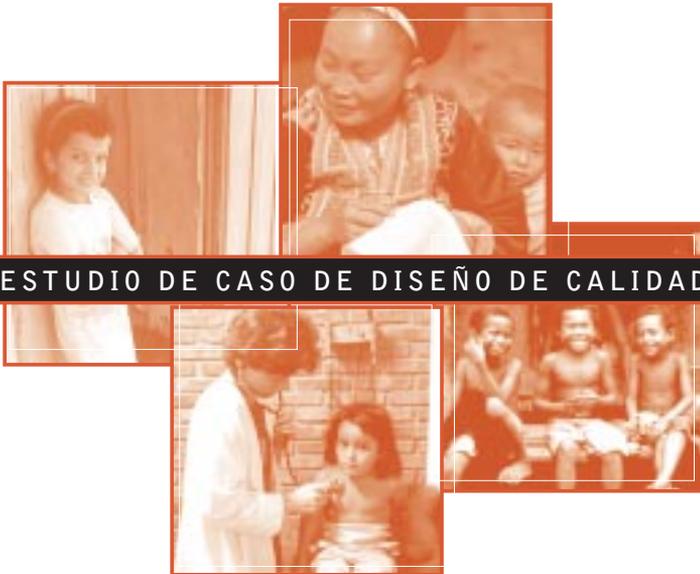


EL PROYECTO

DE GARANTÍA

DE CALIDAD



Diseño de servicios obstétricos para reducir la mortalidad materna en Guatemala





QUALITY ASSURANCE PROJECT

TEL (301) 654-8338

FAX (301) 941-8427

www.qaproject.org



El Proyecto de Garantía de Calidad (QAP) es financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos bajo el Contrato Número HRN-C-00-96-90013 con el Center for Human Services (CHS). QAP sirve a países que son elegibles de recibir ayuda de la USAID, apoyando a las Misiones de USAID y otras agencias y organizaciones no gubernamentales que cooperan con USAID. El equipo de QAP consiste del Center for Human Services, Joint Commission Resources, Inc., y Johns Hopkins University (incluyendo la Escuela de Higiene y la Salud Pública, el Centro de Programas de Comunicación, y el Programa para la Educación Internacional en Salud Reproductiva de Johns Hopkins). QAP proporciona asistencia técnica en la investigación operativa, gerencia, diseño, y aplicación de programas dedicados a la calidad en países en vías de desarrollo. El Center for Human Services, organización no lucrativa que está afiliado con la University Research Co., LLC (URC), apoya el fortalecimiento del manejo de los sistemas de salud materno/infantil y la salud reproductiva en más de 30 países alrededor del mundo.



Acerca de esta serie

En la **Serie de Estudios de Casos** se presentan aplicaciones reales de métodos de Garantía de Calidad (QA) en países en desarrollo, en diferentes niveles del sistema de salud, desde el nacional al comunitario. El enfoque de la serie está puesto en aplicaciones de garantía de calidad en salud maternal y reproductiva, supervivencia infantil y enfermedades infecciosas. Cada estudio de caso se centra en un área principal de la actividad de garantía de calidad, como diseño de calidad, mejoramiento de la calidad, comunicación y desarrollo de estándares y evaluación de calidad. En algunos casos se presenta más de una de estas actividades.

El diseño de calidad es la creación sistemática de nuevos servicios o procesos o el rediseño de los actuales. En él se incorporan las características que satisfacen las necesidades de los clientes internos y externos, considerando al mismo tiempo los recursos disponibles. En la atención de salud, los clientes externos incluyen a aquellos individuos que utilizan servicios específicos, sus mentores y sus familias, pero también puede incluir a los miembros de la comunidad en general. Los clientes internos pueden incluir a los proveedores de atención de salud, trabajadores comunitarios, personal de apoyo, supervisores o administradores. El equipo a cargo del diseño de calidad puede incluir tanto a clientes internos como externos del servicio que se diseñará.

En el marco del Proyecto de Garantía de Calidad se ha desarrollado una metodología de diseño de calidad que los equipos pueden usar para seleccionar un proceso y luego identificar a todos los clientes y sus necesidades, fijar objetivos claros para el diseño, crear un diseño que responda a esas necesidades e implementar y supervisar el nuevo diseño.

En este estudio de caso se describe la experiencia en el diseño de calidad de siete hospitales en Guatemala, usando el Hospital de Sololá para ilustrar algunos de los pasos específicos del proceso.



Reconocimientos

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala implementó el trabajo que se describe en este estudio de caso, el que a su vez fue elaborado por Herbert Durán y Sergio Fuentes, facilitadores del hospital, QAP/ Guatemala, con apoyo de Joanne Ashton y Ya-Shin Lin en la redacción. La revisión técnica fue realizada por Joanne Ashton, Karen Askov, Carlos González, Ya-Shin Lin, Caroline Quijada y Diana Silimperi.

Cita recomendada

Durán H. y Fuentes S. 2000. Designing Obstetric Services to Reduce Maternal Mortality in Guatemala. *Estudio de Caso del Proyecto de Garantía de Calidad*. Publicado para la Agencia para el Desarrollo Internacional de EE.UU. (USAID) por el Proyecto de Garantía de (QAP): Bethesda, Maryland, EE.UU.





Diseño de servicios obstétricos para reducir la mortalidad materna en Guatemala

Antecedentes

Por cada 100.000 nacidos vivos en Guatemala, aproximadamente 1.90¹ mujeres mueren por causas relacionadas con el embarazo. Las principales causas de la mortalidad materna (hemorragias, hipertensión por embarazo y complicaciones debido a abortos) se pueden tratar e incluso prevenir si se dispone de servicios de atención materna de calidad accesibles y conocidos por la comunidad. La evidencia demuestra que es posible reducir la mortalidad materna si se dispone de un sistema para transportar a las mujeres en trabajo de parto a un establecimiento de capacidades avanzadas de tratamiento en 30 minutos. Dicho establecimiento debe contar con antibióticos y capacidades para realizar transfusiones de sangre y cesáreas, es decir, elementos de atención obstétrica básica.²



Para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de atención obstétrica, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala y QAP emprendieron una iniciativa conjunta en febrero de 1999. La primera etapa del proyecto

¹ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1995.

² Wagner M. Maternal mortality in the United States: Where are the doctors? Birth Gazette, Otoño de 1997; 13(4):37-8.

estuvo orientada hacia siete hospitales públicos³ en marzo de 1999. La meta del esfuerzo de diseño de calidad en esos hospitales fue crear servicios de atención obstétrica orientados al cliente que mejoraran la calidad de la atención materna, con la visión a más largo plazo de disminuir la mortalidad materna.

En las siguientes secciones se describe la forma en que equipos de los hospitales utilizaron la metodología del diseño de calidad para diseñar o rediseñar los procesos hospitalarios en la atención obstétrica. Con la metodología de diseño de calidad, los equipos pueden identificar las necesidades de los clientes, fijar objetivos de diseño, crear un diseño que encare las necesidades e implementar y supervisar el nuevo diseño.

Disposición, capacitación y organización de los equipos de diseño de calidad (incluye el Paso 1)

Selección de facilitadores. El primer paso en el trabajo de diseño de calidad fue identificar a dos facilitadores en el país para que orientaran a los respectivos equipos y proporcionarían la asistencia técnica necesaria. Ambos facilitadores escogidos eran médicos con una gran capacidad en relaciones interpersonales y comunicaciones.

Obtención de apoyo de la administración del hospital. QAP llevó a cabo un seminario con el personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, al igual que con los directores de área y de los hospitales, para presentarles el concepto de usar el diseño de calidad para mejorar los servicios hospitalarios. Durante este seminario, la administración de cada hospital se comprometió a llevar a cabo el trabajo de diseño de calidad en sus hospitales a través de un equipo multidisciplinario de diseño de calidad. En una reunión posterior liderada por cada director en su hospital, los capacitadores de QAP y un facilitador asignado expusieron el diseño de calidad ante los líderes clave y el personal de los

³ Hospitales Nacionales de San Marcos, Malacatán, Sololá Coatepeque, Chimaltenango y Totonicapán y el Hospital Regional de Quetzaltenango.

respectivos Departamentos de Obstetricia y Ginecología. También estimularon al personal interesado en participar en el trabajo de diseño para que se contactara con el director del hospital después de la reunión. Cada director de hospital luego seleccionó a los miembros del equipo entre el personal interesado, en base al nivel de interés en el diseño de calidad, la experiencia en servicios obstétricos y la capacidad de liderazgo. Se invitó luego al personal seleccionado a participar en dos talleres sobre la metodología del diseño de calidad.

Capacitación inicial. En marzo de 1999, 42 miembros del personal de los siete hospitales participaron en un taller de 4 días sobre el diseño de calidad. Durante el taller, cada equipo escogió un proceso de muestra de su hospital que podría ser

Los diez pasos del diseño de calidad⁴ son:

- 1) Seleccionar el proceso que se desea diseñar.
- 2) Identificar a los clientes internos y externos.
- 3) Identificar y asignar prioridades a las necesidades y expectativas de los clientes.
- 4) Definir el objetivo del nuevo diseño.
- 5) Crear un cuadro de flujo con las principales actividades del proceso.
- 6) Vincular las necesidades de los clientes con cada actividad del cuadro de flujo.
- 7) Identificar los elementos clave del nuevo diseño que respondan a las necesidades prioritarias de los clientes, para cada actividad.
- 8) Describir los nuevos procesos.
- 9) Comprobación de errores: probar el diseño para verificar su solidez y confiabilidad.
- 10) Planificar, implementar y supervisar el nuevo proceso.

⁴ Este estudio de caso se centra en el proceso amplio de implementar un diseño de calidad a nivel nacional. Para conocer en mayor detalle los 10 pasos del diseño de calidad, consulte los estudios de caso sobre diseño de calidad a nivel de equipo en cada hospital o centro de atención de salud.



rediseñado. Se les presentaron 9 de los 10 pasos del diseño de calidad. Inmediatamente después de aprender cada paso, los equipos aplicaron lo que habían aprendido a su proceso de muestra para practicar la metodología. Este enfoque práctico permitió que los participantes entendieran mejor la función de cada paso.

Selección del proceso que sería rediseñado (Paso 1).

Después del taller, cada equipo acordó realizar una reunión preliminar en su hospital para decidir si continuar o no trabajando con el proceso identificado en el taller o seleccionar otro proceso. Como resultado de ello, dos hospitales decidieron trabajar en mejorar la recepción y selección de tratamiento de las pacientes obstétricas, dos seleccionaron el monitoreo del trabajo de parto y los restantes tres decidieron centrarse en cirugía obstétrica, admisiones a la clínica obstétrica y atención post-parto. Luego, los miembros del equipo evaluaron si había personal del hospital directamente involucrado en el proceso seleccionado que debería ser incorporado al equipo.

Inicio del trabajo formal del equipo. Durante los siguientes cinco meses y en sesiones semanales de entre 1 y 3 horas, cada equipo repasó los primeros nueve pasos del diseño con un facilitador para desarrollar completamente sus diseños. En su primera reunión, los equipos eligieron a los miembros para desempeñar las funciones de coordinador en temas logísticos y secretario para tomar actas y mantener la documentación del trabajo del equipo. El coordinador también estuvo a cargo de convocar a los miembros a las reuniones, asegurar que éstas comenzaran a la hora, mantener al grupo trabajando y garantizar que se expresaran y tomaran en cuenta todas las opiniones.

Identificación y definición de prioridades en las necesidades de los clientes (incluye Pasos 2-3)

Conducción de grupos temáticos (focus groups). En primer lugar, cada equipo identificó a los clientes internos y externos del proceso seleccionado (Paso 2). Luego, cada equipo condujo dos grupos temáticos del hospital para determinar las necesidades y requisitos de cada tipo de cliente (Paso 3). Los clientes externos fueron inscritos por el coordinador durante sus visitas médicas para que participaran en dichos grupos temáticos. Los miembros del equipo dirigieron y observaron estas sesiones de 90 minutos con la ayuda de una guía de discusión estructurada creada por cada equipo.

Definición de prioridades en las necesidades de los clientes. Luego, cada equipo definió las prioridades de estas necesidades de los clientes (Paso 3) a través de un procedi-

Paso 3: Identificación y priorización de las necesidades y expectativas de los clientes, ejemplo de atención del Hospital de Sololá

Necesidades del cliente externo

Paciente Información, buena atención, intérprete, educación, higiene físico, atención inmediata, área de trabajo de parto exclusiva, privacidad, personal, medicamentos, vestimenta adecuada, ducha de agua caliente

Familia Información, intérprete, educación, comunicación, buena atención, eficiencia, orientación

Comadrona Información, orientación, educación, buena atención

Necesidades del cliente interno

Enfermera auxiliar Tiempo disponible, equipos adecuados, rótulo para el nombre, vestimenta adecuada, amabilidad, buena atención, paciencia, área de trabajo de parto exclusiva

Enfermera Tiempo disponible, equipos adecuados, rótulo para el nombre, vestimenta adecuada, amabilidad, buena atención, paciencia, área de trabajo de parto exclusiva, personal

Médicos Tiempo disponible, insumos, protocolos, educación permanente, equipos adecuados, paciencia, buena atención, amabilidad, eficiencia, diagnóstico exacto y preciso, área de trabajo de parto exclusiva

miento de múltiples votaciones. Teniendo en cuenta los resultados de los grupos temáticos, los miembros del equipo votaron en forma anónima por las tres necesidades que según ellos eran más importantes, asignándoles entre uno y tres puntos a cada una, en orden de importancia. Se identificaron entonces las tres necesidades con la mayor cantidad de puntos.

Rediseño del proceso (incluye Pasos 4-9)

Definición del objetivo del nuevo diseño. Cada equipo definió por escrito el objetivo de su nuevo diseño (Paso 4), basado en las necesidades de los clientes identificadas en los grupos temáticos. El siguiente es un ejemplo de Sololá:

El Hospital Nacional de Sololá no tiene una área de monitoreo del trabajo de parto. El nuevo diseño de monitoreo del trabajo de parto proporcionará mejor atención a las pacientes en trabajo de parto, creando una área exclusiva para controlar y dirigir el trabajo de parto, donde las pacientes serán tratadas bien y con eficiencia, cordialidad y privacidad. La meta del monitoreo del trabajo de parto será detectar riesgos obstétricos para reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

La nueva área de monitoreo del trabajo de parto será implementada en un espacio completamente cerrado adyacente a la sala de parto, que permita la entrada exclusiva del personal autorizado en atención obstétrica.

Análisis del cuadro de flujo. Luego el equipo creó un cuadro de flujo de alto nivel (Paso 5) del proceso que sería diseñado, el que incluyó la definición de las principales actividades del proceso en el orden en que ocurren.

Identificación de características clave. Los equipos vincularon cada necesidad de los clientes con una actividad principal (Paso 6) y describieron las características clave requeridas para cada actividad que abordaría esas necesidades (Paso 7). Una vez compiladas las características clave, los equipos describieron por escrito la forma de funcionamiento del nuevo proceso en general (Paso 8).

Comprobación de errores (Paso 9). Luego, en un proceso de comprobación de errores, cada equipo analizó el nuevo diseño buscando posibles áreas en las que podrían producir fallas, se discutió sobre la forma de evitar dichos errores y se determinó quién se haría cargo de los posibles problemas. Por ejemplo, un equipo que identifica barreras de idioma podría preparar material auxiliar con ilustraciones para explicar procedimientos médicos y enfermedades comunes, la prevención de enfermedades y/o un glosario bilingüe de preguntas y respuestas frecuentes durante las consultas médicas. En otro ejemplo, un equipo con un diseño que incluye un nuevo procedimiento para extraer sangre podría organizar una sesión de capacitación para aquellos que extraerán la sangre y asegurar que en todos los turnos se incluya un miembro con más de dos años de experiencia en la extracción de sangre, en caso de que se produzcan problemas.

Pasos 5 y 6: Flujograma de alto nivel y asociación de las necesidades de los clientes a las actividades del flujograma principal, ejemplo de atención del Hospital de Sololá



Paso 7: Identificación de características clave para cada actividad del flujograma principal, ejemplo de atención del Hospital de Sololá

Admisión de Emergencia

Al llegar al hospital, la paciente obstétrica es llevada a la sala de emergencia en una silla de ruedas o camilla por el guardia de seguridad del hospital. La enfermera auxiliar la recibe con cuidado y respeto y conversa con ella en su propio idioma. Luego, la enfermera auxiliar le entrega una bata de hospital para la evaluación clínica, le toma los signos vitales y le informa al médico, de modo que pueda ser evaluada para admisión. La enfermera auxiliar informa a la familia de la paciente sobre su estado actual. Una vez dadas las instrucciones del médico, la enfermera auxiliar lleva de inmediato a la paciente a una silla de ruedas o camilla. La comadrona o un miembro de la familia la acompaña al área de trabajo de parto y parto.

Control del Trabajo de Parto

Al entrar, la paciente es recibida con rapidez, eficiencia y con cuidado al área de transición por el personal de enfermería, que le entregan una bata utilizada exclusivamente en esta área. Luego la paciente es llevada a una de las dos salas de control de trabajo de parto: una para embarazos de bajo riesgo, con 5 camas y otra para embarazos de alto riesgo, con 2 camas. Ambas salas proporcionan privacidad. Además, hay una sala de transición para recién nacidos, con 4 cunas y una sala de almacenamiento para medicamentos y equipos quirúrgicos.

La puerta hacia el área de trabajo de parto se mantiene cerrada, con acceso sólo al tocar un timbre. La entrada a la sala de trabajo de parto está restringida al personal que trabaja en la sala y a las comadronas que acompañan a una paciente. El personal de la sala de trabajo de parto y las comadronas de visita deben usar una vestimenta adecuada. En el área de transición se encuentra un vestidor.

Parto

La sala de parto es adyacente a la sala de trabajo de parto, que tiene dos camillas para el parto. La paciente es llevada de inmediato en una camilla a esta sala para el parto, de forma cuidadosa, eficiente y discreta. Después del parto, la madre y el recién nacido son llevados a sus respectivas áreas de transición, donde permanecen por dos horas. Después de este período de observación, se les entregan brazaletes de identificación y se les lleva al pabellón general de obstetricia.

Una enfermera auxiliar, una enfermera y un obstetra conforman el personal de las salas de trabajo de parto y parto.



La nueva sala de cirugía obstétrica en el Hospital Regional de Quetzaltenango

La clave para el éxito de este paso es lograr soluciones concretas. El ejemplo del Paso 9 del equipo del Hospital de Sololá podría tener soluciones más detalladas y concretas. Consulte la Sección de Profundización del Diseño de Calidad (la última sección del estudio de casos) para obtener más detalles sobre cómo enfrentar mejor este paso.

Presentación de los diseños a la administración del hospital. Los diseños completos se presentaron a las autoridades hospitalarias. Las reacciones fueron variadas. Algunos directores entusiastas querían implementar los rediseños antes de completar el paso diez, mientras otros pensaban que sería más prudente avanzar lentamente debido a la falta de recursos. Con todo, sin embargo, el apoyo de los directores fue positivo.

Planificación, implementación y supervisión del nuevo proceso (incluye Paso 10)

Capacitación en implementación. En agosto de 1999, 36 miembros del equipo se reunieron en un segundo taller para abordar el paso 10 del diseño de calidad (Planificación, implementación y supervisión del nuevo proceso). Usando el mismo método práctico del primer taller, los miembros del equipo trabajaron en cada una de las cuatro partes de este paso. Primero, los equipos compararon sistemáticamente los elementos del actual proceso con el nuevo diseño, para aclarar cómo este último beneficiaría a los clientes internos y externos. Luego hicieron una lista exhaustiva de los recursos materiales y humanos necesarios para cada elemento del diseño, junto con el apoyo político necesario y la supuesta fuente de financiamiento. Por último, crearon un plan de comunicaciones y otro de supervisión con indicadores de

línea de referencia o base. El plan de comunicaciones informaría al hospital y a la comunidad respecto a los cambios que se llevarían a cabo en el hospital. El plan de supervisión garantizaría la recopilación de datos clave para disponer de información sobre si el nuevo diseño estaba surtiendo el efecto esperado o, en caso de lo contrario, dónde poner el énfasis para encontrar y solucionar las fallas.

Después del taller, los equipos estaban preparados para ejecutar el Paso 10 en todos sus detalles, en sesiones semanales en el hospital, un proceso que se llevó a cabo entre septiembre y noviembre.

Paso 9: Corrección de errores, ejemplo de atención del Hospital de Sololá

Bloque de actividades principales

Bloque de actividades principales	Posible falla	Posibles causas
Admisión de emergencia	Falta de: <ul style="list-style-type: none"> ■ Médico ■ Enfermera ■ Comunicación ■ Medicamentos ■ Equipos ■ Médico en sala de operaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Negligencia ■ Proporción paciente/personal alta ■ Solicitud de medicamentos de la farmacia ■ Entrega de muestras al laboratorio ■ Barrera del idioma ■ Suministros inadecuados ■ Equipos en malas condiciones de mantenimiento ■ Organización
Control del trabajo de parto	Falta de: <ul style="list-style-type: none"> ■ Personal ■ Equipos ■ Medicamentos ■ Espacio físico 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recursos económicos ■ Equipos en malas condiciones de mantenimiento ■ Suministros inadecuados
Parto	Falta de: <ul style="list-style-type: none"> ■ Personal ■ Equipos ■ Medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recursos económicos ■ Equipos en malas condiciones de mantenimiento ■ Suministros inadecuados

⁵ Véase Profundización del diseño de calidad (al final de este Estudio de casos) para obtener detalles y ejemplo.

Resultados

Nueve meses después de iniciar el trabajo del diseño de calidad, seis equipos habían completado sus diseños (uno abandonó el trabajo por falta de apoyo de la administración del hospital). Como resultado de ello, en un hospital -donde las mujeres embarazadas eran examinadas en la misma sala de emergencia con otro tipo de pacientes- se creó una clínica obstétrica de emergencia separada donde las mujeres son examinadas con mayor privacidad y comodidad. En otro hospital se creó un nuevo quirófano para el uso exclusivo de las pacientes obstétricas. El equipo de diseño de calidad

¿Qué se efectuó por el equipo⁵

Cómo abordar esto

- Llevar medicamentos al área de atención de servicio
- Intérprete
- Solicitar los equipos adecuados
- Jefe médico

Quién

- Supervisor de enfermería
- Jefe de departamento
- Administración

Apoyo necesario

- Gerente administrativo

- Organización
- Solicitar personal
- Solicitar equipos

- Supervisor de enfermería
- Jefe de departamento

- Administración
- Gerente administrativo

- Organización
- Solicitar personal
- Solicitar equipos

- Supervisor de enfermería
- Jefe de departamento

- Administración
- Gerente administrativo

los específicos de este paso.

remodeló una sala de suministros parcialmente abandonada para crear más espacio a las noveles madres. En un siguiente cuadro se resumen los diseños ejecutados en seis hospitales.

En términos generales, los equipos de diseño de calidad generaron gran interés en cada hospital y ya han identificado otras áreas y procesos que pueden ser rediseñados. El éxito de la experiencia guatemalteca ha servido de apoyo para una

Paso 10: Comparación de la situación actual y el nuevo diseño, ejemplo 1

Elementos del nuevo diseño

Situación actual

Atención inmediata

Las pacientes soportan prolongados tiempos de espera en la sala de emergencia después de la evaluación clínica.

Transferencia de la paciente de la sala de emergencia

La paciente es transferida al área del pabellón general de obstetricia. A veces la paciente queda en el pabellón sin que se le informe al personal de enfermería de su presencia

Idioma

Debido a la falta de personal bilingüe, el personal no se comunica con la paciente en el idioma de ésta

Señales de dirección

Letreros inadecuados en el hospital que dirijan a la paciente a la sala de emergencia y pabellón de obstetricia

Batas de hospital

Ninguna disponible

Participación de la comadrona en el trabajo de parto y parto

Ocasionalmente, participa la comadrona de la comunidad en el control de trabajo de parto y la atención del parto

Equipos médicos y suministros

Equipos con mantenimiento deficiente e inadecuado

nueva colaboración de 4 años con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que garantiza la continuidad del trabajo en diseño de calidad. El nuevo proyecto pretende utilizar un enfoque más integrado para la línea de servicio, usando equipos que incluyan miembros de los hospitales, clínicas y la comunidad.

Le atención de parto del Hospital de Sololá

Nuevo diseño	Recursos humanos	Quién se beneficia y cómo
La enfermera llevará de inmediato a la paciente al área de trabajo de parto después de ser evaluada en la sala de emergencia	Enfermera auxiliar	Paciente: recepción rápida
La paciente será transferida directamente a la atención de la enfermera auxiliar del área de transición del área de trabajo de parto	Enfermera auxiliar	Paciente: comodidad, seguridad, privacidad, atención inmediata, eficacia
El personal médico y las enfermeras auxiliares hablarán con la paciente en el idioma de esta	Médicos y enfermeras auxiliares	Paciente y personal: Mejor comunicación y evaluación clínica
El conserje pintará letreros de orientación coloridos y claros y les realizará mantenimiento cada 3 meses	Supervisor de mantenimiento	Paciente: rapidez, seguridad, confianza
El personal de enfermería mantendrá suministros adecuados de batas de hospital limpias, mantenidas por personal de lavandería y costura.	Personal de enfermería, sala de trabajo de costura, lavandería	Paciente: privacidad, comodidad, mejor atención
El personal proporcionará un ambiente de confianza y seguridad a la comadrona y la orientará en la atención del parto.	Personal médico y de enfermería	Paciente: comodidad, confianza, seguridad, mejor atención
El personal de enfermería controlará diariamente los suministros y los equipos médicos, y los repondrá o reparará según sea necesario.	Personal de enfermería y farmacia	Paciente: mejor atención

Diseños de hospitales de Guatemala: Visión general de los principales cambios Implementados en abril de 2000

Hospital	Situación anterior	Situación actual
San Marcos	Las pacientes obstétricas eran admitidas en la sala de emergencia, donde esperaban para ser examinadas junto con los pacientes de emergencia general. Además, ocasionalmente no había nadie que se encargara de las puertas del hospital, con lo que se impedía el acceso.	Se construyó un consultorio de admisiones de obstetricia separado para atender las necesidades de las pacientes obstétricas y proporcionar personal capacitado. El guardia de la puerta recibe a la paciente y la acompaña al nuevo consultorio.
Malacatán	Las pacientes obstétricas eran examinadas en la sala de emergencia general junto con todos los demás pacientes. La carretera no tenía letreros que dirigieran a la paciente hacia el hospital. Además las pacientes tenían que caminar a través de áreas desprotegidas para llegar a la entrada del hospital.	Se ha creado una nueva clínica de emergencia obstétrica. Se han colocado señales en dirección al hospital en la carretera y un nuevo pasillo cubierto protege a las pacientes de la lluvia al acercarse al hospital.
Sololá	Las pacientes obstétricas en trabajo de parto eran atendidas en la misma sala que las pacientes de post-parto. No se permitía que las comadronas participaran en el trabajo de parto ni en el parto. Largos tiempos de espera en la sala de emergencia. A menudo el personal no se podía comunicar bien con las pacientes y sus familias debido a la diferencia de idiomas.	Se redistribuyó el flujo de pacientes para proporcionar atención inmediata a las pacientes. Se pintó y equipó una sala de almacenamiento junto a la sala de post-parto para crear una sala exclusivamente para control de trabajo de parto. Se estimulaba a las comadronas a participar en el trabajo de parto y en el parto. Se proporciona ayuda lingüística para que el personal pueda comunicarse con las pacientes y sus familias.

Hospital

Situación anterior

Situación actual

Totonicapán

En el hospital no había letreros que guiaran a las pacientes hacia la unidad de obstetricia. Con frecuencia no se disponía de camillas ni sillas de ruedas.

Letreros con símbolos proporcionan orientación hacia la unidad de obstetricia. El portero del hospital es el encargado de mantener los equipos de transporte adecuados en la entrada del hospital y de transportar a las pacientes.

Quetzaltenango
Regional

Como el centro de referencia regional, no había ninguna sala de operaciones exclusiva, de modo que las pacientes obstétricas tenían que esperar largo tiempo por cirugía. Esta falta de capacidad significaba que no había cirugía obstétrica electiva ni una evaluación preoperatoria de emergencia.

Antes de la cirugía, las pacientes obstétricas son evaluadas por un anestesista. Ahora funciona una sala de operaciones completamente equipada (véase foto más abajo). La nueva sala de obstetricia ahora puede dar cabida a cirugía obstétrica electiva.

Coatepeque

A menudo dos a tres pacientes de post-parto y sus bebés debían compartir una sola cama. No habían letreros dentro del hospital para guiar a las pacientes hacia la unidad de obstetricia. Con frecuencia las pacientes usaban batas y ropa de cama manchadas.

Se adquirieron nuevas batas y ropa de cama para mejorar la comodidad y la higiene de las pacientes. Se pintaron letreros internos en el hospital desde la sala de emergencia hasta la sala de post-parto. Una sala no utilizada se rehabilitó y limpió para usarse como segunda sala de post-parto. Debido a una emergencia, temporalmente la sala se usa para una epidemia de cólera.



Profundización del diseño de calidad

A continuación presentamos algunas de las lecciones aprendidas del proceso de diseño de calidad en Guatemala.

Un método de diseño de calidad más corto y eficiente ayudaría a impedir la pérdida del impulso en el trabajo de los equipos.

En general, los equipos comenzaron con gran entusiasmo, estimulados por la posibilidad de producir cambios positivos en su trabajo. Sin embargo, a medida que avanzaba el trabajo, los equipos comenzaron a perder interés debido a lo dilatado de la metodología, especialmente en el último paso. Dado que los equipos se reunían durante los horarios de trabajo, las reuniones a menudo eran irregulares por la gran cantidad de trabajo, lo cual produjo discontinuidad. Los facilitadores trataron de aliviar esto a través de incentivos como refrigerios, almuerzos y la entrega de un premio al miembro del equipo elegido como el “más colaborador.”

El establecimiento de pautas o criterios de competencia comparativa (benchmarking) reduciría el tiempo necesario para la puesta en marcha.

En su sentido informal más amplio, benchmarking significa compartir información y consejos entre los equipos. Este aspecto cobra particular importancia dada la escasez de literatura sobre el tema del diseño de calidad disponible en español. Se podría haber estimulado a los equipos a visitar otros hospitales involucrados en el rediseño durante la etapa de puesta en marcha, para compartir experiencias, estrategias e ideas.

Los facilitadores deberían explicar claramente a los miembros del equipo lo que se puede esperar.

Cada miembro del equipo debería entender su función, compromiso de tiempo y qué esperar en cada paso del proceso.

- **La función** dentro de los equipos, el rango y la posición a veces impidieron el avance. Particularmente los médicos, quienes están acostumbrados a trabajar en la parte superior de la estructura jerárquica hospitalaria, tendían a esperar que sus opiniones siempre serían apoyadas por el grupo. Para reducir esta tendencia, las actividades de formación del

grupo podrían ayudar a identificar los aportes que cada uno de los miembros puede hacer al grupo.

- **Compromiso de tiempo** El tiempo para completar el trabajo de diseño de calidad fluctuará de acuerdo a factores como el diseño específico escogido, el nivel del equipo y el compromiso del mando del hospital, la capacidad de generar recursos, la frecuencia de las reuniones del equipo y la experiencia del facilitador en el diseño de calidad. Los equipos y facilitadores se beneficiarían al saber cuán rápidamente un equipo similar completó los diez pasos.
- **Qué esperar** Las reglas y restricciones generales se deben presentar tan pronto sea pertinente. Por ejemplo, si hay límites presupuestarios para los diseños, esto se debe explicar durante el primer paso, porque influye en el proceso de diseño que se seleccione. De igual modo, si se explotarán fuentes externas (ONG nacionales e internacionales, el sector privado, iglesias, etc.) para financiar los diseños, esto se debe informar a los equipos desde un comienzo, para que sepan que deberán generar fondos y, si es necesario, deberán recibir capacitación en este tema.

Como otro ejemplo, los facilitadores deben advertir a los equipos que es necesario interpretar los datos iniciales de la supervisión con cautela, puesto que los diseños nuevos originan muchos cambios simultáneos, especialmente cuando los índices de uso aumentan considerablemente. En el Hospital Regional de Quetzaltenango, por ejemplo, el índice de asfixia perinatal de hecho aumentó inmediatamente después de la implementación de un diseño de quirófano obstétrico. Es posible que el aumento en la asfixia fuera el efecto de no monitorear el trabajo de parto con un partógrafo, originado por la creencia del personal de que esto es innecesario dado que de todas maneras se realizaría la cirugía. Sea cual sea la razón, cuando los datos de la supervisión no reflejan las mejoras esperadas, es necesario seguir vigilando de cerca los datos para determinar si se producen otros cambios y si es necesario recopilar más datos (como lecturas de los partógrafos) para identificar el origen del problema.

Es necesario estar preparados para una posible resistencia del personal hospitalario en las futuras gestiones de diseño y ésta se debe abordar en un plan de cambio en la administración.

Desde hace tiempo se sabe en la garantía de calidad que el apoyo del personal y particularmente el apoyo de los dirigentes facilita enormemente la implementación en el largo plazo. En Guatemala, el apoyo del personal del hospital o de los clientes internos no fue uniforme. Los equipos se encontraron con cierta resistencia al cambio e incluso con sospechas del personal durante la ejecución. En algunos hospitales, el personal pensaba que los equipos eran grupos de inspección del trabajo. Sin embargo, a medida que se hizo evidente que el cambio práctico que provenía del nuevo diseño mejoraría la calidad de la atención, la sospecha se fue disipando gradualmente. Mientras que en un plan de comunicaciones se detalla el público, el mensaje, los medios (hablados o escritos) y cómo el personal será informado de los cambios, en un plan de cambio en la administración se profundiza aún más en la forma en que esto se llevaría a cabo. En él se examinarían temas como cultura del personal, historia, motivos para la resistencia, personalidades clave y ordenación cronológica. Además, se desarrolla una estrategia para maximizar las oportunidades de aceptación del cambio.

Es necesario estimular y facilitar el apoyo activo de la administración del hospital especificando qué puede hacer el mando.

Los directores del hospital y jefes de departamento a menudo estuvieron muy interesados en el trabajo de diseño. Con frecuencia, los equipos interpretaron este interés como una mayor presión externa para implementar los diseños. Por otra parte, en el Hospital de San Marcos el equipo se benefició del apoyo activo de su director. Su gran participación en el trabajo de diseño lo transformó en un aporte al equipo. El director a menudo asistió a las reuniones, facilitó personalmente la comunicación entre los departamentos, se ofreció como voluntario para organizar la logística del nuevo diseño y estuvo disponible para ayudar con una política de puertas abiertas. Sin embargo, es posible que los dirigentes de los hospitales no sepan cómo aportar activamente a un trabajo

de diseño de calidad. Esto se puede mejorar delineando las formas en que la administración hospitalaria puede ayudar y promover el intercambio de comunicaciones entre los entes que encabezan diferentes establecimientos donde se está implementando el diseño de calidad.

Los facilitadores son fundamentales en el proceso de diseño y por lo tanto deben ser capacitados con bastante anticipación para que estén al tanto de la metodología y conozcan sus debilidades y limitaciones.

Puesto que cada paso del diseño de calidad se basa en los anteriores, es imperativo que cada uno de dichos pasos se lleve a cabo con la mayor precisión y eficiencia posible. Una forma en que el facilitador puede asegurar que esto ocurra es conduciendo la atención del equipo a su rumbo adecuado cuando ésta se salga de la ruta. Por ejemplo, al definir prioridades en las necesidades de los clientes para el diseño, algunos equipos tomaron en consideración las necesidades de los proveedores, pero no las necesidades de los clientes externos. Otros equipos confundieron elementos clave del diseño con necesidades de los clientes. Los facilitadores con poca experiencia en diseño de calidad también se beneficiarían de un mayor apoyo a través de capacitaciones más frecuentes en este tema. Por ejemplo, habría sido útil contar con más apoyo durante los talleres: los facilitadores descubrieron que dos nuevos facilitadores no podían atender adecuadamente a siete equipos. Además, ha quedado demostrado que los dos últimos pasos del diseño de calidad requieren más apoyo del facilitador; por lo tanto, ellos necesitan estar preparados.

La capacitación en la metodología del diseño de calidad debe ser reforzada cuando los equipos llegan a los Pasos 9 y 10.

Paso 9: Comprobación de errores. El proceso de comprobación de errores involucra la creación de sistemas de respaldo para abordar concretamente las posibles áreas de fallas. Muchos equipos tuvieron problemas para entender este paso. Para ayudar a aclarar este paso y maximizar su efectividad, se pueden dar más ejemplos.

Paso 9: Ejemplo de una solución concreta para la corrección de errores

Bloque de actividades principales

Posible falla

Posibles causas

Admisión de emergencia

Falta de:
■ Enfermera

- Proporción paciente/personal alta
- La enfermera está atendiendo a otra paciente

Control del trabajo de parto

Falta de:
■ Medicamentos

- Suministros inadecuados
- Reposición de existencias inadecuada

Parto

Falta de:
■ Brazaletes de identificación

- Suministros inadecuados
- Reposición de existencias inadecuada

Si bien el ejemplo seguido en este estudio de caso (el Hospital de Sololá) ilustra en forma correcta el marco conceptual de la comprobación de errores, el equipo podría haber profundizado en este paso creando planes de contingencia específicos. La comprobación de errores implica preguntarse ¿qué pasa si..? Por ejemplo, ¿qué pasa si la enfermera no está en el área de obstetricia cuando el guardia de seguridad trae a la paciente a la unidad obstétrica según el diseño? Es necesario crear un plan de respaldo. En este caso, tal vez el guardia de seguridad espera con la paciente o se le instruye para que llame al personal de emergencia. En el cuadro anterior se muestran ejemplos de soluciones concretas de comprobación de errores.

Cómo abordar esto	Quién	Apoyo necesario
<ul style="list-style-type: none"> ■ Preparación anticipada ■ Si una enfermera no se encuentra inmediatamente disponible para recibir a una paciente, el guardia de seguridad llamará a la sala de emergencia para consultar sobre cobertura. El guardia permanecerá con la paciente hasta que se disponga de personal médico 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guardia de seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nueva política para el guardia de seguridad
<ul style="list-style-type: none"> ■ Plan de control de reposición de existencias ■ Hojas de reposición de existencias 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Supervisor de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nuevo procedimiento
<ul style="list-style-type: none"> ■ Plan de reposición de existencias ■ Si no se dispone de brazaletes de identificación, hacer uno con papel de tarjeta índice y fijarlo a la muñeca de la paciente con un hilo 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La enfermera que está atendiendo pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nuevo procedimiento

Paso 10: Planificación, implementación y supervisión.

Llegado el momento en que los equipos comenzaban a crear el plan de supervisión, habían olvidado cómo crear indicadores y fue necesario repetir la capacitación. Además, se instruyó a los equipos para que crearan indicadores para cada actividad, pero puesto que esto resultó complicado y tedioso, los capacitadores les recomendaron seleccionar sólo tres indicadores para medir un aporte, el proceso y el resultado del proceso seleccionado. De igual modo, el plan de comunicaciones planteó dificultades, porque el equipo estaba acostumbrado a pensar sólo en el personal del hospital y no en los grupos comunitarios que podrían estar interesados en los cambios que sucederían en el hospital, como el cuerpo municipal, la iglesia y

otros grupos de servicios sociales. Para abordar estos temas, se recomienda que los nuevos facilitadores reciban más asistencia técnica y preparación durante el Paso 10. Además, los capacitadores están pensando en realizar más sesiones de capacitación, pero que cubran menos pasos, para aumentar la retención de lo aprendido. Esto es posible ahora, porque los facilitadores locales (en el país) pueden basarse en la experiencia de los primeros equipos y pueden proporcionar toda la asistencia técnica a los venideros equipos.





Diseño de servicios obstétricos para reducir la mortalidad materna en Guatemala

En 1999, el Proyecto de Garantía de Calidad aplicó metodología de diseño de calidad en siete hospitales de las regiones altas de Guatemala. En un país donde reducir las tasas de mortalidad materna era una prioridad establecida por el Ministerio de Salud (MINSa), el centrar la atención en el rediseño mejoraba la calidad de la atención obstétrica en el hospital. Se formaron y capacitaron equipos de diseño de calidad en cada hospital. Cada equipo identificó un área específica de preocupación para su establecimiento; por ejemplo, la recepción y derivación de las pacientes en trabajo de parto, la atención postparto o la atención de cirugía a nivel regional. Usando la metodología de diseño, los facilitadores orientaron a los equipos durante varios meses para rediseñar e implantar mejores procesos de atención obstétrica.