud, consulta externa y servicios de salud reproductiva, y cada clínica emplea entre 50 y 150 personas. La Caja también presta servicios a través de 13 hospitales y siete centros de salud rurales. Los clientes de la Caja son primordialmente empleados del gobierno, pero también incluye otros grupos de asegurados, como los maestros, los mineros y la policía. En respuesta a dos

decretos gubernamentales, uno con miras a reducir la mortalidad materna y el otro para encarar el problema del seguro de vejez, la Caja provee gratuita muchas consultas prenatales, partos, atención post-parto y servicios de salud para los ciudadanos de la tercera edad.

Una encuesta de los clientes de 1997, realizada con el objeto de comprender sus percepciones en cuanto a la calidad de la prestación de los servicios en seis clínicas de la Caja, identificó los mismos problemas en la prestación de servicios previamente identificados en 1994 por el personal de las clínicas durante los talleres sobre el PMC de 1995 y 1996. Los problemas comunes identificados fueron:

- ◆ Tiempos de espera demasiado largos;
- ◆ Documentación excesiva para registrarse para algún servicio;
- ◆ Consultas médicas cortas;
- ◆ Falta de cortesía con los clientes;
- ◆ Falta de respeto a las necesidades de los clientes;
- ◆ Ausencia de médicos durante el horario de atención de la clínica.

Decidimos encarar este desafío a través del diseño de nuevos procesos para reducir los tiempos de espera, mejorar el flujo de clientes y mejorar el uso y el manejo de los expedientes médicos. Al darnos cuenta de que los equipos de mejoramiento en las clínicas tendrían dificultad en resolver algunos de estos problemas por ellos mismos, ya que se relacionaban con los procesos estándar de prestación de servicios en todo el sistema de clínicas de la Caja. Por lo tanto, decidimos realizar pruebas piloto de las soluciones en las seis clínicas involucrados. Posteriormente realizaríamos un esfuerzo mucho mayor, que requeriría apoyo político e institucional, para estandarizar los procesos nuevos exitosos en todo el sistema de la Caja.

Los nuevos procesos estandarizados en la Caja demuestran el importante papel que desempeñan los equipos de mejoramiento para asegurar la calidad en la prestación de servicios. Por ejemplo, el papel del equipo de “educación profesional continua” en el análisis rutinario de los expedientes médicos de los clientes ahora está incorporado a las prácticas estándar aceptadas de la Caja referentes a los expedientes médicos.

REDUCCIÓN DE LOS TIEMPOS DE ESPERA IMPLEMENTANDO UN SISTEMA DE CITA PREVIA

Los equipos de mejoramiento de la calidad encontraron que las largas “colas” y el complicado sistema de registro de la Caja eran la causa por la que la mayoría de los clientes tenían que esperar hasta tres horas antes de ser atendidos por un médico. Nosotros supusimos que podríamos reducir el tiempo de espera de los clientes introduciendo un sistema de cita previa.

Es el año 1996 y me encuentro de visita en la ciudad La Paz para colaborar en el mejoramiento de los procesos de prestación de servicios en las clínicas de la Caja. Los dirigentes sindicales acaban de convocar una huelga de todos los sindicatos de trabajadores del país, y el personal de las clínicas ha decidido unirse a ellos, de manera que los servicios de salud de las clínicas se encuentran suspendidos. Me siento desalentada ya que no creo que pueda lograr algo positivo durante este viaje.

Me encuentro sentada en mi pieza del hotel situado en la avenida principal de la ciudad de La Paz cuando de pronto suena el teléfono. “Sra. de la Peza, tiene una llamada telefónica,” me informa la recepcionista del hotel. Esto me toma completamente por sorpresa. ¿Quién podría buscarme en La Paz?

“Hola, Lourdes.” Es una de las dentistas del Policlínico 9 de Abril de la Caja. “Tenemos algunas preguntas sobre la metodología que estamos planeando usar para desarrollar y probar el nuevo sistema de cita previa, y quisiéramos charlar contigo,” me dice ella. Me impresiona que a pesar de la huelga están trabajando en su proyecto. Me sugiere venir a trabajar al hotel y yo accedo gustosamente a su solicitud.

Después de unos momentos llega al hotel con otros tres miembros de su equipo de mejoramiento que fueron la punta de lanza del esfuerzo para estandarizar un nuevo sistema de cita previa en las clínicas de la Caja. Me inspiraron tanto que todavía guardo como recuerdo su proyecto empastado que me entregaron durante la visita.

Nos reunimos en el lobby del hotel, ignoramos nuestro entorno y nos concentramos en nuestro trabajo.

Dime, ¿por qué han decidido introducir un sistema de cita previa?

“Como ya sabes, Lourdes, las consultas de la clínica se basan en la demanda de los clientes. Cuando ellos quieren un servicio, acuden a la clínica y esperan su turno para ser atendidos. Solamente los especialistas dan citas, ya que ellos tienen consultorios privados y su disponibilidad para atender a los clientes de la Caja es limitada. El problema es que a pesar de que los especialistas entregan gustosamente a sus clientes una orden para marcar una cita previa, nunca especifican la hora exacta. Los clientes jamás saben con certeza cuándo estará disponible el médico. A menudo acuden a la clínica para ver al especialista, como se les indicó, pero tienen que irse sin recibir ningún servicio. Muchos ya no regresan.

“El equipo realizó una sesión de lluvia de ideas para determinar cuales eran los aspectos más problemáticos del tiempo de espera. Identificamos tres problemas principales, desde el punto de vista del cliente, con el sistema vigente. En primer lugar, los clientes llegan muy temprano en la mañana para hacer fila y obtener una tarjeta numerada que indica el lugar que ocuparán en otra fila, para registrarse y acceder a un servicio específico. En segundo lugar, cuando los clientes llegan al área de espera del servicio, ya han hecho dos colas y han esperado un promedio de una a dos horas, y se encuentran frustrados e impacientes. En tercer lugar, los clientes tienen que solicitar varias horas de permiso de sus trabajos cada vez que requieren un servicio. Si su espera es muy prolongada, deben regresar a sus trabajos antes de poder ser atendidos por un médico. Para encarar este problema, nosotros hemos decidido desarrollar un nuevo sistema de cita previa y realizar las pruebas piloto en dos clínicas.”

¿Aceptarán sin objeciones el personal encargado de la prestación de servicios el nuevo sistema de citas?

“Nosotros estamos preocupados por ese aspecto. Creemos que nuestros médicos generales se resistirán al un nuevo sistema. Ellos se han acostumbrado a empezar a trabajar con una sala de espera llena de clientes. Se preocupan de que con el nuevo sistema ellos tendrán que esperar hasta que los clientes lleguen.”

Discutimos diferentes opciones para disminuir la resistencia de los médicos y decidimos llevar a cabo una encuesta entre los clientes con el objeto de determinar su actitud con respecto al sistema de cita previa. Los resultados podrían servir de aliciente para que los médicos acepten el nuevo sistema.

A través de la encuesta, preguntamos a los clientes si preferirían tener una cita programada o si preferían seguir con el sistema actual. También les preguntamos si estarían dispuestos a cumplir con una cita programada. Más del 75% de los clientes que respondieron al cuestionario dijeron que ellos preferirían una cita programada antes de la consulta y que estarían dispuestos a cumplir con el nuevo sistema.

Compartimos los resultados con los médicos y llevamos a cabo una prueba piloto del nuevo sistema en dos clínicas nuevas. Durante la prueba piloto, controlamos el cumplimiento de los clientes con las citas programadas y descubrimos que el 90% de los clientes acudían puntualmente a sus citas.

A fines de 1997, todos los consultorios dentales de la clínica adoptaron el nuevo sistema de cita previa, con resultados muy alentadores. Se redujeron los tiempos de espera se incrementó y el número de clientes que recibió el tratamiento que había solicitado. Además, los médicos familiares en varias clínicas de La Paz también han incorporado el sistema de cita previa. En todas las clínicas, el 75% de los pacientes con citas programadas habían cumplido con el nuevo sistema. (Para mayor información sobre el desarrollo de un sistema de cita previa, ver la página 72.)

MEJORAMIENTO DEL USO Y MANEJO DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS DE LOS CLIENTES

La ciudad de El Alto, se encuentra en una planicie ubicada justo encima de la ciudad de La Paz, y se considera como parte del área metropolitana. Muchos de sus residentes han emigrado de áreas rurales pobres con la finalidad de mejorar su acceso a diversas oportunidades económicas y a los servicios sociales. Sin embargo El Alto, al igual que las áreas de donde provienen, cuenta con escasos recursos económicos, y muchos de los 500.000 residentes de esta urbe viajan a la ciudad de La Paz diariamente para trabajar. Más de 100.000 habitantes de la ciudad de El Alto dependen de la Caja para obtener servicios de salud, y la clínica de la Caja en El Alto atiende más de 350 clientes por día, en dos turnos.

Estamos en 1997, y yo estoy visitando la clínica de El Alto para ver el trabajo realizado por los equipos de mejoramiento de la calidad en el uso y manejo de los expedientes médicos. Esta clínica ha formado un equipo "natural" para encarar este problema, compuesto por el personal técnico de un departamento, en lugar de emplear un equipo "interfuncional", constituido por miembros de diversos departamentos. Me reúno con el director de la clínica en su oficina. Yo le comento cuan encariñada estoy con su clínica desde que comenzamos a trabajar en 1995, y que estoy muy contenta de ver el progreso logrado para mejorar la calidad de sus servicios.

¿Qué ha hecho el equipo de mejoramiento de la calidad para mejorar el uso y manejo de los expedientes médicos de los clientes de la clínica?

"Formamos un equipo natural, compuesto por enfermeras, que han estado trabajando en el proyecto de mejoramiento denominado, 'Expedientes Médicos Mal Archivados'. Hasta el momento, el equipo ha reordenado los archiveros en la sala de archivo y ha rediseñado el procedimiento para el manejo de expedientes. También negociaron con el administrador para que mejoren la iluminación en el área y arreglan la gotera del techo. Como resultado de sus esfuerzos, el porcentaje de expedientes mal archivados ha disminuido en un 50%. Recientemente, han implementado un proyecto para analizar los expedientes."

Dígame, ¿por qué decidieron analizar los expedientes de los clientes?

"Estábamos preocupados de que tal vez a raíz del gran número de clientes que vemos diariamente se podría haber dado un gran número de casos mal diagnosticados, o casos en los que el tratamiento prescrito no era el apropiado para el diagnóstico. Sin embargo, los resultados del análisis demuestran que un alto porcentaje de la información en los expedientes indica que el tratamiento es compatible con el diagnóstico y que éste era apropiado para tratar los síntomas físicos reportados en los expedientes. En febrero, el porcentaje de los diagnósticos y tratamientos compatibles era del 92% y en agosto llegó al 93%."

¿Cuál es el problema principal con los expedientes médicos en su clínica?

“Nuestro problema principal es que no se incluye la historia clínica del cliente en su expediente médico. Hemos encontrado que 92% de los expedientes en febrero y 90% en agosto no incluían la historia clínica de la persona a pesar de que el formulario para hacer esta historia se encuentra en el expediente. El hecho de que los médicos no llenen la historia clínica podría deberse al corto tiempo de que disponen para cada consulta.”

¿Han notado algún efecto como resultado de este análisis periódico de los expedientes médicos?

“Sí. En realidad, casi todas las variables que hemos analizado han mejorado, incluyendo el llenado de las historias clínicas. Una variable que no ha mejorado es el registro de la hora y la duración de la consulta. Más del 60% de los médicos no anota cuanto tiempo duró la consulta. Es posible que ellos no vean ninguna utilidad en anotar esta información, o podría ser posible que estén preocupados de que midamos el tiempo efectivo que dedican a cada cliente.”

¿Cree usted que ha valido la pena invertir tiempo y energía en su clínica para mejorar los procesos referentes a los expedientes médicos?

“Después de ver los resultados, yo realmente creo en la utilidad de esta iniciativa. Solo el simple hecho de que nuestros colegas sepan que cada mes revisaremos una selección de expedientes hecha al azar, ha mejorado su nivel de concientización en cuanto a la importancia del llenado de estos expedientes y ha ayudado a mejorar su desempeño en relación con los mismos. La iniciativa también nos ayudó a identificar y encarar otros problemas, como, el llenado de las historias clínicas por parte de los médicos.”

(Para mayor información sobre el mejor uso y manejo de los expedientes médicos, ver la página 73.)

MEJORAMIENTO DEL FLUJO DE CLIENTES

Durante los sociodramas llevados a cabo durante el taller inicial de PMC, los participantes mencionaron repetidamente el tema de las idas y venidas frecuentes e innecesarias de los clientes de un extremo al otro de la clínica para registrarse, recibir tratamiento y recibir un servicio. El sistema de control de la Caja requiere que los clientes vayan a diferentes áreas de la clínica para llenar formularios, solicitar autorizaciones antes de ver al médico, recibir sus medicamentos en la farmacia, o solicitar los exámenes complementarios. Originalmente, se establecieron estos sistemas de control para evitar que las personas que no tenían derecho usaran los servicios de la clínica, y para garantizar que el personal fuera eficiente en la receta de medicamentos o la solicitud de exámenes complementarios. Sin embargo, en el momento que la Caja lanzó la iniciativa PMC, era claro que estos sistemas se habían convertido en un inconveniente tanto para los clientes así como para los proveedores de servicios.

Un equipo de mejoramiento de la calidad en el Policlínico 9 de Abril desarrolló un proyecto PMC para estimar la cantidad del tiempo total que el cliente requiere para una consulta rutinaria y para pasar en cada uno de los puntos de servicio. El equipo midió el movimiento de los clientes en cada uno de los puntos de contacto que se requerían para una consulta. El equipo informó que, en promedio, desde el momento que una persona ingresaba a la clínica hasta que salía de la misma, invertía un total de 75 minutos en salas de espera y otros puntos periféricos a la prestación de los servicios para obtener 5 minutos de atención real. En particular, los clientes estaban alrededor de 30 minutos en la sala de espera. El nuevo sistema de cita previa ayudó a reducir el tiempo que pasan los clientes en la sala de espera. Luego el equipo decidió trabajar para reducir los 25 minutos que los clientes requerían en promedio para verificar su identificación y credenciales.

Durante mi siguiente visita a la ciudad de La Paz, me entrevisté con el coordinador del equipo de mejoramiento de la calidad del Policlínico 9 de Abril, que era la persona responsable de mejorar el flujo de los clientes en la clínica. Nos reunimos en su oficina.

¿Qué es lo que su investigación indentificó como la causa de los problemas referentes al flujo de clientes?

“Una de las causas más importantes de la lentitud del flujo del cliente era el requisito a la verificación de identificación y credenciales a que el cliente debía someterse antes de cada consulta. Esto significaba largo tiempo de espera en diferentes filas, y múltiples desplazamientos de un lado al otro de la clínica para recibir un solo servicio. El equipo recomendó que se verificaran las credenciales de los clientes cada 60 días en lugar de hacerlo antes de cada visita. Ahora sellamos la tarjeta de beneficios o carnet de identificación de cada cliente solamente cada 60 días. Este sello le da derecho al cliente a recibir tres consultas y les permite acceder a la farmacia y al laboratorio en cualquier momento durante ese período. Esto no solamente ha reducido el tiempo de espera sino que también ha reducido el desplazamiento innecesario de los clientes por toda la clínica.”

(Para obtener mayor información sobre la medición del flujo de clientes, favor ver la herramienta del PMC “Mejoramiento del Flujo de Clientes” en la página 71.)

EL SIGUIENTE PASO: ESTANDARIZACIÓN DE LOS NUEVOS PROCESOS

Una vez que las clínicas que participaron en las iniciativas PMC habían realizado pruebas piloto de los proyectos para reducir el tiempo de espera de los clientes, mejorar el uso y manejo de los expedientes clínicos y mejorar el flujo de los clientes, consideramos las alternativas de implementar estos procesos en todo el sistema de clínicas de la Caja. Particularmente, estábamos interesados en que la administración considerara la implementación de estos nuevos procesos como prácticas estándar en todo el sistema. Siguiendo con el PMC, trabajamos con la Caja para iniciar un esfuerzo con miras a establecer un proceso de evaluación y acreditación interno de las clínicas que estandarizarían los nuevos procesos de prestación de servicios y que ayudarían a la población en general a reconocer la calidad de la atención provista por la Caja y los empleados del servicio de atención primaria que trabajan en sus clínicas.

Los directores de las siete clínicas de la Caja del área metropolitana de La Paz y el Coordinador Nacional de Salud Reproductiva de la Caja desarrollaron un instrumento y un manual de acreditación, con el objeto de acreditar las clínicas de la Caja. Además, la Caja vinculó el uso de la herramienta de acreditación con el proceso de mejoramiento de la calidad.

Después de seis meses de haber comenzado a utilizar los indicadores de calidad, una evaluación reveló que las siete clínicas de La Paz estaban cumpliendo en promedio con 76% de los indicadores de calidad. Para noviembre de 1998, las siete clínicas habían logrado, en promedio un cumplimiento del 96% de los indicadores de acreditación.

Nuevamente me reuní con el Director de la Clínica Central de la Caja en un viaje reciente a la ciudad de La Paz, y él me dijo: “Está claro que ya estamos mejorando la calidad de nuestros servicios como resultado de los esfuerzos de nuestros equipos de mejoramiento de la calidad, para mejorar los procesos de prestación de servicios y acreditar a nuestras clínicas. El proceso de acreditación, que incluyó el establecimiento de un punto de referencia objetivo, con parámetros apropiados, nos dio un punto de referencia objetivo, que nos ha ayudado a centrar nuestra atención en el logro de los indicadores establecidos. También nos ha ayudado a verificar que estamos logrando nuestras metas de calidad. Lograr estos

indicadores prueba tanto a nuestros clientes actuales como potenciales que somos una excelente fuente de servicios de salud.”

Preguntas para la Discusión del Caso

1. Describe las razones por las que los clientes esperaban tanto tiempo antes de que se les prestara el servicio. ¿Qué hizo el Policlínico 9 de Abril para aliviar este problema
2. ¿Qué logró el equipo natural que se formó para usar, manejar y archivar los expedientes médicos? ¿Cuáles fueron los resultados del análisis periódico de los expedientes?
3. ¿Cuál fue la razón principal del problema del flujo de clientes en el Policlínico 9 de Abril? ¿Qué solución probó el equipo de mejoramiento de la calidad en la prueba piloto y cuáles fueron los resultados?

Para mejorar la calidad se requiere mejorar los procesos de prestación de servicios. Algunos de los problemas más comunes son los tiempos de espera, la burocracia en el flujo de clientes y el manejo de los expedientes médicos. Este anexo incluye varias herramientas para ayudar a los equipos de mejoramiento a mejorar los procesos de prestación de servicios en estas tres áreas. Estas herramientas son:

- ◆ Mejoramiento del Flujo de Clientes;
- ◆ Modelo para el Desarrollo de un Sistema de Cita Previa;
- ◆ Modelo para el Establecimiento de un Sistema de Revisión de los Expedientes Médicos.

MEJORAMIENTO DEL FLUJO DE CLIENTES

El objetivo general en el mejoramiento del flujo de clientes es simplificar los procedimientos administrativos o de registro del cliente y reducir el tiempo que se invierte para recibir un servicio de salud, con la finalidad de incrementar el grado de satisfacción. Los objetivos específicos son:

- ◆ Reducir los cuellos de botella administrativos eliminando trámites innecesarios y reduciendo el número de pasos que un cliente debe seguir antes de ser atendido por el proveedor de servicios de salud;
- ◆ Reducir el tiempo que el cliente requiere en cada paso de su visita a la clínica;
- ◆ Reducir el número de quejas del cliente referentes a los trámites administrativos que tiene que cumplir.

Por lo general el director y el personal de la clínica conversan y establecen una meta para cada uno de los tres objetivos detallados anteriormente para un período de seis meses.

Los resultados deseados en la mejora del flujo de clientes incluyen reducir el tiempo que el cliente requiere para obtener un servicio, y aumentar el porcentaje de clientes que, al ser entrevistados, expresan que los procedimientos administrativos son "rápidos".

Los pasos necesarios para implementar un nuevo sistema o de registro que facilite el flujo de clientes y reduzca el tiempo que un cliente requiere antes de ser atendido por el médico se describen en el siguiente cuadro.

Pasos Necesarios para Introducir un Nuevo Sistema para Mejorar el Flujo de Clientes

- Paso 1:** Negociar con el director de la clínica y el jefe del departamento vigencia de derechos, para que asignen un número adecuado de personas y eviten cambiarlas por lo menos durante un año
- Paso 2:** Realizar una campaña de información en la clínica con los empleadores cuyos empleados utilizan las clínicas, con la finalidad de educar tanto al personal como a los clientes con respecto a la documentación que los clientes deben portar y los pasos que deben seguir para obtener cualquier servicio
- Paso 3:** Organizar una reunión para presentar y disentrir el nuevo proceso de registro con el director de la clínica, los jefes de los departamentos involucrados y el personal de enfermería
- Paso 4:** Desarrollar un plan de acción que especifique las tareas y el personal necesario para implementar el nuevo proceso y presentar un cronograma
- Paso 5:** Sensibilizar a los jefes de departamento y al personal operativo en la importancia de tratar bien a los clientes y simplificar los procedimientos administrativos
- Paso 6:** Capacitar al personal en el nuevo proceso administrativo y de registro. También proporcionar capacitación para monitorear el avance logrado en la implementación del nuevo sistema y en la reducción del tiempo requerido por el cliente en cada servicio
- Paso 7:** Lanzar e implementar los nuevos procedimientos
- Paso 8:** Llevar a cabo reuniones semanales de monitoreo y revisión con el director y el personal administrativo de la clínica con la finalidad de verificar el avance logrado y hacer los ajustes necesarios
- Paso 9:** Registrar y exhibir en un tablero de anuncios un resumen semanal indicando el tiempo promedio que un cliente invirtió en cada paso esa semana

MODELO PARA EL DESARROLLO DE UN SISTEMA DE CITA PREVIA

La Caja estableció un nuevo sistema de cita previa con el objetivo de mejorar la calidad de la atención que la Caja prestaba en reduciendo los tiempos de espera y por lo tanto mejorando el nivel de satisfacción de los clientes y de los proveedores del servicio. Los objetivos específicos de la Caja eran:

- ◆ Reducir los tiempos de espera de los clientes;
- ◆ Utilizar más efectivamente el tiempo tanto de los clientes como de los proveedores de servicio;
- ◆ Lograr que los proveedores dedican más tiempo a cada cliente;
- ◆ Mejorar la relación interpersonal entre el cliente y el proveedor del servicio;
- ◆ Reducir el número de clientes sentados en la sala de espera en cualquier momento, logrando que su espera sea más cómoda.

Los resultados que la Caja esperaba lograr incluían reducir el tiempo de espera de los clientes, aumentar el tiempo pasado con el médico, y aumentar el número de clientes satisfechos con los servicios de la Caja durante las entrevistas de salida.

Pasos para Introducir un Sistema de Cita Previa

- Paso 1:** Llevar a cabo una campaña informativa concerniente a la planificación de las citas en la clínica y en los centros afiliados
- Paso 2:** Reunirse con el director, los médicos y las enfermeras de la clínica para sensibilizarlos en cuanto a la necesidad de programar las citas
- Paso 3:** Escoger consultorios de médicos voluntarios para hacer una prueba piloto del proceso
- Paso 4:** Establecer normas y protocolos para el sistema de cita previa, como determinar el tiempo aceptable que pueden esperar los clientes y la duración de cada consulta
- Paso 5:** Presentar un informe semanal al director indicando los resultados de la prueba piloto
- Paso 6:** Proporcionar retroalimentación semanalmente a través del tablero de anuncios de la clínica, detallando el número de citas programadas y los tiempos de espera en el grupo piloto, y compararlos con los centros que no programan sus citas
- Paso 7:** Aumentar por lo menos dos consultorios nuevos al grupo piloto
- Paso 8:** Llevar a cabo reuniones mensuales para monitorear el avance y evaluar los resultados
- Paso 9:** Presentar un informe mensual al director del servicio de consulta externa, resumiendo el avance logrado para mejorar el grado de satisfacción de los clientes a través del uso de un sistema de cita previa

MODELO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE REVISIÓN DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS

El objetivo general del establecimiento de un sistema de revisión de los expedientes médicos es lograr el uso rutinario de estos expedientes médicos como mecanismo para verificar los diagnósticos, los tratamientos y los patrones de seguimiento, identificar los problemas del sistema y adoptar acciones correctivas. Los objetivos específicos son:

- ◆ Identificar los errores que ocurren con mayor frecuencia en lo que respecta a la historia clínica, el examen físico, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento y adoptar medidas correctivas;
- ◆ Aumentar el porcentaje de diagnósticos acertados y disminuir la cantidad de consultas subsecuentes que podrían prevenirse;
- ◆ Aumentar la adherencia a los protocolos de tratamiento establecidos por la clínica u organización;
- ◆ Disminuir los costos asociados a la administración innecesaria de medicamentos, exámenes complementarios y referencias que son el resultado de diagnósticos o tratamientos inapropiados.

Los resultados deseados del establecimiento de un sistema de revisión y análisis de los expedientes médicos son:

- ◆ Aumentar el porcentaje de expedientes médicos en los cuales el diagnóstico es congruente con las evidencias clínicas registradas;
- ◆ Aumentar el porcentaje de expedientes médicos que indican un tratamiento apropiado para el diagnóstico registrado.

El siguiente cuadro contiene una lista de los pasos a seguir para establecer un sistema de revisión y análisis de los expedientes médicos.

Pasos para Establecer un Sistema de Revisión de los Expedientes Médicos

- Paso 1:** Reunirse con el director, los médicos y las enfermeras de la clínica para orientarlos con respecto a los beneficios asociados con la revisión y análisis de los expedientes médicos como una manera de identificar problemas referentes al tratamiento y como base de la educación médica continua
- Paso 2:** Informar a los médicos sobre la programación y frecuencia de la participación del director y del equipo de mejoramiento de la calidad en el sistema de revisión
- Paso 3:** Sostener reuniones mensuales con el director, los médicos, las enfermeras y el personal de la farmacia y del laboratorio para analizar los resultados generales, sin mencionar nombres de personas o servicios de manera específica
- Paso 4:** Realizar sesiones de retroalimentación individuales con el personal que no ha estado siguiendo los procedimientos establecidos
- Paso 5:** Exhibir los indicadores y los resultados generales de las evaluaciones de los expedientes médicos en los tableros de anuncios y sostener sesiones de retroalimentación mensuales con administradores y personal interesado
- Paso 6:** Presentar informes mensuales correspondientes a los resultados de la evaluación al jefe del servicio de consulta externa

El siguiente cuadro incluye una lista modelo para la revisión y síntesis de los hallazgos de los expedientes médicos.

Modelo de un Proceso para Analizar los Expedientes Médicos

- Paso 1:** El supervisor y los proveedores de servicio de la clínica desarrollan una lista de verificación modelo para evaluar cada área problemática. Una de las preguntas en la lista de verificación podría ser: "¿Se están entregando vitaminas de manera rutinaria durante la primera consulta prenatal?" Otra podría ser: "¿Se está controlando el crecimiento durante todas las consultas pediátricas?"
- Paso 2:** Una vez al mes, el supervisor selecciona una muestra aleatoria de 25 expedientes médicos que serán sometidos a una revisión. Los expedientes pueden ser seleccionados del archivo general o de servicios específicos que hayan sido señalados para su revisión
- Paso 3:** El supervisor utiliza la lista de verificación apropiada para revisar los expedientes que han sido seleccionados y tabula las respuestas afirmativas y negativas para cada ítem de la lista
- Paso 4:** El supervisor utiliza estos datos para identificar a los proveedores que no estuvieran siguiendo los protocolos clínicos apropiados
- Paso 5:** Después de asegurarse que los suministros y equipos necesarios están disponibles, el supervisor aconseja y/o capacita a estos proveedores para mejorar su adhesión a los protocolos
- Paso 6:** El supervisor registra todos los comentarios concernientes a las actividades precedentes y sus resultados
- Paso 7:** El supervisor presenta un informe mensual al jefe del servicio de consulta externa

Modelo para Resumir los Hallazgos de la Revisión de los Expedientes Médicos

Paso 1: Recopile todas las listas de verificación descritas anteriormente y tabule el número de respuestas afirmativas para cada pregunta y registre el total en la hoja de tabulación

Paso 2: Trace una gráfica con estos resultados y compárelos con los obtenidos en la última revisión de los expedientes para evaluar el avance logrado

Los siguientes cuadros presentan modelos de listas de verificación para la revisión de los expedientes que evalúan el tratamiento de la diarrea, y un ejemplo de una hoja de tabulación para efectuar dicha revisión.

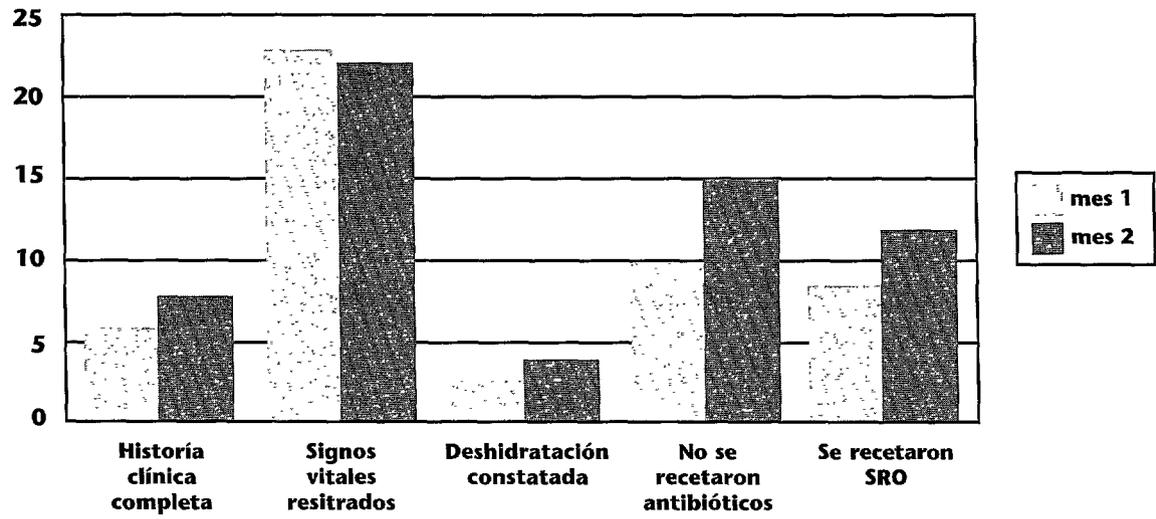
Modelo de Lista de Verificación para la Revisión de Expedientes para Evaluar el Tratamiento de la Diarrea

Nombre del Proveedor: _____

	SI	NO
1. Historia Clínica (HC) completa	—	—
2. Signos Vitales (SV) consignados en el expediente	—	—
3. Grado de deshidratación evaluado y registrado	—	—
4. Se recetaron Sales de Rehidratación Oral (SRO)	—	—
5. El proveedor se abstiene de recetar antibióticos para el diagnóstico de una simple diarrea	—	—

Modelo de una Hoja de Tabulación de las Listas de Verificación de la Revisión de Expedientes para Evaluar el Tratamiento de la Diarrea

	Nº SI	Nº NO
1. Historia clínica completa	7	18
2. Signos vitales consignados en el expediente	22	3
3. Grado de deshidratación evaluado y registrado	4	21
4. Se recetaron SRO	15	10
5. No se recetaron antibióticos para el diagnóstico de una simple diarrea	12	13
NUMERO TOTAL DE EXPEDIENTES REVISADOS	25	





FORMACIÓN DE FACILITADORES INTERNOS DEL PMC

La Paz, Bolivia

Un punto clave para el éxito y sustentabilidad del PMC, es contar con facilitadores internos para ayudar a conducir entrenamiento inicial, realizar el seguimiento, proporcionar apoyo a los equipos de mejoramiento de la calidad después de la capacitación, y formar nuevos miembros del equipo. Como se vio a través de la experiencia de la Caja Nacional de Salud (la Caja) en La Paz, Bolivia, la formación de facilitadores internos ayudó a la organización a mantener y ampliar el uso del proceso PMC para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud. Los facilitadores apoyaron a los equipos a mantener alta la moral, a concentrarse en el logro de sus objetivos, a realizar ajustes en la membresía del equipo de acuerdo a las necesidades y difundir los logros, entre otras cosas.

Resultados

La formación de facilitadores internos del PMC permitió que la Caja Nacional de Salud ampliara su iniciativa PMC a siete clínicas en el área metropolitana de La Paz. Cada clínica cuenta con cuatro facilitadores capacitados en PMC. El tema de la calidad es un tema estándar en las agendas de todas las reuniones médicas y sesiones de educación continua que se llevan a cabo en las clínicas de la Caja en todo Bolivia.

Objetivos de la Aprendizaje

Después de analizar este caso y las herramientas que lo acompañan, los lectores estarán en condiciones de:

- ◆ Introducir la iniciativa PMC a una organización con varios centros de una manera costo-efectiva.

Métodos y Herramientas del PMC que Acompañan Este Caso

La Caja utilizó los siguientes métodos y herramientas del PMC, que se encuentran en las páginas 85–86:

- ◆ Criterios para la Selección de Facilitadores Internos del PMC;
- ◆ Perfil del Facilitador Interno del PMC;
- ◆ Obligaciones y Responsabilidades de los Facilitadores Internos del PMC.

INTRODUCCIÓN DE UNA INICIATIVA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

Los cambios legislativos que tuvieron lugar en Bolivia en 1994 con miras a descentralizar el sector de salud pública estimularon a la Caja a examinar la calidad de la atención proporcionada en sus centros de prestación de servicios con la finalidad de prepararse para competir en un medio nuevo y más competitivo de atención pública en el campo de la salud. En agosto de 1994, un estudio de grupos focales examinó las percepciones de los clientes que utilizaban los servicios de salud de la Caja e identificaron los siguientes seis problemas que los clientes sentían que afectaban negativamente la calidad de los servicios:

- ◆ Tiempos de espera demasiado largos;
- ◆ Excesiva cantidad de trámites y documentación requerida antes de que el cliente pudiera ser atendido por un médico;
- ◆ Consultas médicas cortas;
- ◆ Falta de cortesía del personal hacia los clientes;
- ◆ Falta de respeto del personal hacia las necesidades de los clientes;
- ◆ Ausencia del personal médico durante las horas de atención de la clínica.

Entre 1994 y 1995, trabajé con los funcionarios y el personal de la Caja para introducir la iniciativa PMC que encararía los problemas en la prestación de servicios identificados en el estudio de grupos focales, para que la Caja se volviera más competitiva dentro de un sistema descentralizado de servicios de salud pública. Los funcionarios de la Caja mostraron una actitud positiva con respecto a esa iniciativa, y ofrecimos talleres iniciales del PMC para los directores, capacitadores y personal responsable de la prestación de servicios de cinco clínicas en tres ciudades de Bolivia. Lamentablemente, este esfuerzo inicial tuvo que ser abandonado cuando algunos de los médicos que dirigían la iniciativa fueron transferidos a otras clínicas y reemplazados por médicos que no habían recibido capacitación en la metodología PMC.

En 1996, volvimos a comenzar el proceso. En la primera fase, 15 miembros de la alta gerencia de tres clínicas de La Paz, una de Santa Cruz y otra de Cochabamba participaron en un taller inicial de PMC. Los participantes desarrollaron un plan nacional de mejoramiento de la calidad que estableció equipos de mejoramiento de la calidad para estudiar los seis problemas identificados en el estudio de 1994, y para proponer soluciones a estos problemas. Además, los participantes decidieron que tratarían de aumentar el apoyo para el programa nacional de salud reproductiva en sus clínicas, y alentar al personal de la clínica a participar en la capacitación inicial de PMC que se ofrecería a corto plazo.

En la segunda fase, los facilitadores externos, incluyéndome a mí y a otros facilitadores provistos a través de MSH, dirigieron el entrenamiento inicial de PMC para el personal (enfermeras, médicos, técnicos de laboratorio, farmacólogos y administradores) de las cinco clínicas participantes. Los facilitadores externos son facilitadores ajenos a la organización, profesionales expertos en las áreas de calidad y cambio organizacional que proporcionan capacitación al personal de la organización en la metodología PMC. A fines de 1996, los facilitadores externos habían capacitado a 720 miembros del personal de las clínicas de la Caja, que a su vez establecieron equipos de mejoramiento de la calidad y desarrollaron proyectos de mejoramiento de la calidad para encarar los problemas prioritarios en la prestación de servicios.

De manera similar a los talleres iniciales de PMC que hemos ofrecido en otros lugares de la región, basamos el diseño de la capacitación en tres principios del PMC: el enfoque al cliente, el trabajo en equipos y el mejoramiento del proceso de prestación de servicios. (Para mayor información sobre estos tres principios, ver la Introducción, página 5.) La capacitación ayudó a los participantes a reconocer que las actitudes y comportamientos negativos son los mayores obstáculos al mejoramiento continuo de la calidad de los servicios. Ellos aprendieron a aceptar el valor de la perspectiva de los clientes y a integrar las técnicas de escuchar y responder a los clientes con los procedimientos rutinarios de la prestación de servicios. Trabajamos en grupos pequeños utilizando ejercicios participativos como los sociodramas y las lluvias de ideas.

Los participantes que asistieron a las sesiones de capacitación aprendieron que, sin tomar en cuenta su cargo o departamento en el que trabajan, ellos comparten una percepción común de los problemas recurrentes en la prestación de servicios. Ellos también adquirieron experiencia en el uso de varias herramientas del PMC, como la matriz para determinar prioridades, para ayudar a priorizar los problemas en la prestación de servicios y establecer equipos interfuncionales de mejoramiento de la calidad para encararlos. (Para mayor información sobre cómo priorizar problemas, ver las páginas 46–47. Para mayor información sobre la formación de los equipos de mejoramiento de la calidad, ver la página 49.)

INSTITUCIONALIZACIÓN DEL PMC EN LA CAJA NACIONAL DE SALUD

Dos temas importantes surgieron de la capacitación que se llevó a cabo en 1996. En primer lugar la Caja necesitaba actualizar su plan estratégico del PMC a nivel nacional para incluir la ampliación de la iniciativa PMC y proporcionar la capacitación requerida al personal de las clínicas en todo el país en el transcurso de los dos próximos años, con la finalidad de institucionalizar en toda la organización los resultados exitosos logrados en las cinco clínicas piloto. Además, ellos tendrían que implementar esos esfuerzos utilizando recursos limitados. En segundo lugar, era muy importante para la Caja encontrar la forma de mantener la motivación del personal para implementar la iniciativa PMC, y proporcionar apoyo interno a los equipos de mejoramiento de la calidad, utilizando siempre los recursos limitados. Como preguntó el director de una clínica, "¿Qué va a pasar cuando su organización ya no nos pueda apoyar? ¿Cómo podremos hacernos cargo de todo por cuenta propia?"

Con la finalidad de encarar el desafío de mejorar la capacidad de la Caja para apoyar y ampliar su iniciativa PMC, propusimos identificar y formar facilitadores internos del PMC en cada clínica. Los facilitadores internos del PMC son personas que trabajan en la organización y que pueden capacitar al personal de la clínica en la metodología PMC y apoyarlos en la implementación de los proyectos de mejoramiento de la calidad. A pesar de que los facilitadores internos requieren del apoyo absoluto del personal administrativo de mayor jerarquía, no necesariamente tienen que ser parte del mismo.

IDENTIFICACIÓN Y FORMACIÓN DE FACILITADORES INTERNOS DEL PMC

Los directores de las clínicas apoyaron la propuesta de formar facilitadores internos del PMC en cada una de las clínicas, pero antes de asumir un compromiso, me solicitaron que contestara cinco preguntas:

- ◆ ¿Cuál es el papel que desempeña un facilitador interno del PMC?
- ◆ Como director de una clínica, ¿cómo trabajaría yo con ese facilitador interno del PMC?
- ◆ ¿Cómo se seleccionarán los facilitadores internos del PMC?
- ◆ ¿Cómo se formarán los facilitadores internos del PMC?
- ◆ ¿Se paga más a los facilitadores internos del PMC por asumir responsabilidades adicionales?

A continuación se da respuesta a estas preguntas.

¿Cuál es el papel que desempeña un facilitador interno del PMC?

El papel de un facilitador interno del PMC es flexible y puede adecuarse para encarar las necesidades de un centro o institución en particular. Un facilitador interno puede proporcionar asistencia técnica y capacitación a los equipos de mejoramiento de la calidad en el proceso PMC y en el uso de las herramientas para resolver problemas. Alternativamente, un facilitador interno puede asumir el papel de coordinador del equipo, lo que requiere que asuma las funciones de coordinación y que además proporcione apoyo técnico a su equipo. En cualquiera de esas situaciones, un facilitador interno del PMC tiene algunas responsabilidades generales, como se puede ver en el siguiente cuadro.

Responsabilidades Generales de un Facilitador Interno del PMC

- ◆ Participar en la selección de los miembros del equipo de mejoramiento de la calidad y reemplazar a los miembros inactivos, cuando sea necesario, con empleados que hayan mostrado entusiasmo y compromiso con el PMC
- ◆ Desarrollar y mantener el entusiasmo del equipo para ejecutar su trabajo con miras a mejorar la calidad
- ◆ Capacitar al equipo en el PMC
- ◆ Apoyar al equipo en sus tareas de resolución de problemas
- ◆ Reconocer y difundir los logros del equipo

Si el facilitador interno del PMC es también coordinador del equipo, él o ella tendrá algunas responsabilidades adicionales, como se detalla en la lista del siguiente cuadro.

Responsabilidades de un Facilitador Interno del PMC en su Capacidad de Coordinador de Equipo

- ◆ Convocar y presidir las reuniones del equipo
- ◆ Coordinar y elaborar las agendas para las reuniones
- ◆ Supervisar el cumplimiento de los acuerdos alcanzados en las reuniones previas
- ◆ Facilitar la implementación de proyectos de mejoramiento de la calidad
- ◆ Asegurar que todas las tareas que se acordaron sean anotadas, incluyendo los nombres de las personas responsables y las fechas en las que se completarán las tareas
- ◆ Asegurar que el equipo decida la fecha, hora y lugar de la siguiente reunión
- ◆ Realizar un seguimiento de las tareas acordadas entre una reunión y otra
- ◆ Informar al equipo coordinador sobre los avances logrados por cada uno de los equipos de mejoramiento de la calidad
- ◆ Solicitar la aprobación de los proyectos y recursos de acuerdo a necesidad

Como director de una clínica, ¿cómo trabajaría yo con ese facilitador interno del PMC?

El papel más importante que usted desempeñaría como director de la clínica al trabajar con un facilitador interno del PMC consistiría en otorgar al facilitador la autorización para que realice su trabajo, colaborar con el facilitador en el desarrollo y monitoreo de las iniciativas y proporcionarle apoyo técnico. Algunas veces su función podría limitarse a escuchar los problemas del facilitador y sugerir soluciones posibles. Otras veces, podría ser necesario que usted desempeñe funciones administrativas apropiadas, como realizar un seguimiento con el facilitador interno del PMC de las fechas críticas en forma oportuna. También podría ser necesario que actúe a manera de un enlace del facilitador interno en sus esfuerzos por obtener apoyo, aprobación o recursos de fuentes ajenas a su clínica.

¿Cómo se seleccionarán los facilitadores internos del PMC?

Los miembros del equipo coordinador seleccionan al facilitador interno del PMC para sus clínicas. Usted, como director, y los jefes de cada una de las unidades de la clínica serán seleccionados automáticamente para ser miembros del equipo coordinador.

Para ayudar a identificar a los líderes naturales, establecimos los siguientes criterios para su selección:

- ◆ Tiene una actitud verdaderamente positiva;
- ◆ Desea realizar este tipo de trabajo;
- ◆ Tiene el tiempo suficiente y la aprobación de su supervisor para participar en el proceso;
- ◆ Tiene la intención de seguir trabajando en la clínica por lo menos dos años más;
- ◆ Se encuentra disponible para participar en las capacitaciones de acuerdo a necesidad.

También desarrollamos a continuación un “Perfil del Facilitador Interno del PMC”. El perfil del facilitador se basa en nuestro modelo ideal de un líder natural apasionado y optimista. Es raro encontrar un individuo que posea todas las características que se detallan en el perfil. La característica más importante identificada tanto en los criterios como en el perfil es la “Actitud”. Un facilitador puede adquirir todos los demás criterios a través de la capacitación y de su propia experiencia. (El perfil del facilitador se puede encontrar también en la página 86.)

Perfil del Facilitador Interno del PMC

Criterios	Detalles
Actitud	<ul style="list-style-type: none">◆ Está comprometido con el proceso◆ Es entusiasta◆ Será persistente en ejecutar y completar las tareas asignadas que constituyan un reto
Habilidades	<ul style="list-style-type: none">◆ Capaz de escuchar y observar◆ Capaz de analizar y sintetizar◆ Capaz de aceptar y ofrecer críticas constructivas◆ Capaz de negociar con la alta gerencia◆ Capaz de comunicarse claramente◆ Capaz de mantener relaciones interpersonales cordiales
Conocimientos	<ul style="list-style-type: none">◆ Entiende los principios del comportamiento humano◆ Entiende las dinámicas de grupo y de la organización◆ Entiende la metodología de la calidad
Experiencia	<ul style="list-style-type: none">◆ Tiene experiencia como maestro, coordinador o facilitador (Esta experiencia ayudaría al facilitador a ganarse el respeto de las personas con las cuales él/ella trabajará.)

¿Cómo se formarán los facilitadores internos del PMC?

Recomendamos que los facilitadores internos del PMC participen por lo menos en cuatro talleres de capacitación diferentes. Los primeros dos son talleres iniciales de PMC que presentan la iniciativa PMC y les brindan una oportunidad para comenzar a asumir su papel de facilitadores. Los siguientes dos talleres están diseñados para ayudarles a desarrollar habilidades más específicas para la resolución de problemas y otras aptitudes que ellos requerirán para cumplir con su nuevo papel de facilitadores. Los cuatro talleres son:

- ◆ Taller inicial de PMC (el facilitador es un participante);
- ◆ Capacitación para la Introducción al PMC (el facilitador asume un papel de apoyo para el capacitador);
- ◆ Taller de Solución de Problemas;
- ◆ Taller de Habilidades para el Facilitador (una capacitación de cinco días con un curriculum bien establecido).

¿Se paga más a los facilitadores internos del PMC por asumir responsabilidades adicionales?

Los facilitadores internos del PMC, al igual que otros administradores y miembros del personal que participan en los equipos de mejoramiento de la calidad o que asumen las responsabilidades de coordinador de equipo, no pueden ser compensados monetariamente por su trabajo en el PMC. Sin embargo, es importante planear para reconocer su trabajo públicamente durante todo el proceso de implementación de la iniciativa PMC. Por ejemplo, cuando un proyecto de mejoramiento de la calidad logra algunos resultados, se podría realizar una ceremonia pública y entregar certificados de reconocimiento o a los facilitadores internos del PMC y a los demás miembros del equipo. Cuando un visitante nacional o extranjero importante visita su clínica, podría presentárselo al facilitador o a los facilitadores interno(s) durante una reunión o mientras pasean por la clínica.

El éxito de la implementación de proyectos de mejoramiento de la calidad también constituye una excelente motivación para los facilitadores internos del PMC, así como para los demás individuos que participan en la iniciativa. Aliente a sus equipos a comenzar con la iniciativa PMC trabajando en la resolución de problemas prioritarios que tengan un mayor potencial de ser resueltos rápidamente. Cuando los proyectos más pequeños o de corto plazo son exitosos, el facilitador interno y los demás miembros del equipo tienen la impresión de que el cambio es realmente posible. Estos tipos de pequeñas victorias pueden ayudar a motivar al personal que participa en los equipos de mejoramiento de la calidad y llevarlos a considerar proyectos que encaran problemas más complejos que afectan la prestación de servicios a largo plazo.

AMPLIACIÓN DE LA INICIATIVA PMC EN LA PAZ

A principios de 1997, la Caja amplió su iniciativa PMC a cuatro nuevas clínicas en el área metropolitana de La Paz. Esta ampliación brindó la oportunidad para desarrollar y formar facilitadores internos del PMC. Los facilitadores internos seleccionados asistieron a un taller inicial del PMC para personal directivo de las cuatro clínicas, en el que tuvieron la oportunidad de observar al facilitador externo mientras daba las sesiones de capacitación. También participaron apoyando a los directivos en el desarrollo de su plan de mejoramiento de la calidad para cada una de las cuatro clínicas.

Los facilitadores internos participaron posteriormente en un taller inicial del PMC para personal responsable de la prestación de servicios en las cuatro clínicas, en el cuál los facilitadores asumieron un papel de capacitación más activo. Por ejemplo, ellos coordinaron los grupos pequeños o formaron equipos para completar los ejercicios del grupo durante el taller. También planificaron las actividades de seguimiento por las cuales serían responsables y revisaron estos planes con los equipos de mejoramiento de la calidad recientemente establecidos. Los facilitadores internos del PMC también participaron en un taller de desarrollo de habilidades para facilitadores, en el cual fueron reconocidos formalmente como facilitadores entrenados y listos para ofrecer entrenamiento inicial de PMC por cuenta propia.

Seguimiento por parte de los facilitadores internos del PMC: análisis de la participación por los miembros del equipo.

En 1997, los facilitadores internos del PMC sostuvieron reuniones de seguimiento con los equipos de mejoramiento de la calidad en sus centros. Una de sus responsabilidades más importantes consistía en solicitar a los miembros del equipo que no participaban en las actividades del equipo, a que se retiraran, e invitar a otros miembros para que los reemplazaran. Se había observado que mantener miembros inactivos en un proyecto de mejoramiento de la calidad afecta adversamente la moral y el desempeño del equipo. Poner fin a la permanencia de un miembro en el equipo, o como los facilitadores lo denominaron, “cerrar filas”, ayudó a mantener la moral en alto y también a mantener al equipo concentrado en sus objetivos. Este proceso de ajuste de la membresía del equipo es muy importante, y debería ser parte integrante de cualquier iniciativa PMC.

DIFUSIÓN DE LOS LOGROS DEL PMC

Difundir los logros de los equipos de mejoramiento de la calidad puede ser crucial para mantener el entusiasmo con respecto a esa iniciativa a nivel de los funcionarios de la alta gerencia, administradores, así como los miembros del equipo. La primera actividad de difusión de la iniciativa PMC de la Caja consistió en realizar una reunión denominada “Segunda Reunión Médica”, en el Policlínico Manco Kapac del área metropolitana de la ciudad de La Paz. Durante esa reunión, los equipos de mejoramiento de la calidad presentaron sus proyectos, los resultados obtenidos y sus hallazgos.

En 1997, la Caja inició actividades adicionales de difusión, que han servido para reforzar las valiosas contribuciones de los equipos de mejoramiento de la calidad. Estas actividades incluyeron:

- ◆ La publicación de un boletín informativo interno, *Eco*. El Boletín difunde los hitos y logros del proceso de mejoramiento de la calidad;
- ◆ La realización de talleres de difusión del PMC para los directores médicos regionales, administradores y directores de clínicas de otras partes del país, con el objeto de compartir los logros de los equipos de mejoramiento de la calidad y comenzar el proceso para generar apoyo para el PMC en sus clínicas locales.

CONCLUSIÓN

El éxito de la iniciativa PMC implementada por la Caja Nacional de Salud dependió en primer lugar de la formación de facilitadores internos del PMC y luego del apoyo que se les brindó en su trabajo a través de los equipos de mejoramiento de la calidad. Sin los facilitadores internos del PMC debidamente entrenados, la ampliación de la iniciativa para incluir un total de siete clínicas de la Caja en La Paz no hubiera sido posible. Ahora cada clínica cuenta con cuatro facilitadores bien formados y capaces de proporcionar apoyo interno a los equipos de mejoramiento de la calidad. (Los resultados específicos de la iniciativa PMC de la Caja se presentan en el caso “Mejoramiento de los Procesos de Prestación de Servicios” en las páginas 63–69.)

El desarrollo de la capacidad interna de la Caja para implementar y administrar su iniciativa PMC ha llevado a las siguientes actividades y logros:

- ◆ Los facilitadores internos del PMC llevaron a cabo la capacitación inicial de PMC para todo el personal que trabaja en las siete clínicas de La Paz;
- ◆ Los directores de las siete clínicas de La Paz que ya habían tomado parte en la iniciativa PMC llevaron a cabo la capacitación inicial de PMC para los directores y el personal responsable de la prestación de servicios en las clínicas restantes del área metropolitana de La Paz;

- ◆ Tres directores de clínicas llevaron a cabo la capacitación inicial del PMC para más de 60 médicos y enfermeras en las clínicas de las ciudades de Sucre, Tarija y Potosí;
- ◆ La Caja actualmente tiene un equipo de catorce profesionales que proporcionan capacitación de PMC y realizan un seguimiento a través de todo el país.

Adicionalmente al tema de la “calidad”, incluyendo el enfoque al cliente y el trabajo en equipos, constituyen en la actualidad temas estándar en la agenda de todas las reuniones médicas y sesiones de educación médica continua ofrecidas al personal de las clínicas de la Caja.

Preguntas para la Discusión del Caso

1. Describa el perfil de un facilitador interno del PMC. ¿Qué papel desempeña un facilitador interno del PMC en el proceso PMC?
2. ¿Cómo puede un facilitador interno del PMC motivar las actividades del equipo de mejora de la calidad?
3. ¿Cuál es la relación entre un facilitador interno del PMC y el personal administrativo de mayor jerarquía dentro de una institución?
4. Si usted quisiera implementar una iniciativa PMC, ¿qué tipo de persona identificaría usted como facilitador interno del PMC y qué pasos seguiría para desarrollar su capacidad y/o habilidades para facilitar el mejoramiento continuo de la calidad en su organización o centro?

Una clave del éxito de la iniciativa PMC es la disponibilidad de facilitadores internos para llevar a cabo una capacitación inicial de PMC para la administración y el personal operativo, realizar el seguimiento de los equipos con posterioridad a la capacitación, proporcionar el apoyo técnico a los equipos de mejoramiento de la calidad y capacitar a nuevos miembros del equipo de acuerdo a las necesidades. Idealmente, estos facilitadores son internos y desempeñan las funciones de proveedores de servicios en los centros que participan en la iniciativa PMC. La formación de facilitadores internos del PMC ayuda a la organización a mantener y ampliar el uso del proceso para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud.

Para seleccionar y guiar a los facilitadores internos del PMC, utilice las herramientas incluidas en este anexo:

- ◆ Criterios para la Selección de Facilitadores Internos del PMC;
- ◆ Perfil del Facilitador Interno del PMC;
- ◆ Obligaciones y Responsabilidades de los Facilitadores Internos del PMC;
 - ◆ Responsabilidades Generales de un Facilitador Interno del PMC;
 - ◆ Responsabilidades de un Facilitador Interno del PMC en su Capacidad de Coordinador de Equipo.

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE FACILITADORES INTERNOS DEL PMC

Generalmente los miembros del equipo coordinador seleccionan a los facilitadores para sus clínicas. Los criterios de selección se detallan en el cuadro a continuación.

Criterios de Selección para los Facilitadores Internos del PMC

- ◆ Poseer una actitud verdaderamente positiva
- ◆ Desear hacer este tipo de trabajo
- ◆ Tener el tiempo suficiente y la aprobación del supervisor para participar en el proceso
- ◆ Tener la intención de continuar trabajando en la clínica por lo menos dos años más
- ◆ Estar disponible para participar en las sesiones de capacitación de acuerdo a necesidad

PERFIL DEL FACILITADOR INTERNO DEL PMC

El perfil del facilitador se basa en nuestro modelo ideal de un líder natural apasionado y optimista. Es raro encontrar un individuo que posea todas las características que se señalan en este perfil. La característica más importante que esta persona debe tener, sin embargo, es una buena actitud. Un facilitador puede adquirir todos las demás características a través de la capacitación y la experiencia.

Perfil del Facilitador Interno del PMC

Criterio	Detalles
Actitud	<ul style="list-style-type: none">◆ Está comprometido con el proceso◆ Es entusiasta◆ Es persistente en la ejecución de las tareas y logro de retos
Habilidades	<ul style="list-style-type: none">◆ Capaz de escuchar y observar◆ Capaz de analizar y sintetizar◆ Capaz de aceptar y ofrecer críticas constructivas◆ Capaz de negociar con la alta gerencia◆ Capaz de comunicarse claramente◆ Capaz de mantener relaciones interpersonales cordiales
Conocimientos	<ul style="list-style-type: none">◆ Entiende los principios del comportamiento humano◆ Entiende las dinámicas de grupo y de la organización◆ Entiende la metodología de la calidad
Experiencia	<ul style="list-style-type: none">◆ Tiene experiencia como maestro, coordinador o facilitador (Esta experiencia ayudará al facilitador a ganarse el respeto de las personas con las cuales él/ella trabajará.)

OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES DE LOS FACILITADORES INTERNOS DEL PMC

El papel de un facilitador interno del PMC es flexible y puede adecuarse a las necesidades de una clínica en particular. El papel clásico que le toca desempeñar consiste en proporcionar asistencia técnica y capacitación a los equipos de mejoramiento de la calidad en PMC y en el uso de las herramientas para resolver problemas. Alternativamente, un facilitador interno puede funcionar como coordinador del equipo de mejoramiento de la calidad, lo que hace necesario que asuma las funciones de coordinación al mismo tiempo que proporciona apoyo técnico a su equipo.

En cualquiera de esas situaciones, un facilitador interno del PMC tiene algunas responsabilidades generales, que se presentan en el siguiente cuadro.

Responsabilidades Generales de un Facilitador Interno del PMC

- ◆ Participar en la selección inicial de los miembros de un equipo de mejoramiento de la calidad y reemplazar a los miembros inactivos con empleados que hayan mostrado entusiasmo y compromiso con el proceso
- ◆ Desarrollar y mantener el entusiasmo del equipo por su trabajo para mejorar la calidad
- ◆ Capacitar al equipo en el PMC
- ◆ Apoyar al equipo en sus tareas de resolución de problemas
- ◆ Reconocer y difundir los logros del equipo

Si el facilitador interno del PMC es también coordinador del equipo, él o ella tendrán algunas responsabilidades adicionales, como se detalla en el siguiente cuadro.

Responsabilidades de un Facilitador Interno del PMC en su Capacidad de Coordinador de Equipo

- ◆ Convocar y presidir las reuniones del equipo
- ◆ Coordinar y elaborar las agendas para las reuniones
- ◆ Supervisar el cumplimiento de los acuerdos alcanzados en las reuniones previas
- ◆ Facilitar la implementación de proyectos de mejoramiento de la calidad
- ◆ Asegurar que todas las tareas que se acordaron sean anotadas, incluyendo los nombres de las personas responsables y las fechas en las que se cumplirán las tareas
- ◆ Asegurar que el equipo decida la fecha, hora y lugar de la siguiente reunión
- ◆ Realizar un seguimiento de las tareas acordadas entre una reunión y otra
- ◆ Informar al equipo coordinador sobre los avances logrados por cada uno de los equipos de mejoramiento de la calidad
- ◆ Solicitar la aprobación de los proyectos y recursos de acuerdo a necesidad



ACERCA DE MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

Management Sciences for Health (MSH) es una organización privada, sin fines de lucro dedicada a cerrar la brecha entre lo que se sabe acerca de los problemas de salud pública y lo que se hace para resolverlos. A través de la asistencia técnica, la capacitación, el desarrollo de sistemas y la investigación aplicada, MSH ayuda a las personas responsables de tomar decisiones en todo el mundo a usar técnicas gerenciales modernas para mejorar la prestación de servicios de salud y planificación familiar.

MSH colabora con contrapartes de los sectores público y privado en las áreas de población, salud materna e infantil, información gerencial, administración de medicamentos, reforma y financiamiento del sector salud y capacitación gerencial. Desde su fundación en 1971, MSH ha proporcionado asistencia en estas áreas a administradores en más de 100 países. El personal de MSH compuesto por 300 personas se reparte entre sus oficinas centrales de Boston, dos oficinas en Washington D.C. y numerosas oficinas en el resto del mundo.

El proyecto FPMD es un proyecto quinquenal de nivel mundial financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El proyecto proporciona asistencia gerencial a programas y organizaciones nacionales de salud y planificación familiar para mejorar la eficacia en la prestación de servicios así como la sustentabilidad de los programas. FPMD trabaja en más de 30 países, proporcionando asistencia técnica a programas en los sectores público y privado en las áreas de planificación estratégica; planificación de negocios; planificación operativa; administración financiera; marketing; fijación de precios y costos; administración de recursos humanos; sistemas de información gerencial; evaluación de programas; y coordinación y colaboración entre los sectores público y privado.