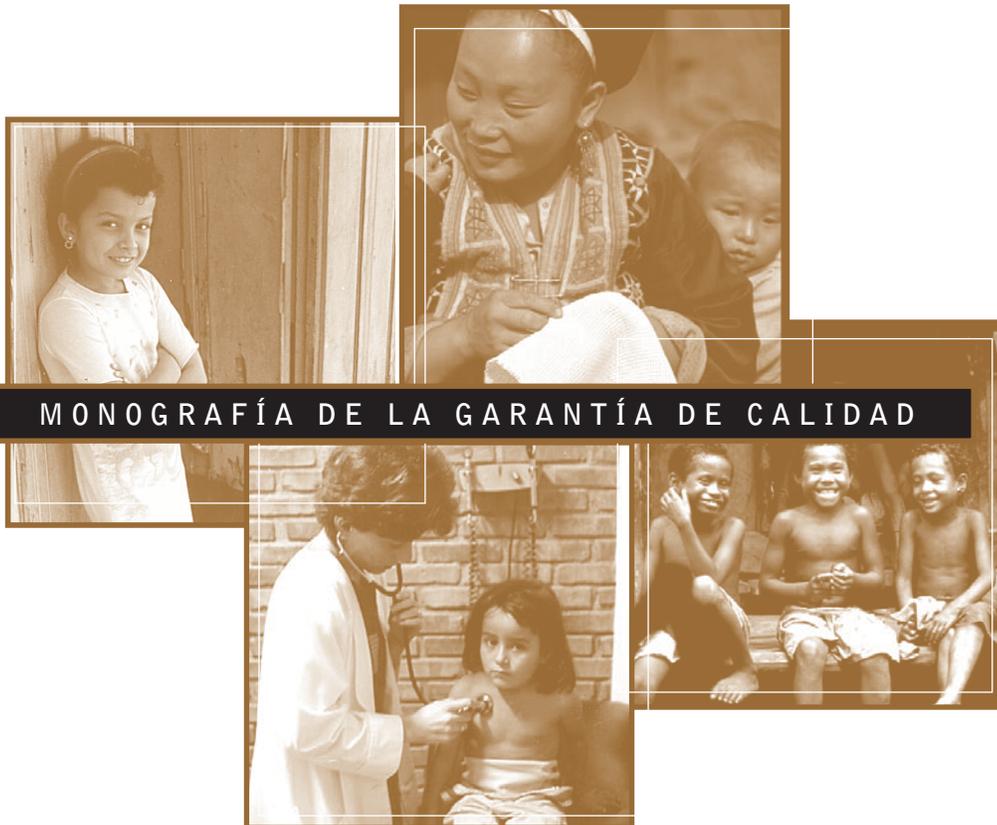


PROYECTO

DE GARANTÍA

DE CALIDAD



MONOGRAFÍA DE LA GARANTÍA DE CALIDAD

Sostenibilidad de la Calidad en la Atención de Salud: Institucionalización de la Garantía de la Calidad

Junio 2004



Sostenibilidad de la
Calidad en la Atención
de Salud:

Institucionalización
de la Garantía de la
Calidad

Lynne Miller Franco, Diana R. Silimperi,
Tisna Veldhuyzen van Zanten, Catherine MacAulay,
Karen Askov, Bruno Bouchet y Lani Marquez

Junio 2004

Índice de contenido

Lista de figuras, recuadros y cuadros	v
Lista de abreviaciones	vi
Agradecimientos	vi
Resumen ejecutivo	1
1 Introducción a la institucionalización	5
1.1 ¿Qué es la institucionalización de la garantía de calidad?	5
1.2 Objetivos y organización de la monografía	6
2 Principios de la garantía de calidad	9
2.1 ¿Qué es la calidad de la atención?	9
2.2 Principios de la aplicación de la garantía de calidad en países en desarrollo	10
2.3 Las actividades básicas de la garantía de calidad: El triángulo de GC	11
3 Un modelo conceptual: ¿Qué es necesario para institucionalizar la garantía de calidad?	13
3.1 Vista general del modelo	13
3.2 El ambiente habilitador interno	14
3.2.1 Políticas organizacionales y su implementación	15
3.2.2 Liderazgo	16
3.2.3 Valores básicos	17
3.2.4 Recursos	18
3.3 Organización para la calidad: El desarrollo de una estructura para apoyar la implementación de la garantía de calidad	19
3.4 Funciones de apoyo	20
3.4.1 Fortalecimiento institucional	20
3.4.2 Información y comunicación	21
3.4.3 Reconociendo y premiando al trabajo de calidad	23
3.5 Conclusión	25

4	Un plano para comprender el proceso de la institucionalización	27
4.1	La institucionalización de la garantía de calidad como un proceso ..	27
4.2	Las fases de la institucionalización	28
4.3	Pre-concientización	28
4.4	La fase de concientización	29
4.5	La fase de experimentación	29
4.6	La fase de expansión	30
4.7	La fase de consolidación	30
4.8	Madurez: Calidad sostenida y una cultura de calidad	30
4.9	Conclusión	30
5	Hacia la institucionalización: Elemento por elemento	31
5.1	Políticas	31
5.2	Liderazgo	36
5.3	Valores básicos	38
5.4	Recursos para la garantía de calidad	40
5.5	Organización para la calidad: Crear una estructura para la implementación de la GC	42
5.6	Fortalecimiento institucional	44
5.7	Información y comunicación	47
5.8	Reconocimiento del trabajo de calidad	49
5.9	Llevar los elementos hacia la madurez	51
6	Epílogo	53
	Referencias	55

Lista de figuras, recuadros y cuadros

Figuras

Figura 2.1	Las dimensiones de la calidad	9
Figura 2.2	El triángulo de garantía de la calidad	11
Figura 2.3	Los cuatro pasos para el mejoramiento de la calidad	12
Figura 3.1	Los elementos esenciales para la institucionalización de la garantía de calidad	13
Figura 3.2	La institucionalización de la garantía de la calidad	14
Figura 4.1	Las fases de la institucionalización de la garantía de la calidad	27

Recuadros

Recuadro 3.1	Las políticas de calidad en México	15
Recuadro 3.2	Las responsabilidades de liderazgo claves para la implementación exitosa de la garantía de calidad	16
Recuadro 3.3	Un cambio de valores en Rusia	17
Recuadro 3.4	Un cambio en las actitudes del personal en Sudáfrica	18
Recuadro 3.5	Los valores básicos que la experiencia de QAP ha definido como críticos para la institucionalización de la GC	18
Recuadro 3.6	La evolución de la estructura de supervisión de la GC en Malawi	20
Recuadro 3.7	Roles y responsabilidades claves en una estructura de GC	21
Recuadro 3.8	El fortalecimiento institucional en Tahoua, Níger	22
Recuadro 3.9	Los tres tipos de fortalecimiento institucional en la garantía de calidad	22
Recuadro 3.10	Análisis de los datos de cumplimiento de estándares en Ecuador	23
Recuadro 3.11	Facilitación del flujo de información y exposición de lecciones en Chile	23
Recuadro 3.12	Recompensa a los altos niveles de calidad y cobertura en Ecuador	24

Recuadro 5.1	La evolución de las políticas de calidad en Malasia	34
Recuadro 5.2	El apoyo de liderazgo de alto nivel para la GC en Chile	36
Recuadro 5.3	Construyendo una cultura corporativa de la calidad en Malasia	38
Recuadro 5.4	La sostenibilidad de la base de fondos para las actividades de GC en Chile	40
Recuadro 5.5	Las estructuras de apoyo e implementación de la GC en Malasia	43
Recuadro 5.6	Los desafíos cambiantes del fortalecimiento institucional en Zambia	45
Recuadro 5.7	La promoción de una Cruzada Nacional para la Calidad de la Atención de Salud en México	47
Recuadro 5.8	Recompensa a la calidad en Malasia	49

Cuadros

Cuadro 4.1	Las características de las fases de institucionalización, estrategias y signos de progreso	28
Cuadro 5.1	La evolución de los elementos esenciales de GC a través de las fases de institucionalización	32
Cuadro 5.2	Un ejemplo ilustrativo del estado de institucionalización de una organización	34
Cuadro 5.3	Posibles actividades para desarrollar el elemento esencial: <i>Políticas</i> y avanzar a la siguiente fase/ estado	35
Cuadro 5.4	Posibles actividades para desarrollar el elemento esencial: <i>Liderazgo</i> y avanzar a la siguiente fase/ estado	37
Cuadro 5.5	Posibles actividades para desarrollar el elemento esencial: <i>Valores Básicos</i> y avanzar a la siguiente fase/ estado	39
Cuadro 5.6	Posibles actividades para desarrollar el elemento esencial: <i>Recursos para la GC</i> y avanzar a la siguiente fase/ estado	41

Cuadro 5.7	Posibles actividades para desarrollar el elemento esencial: <i>Estructura de GC</i> y avanzar a la siguiente fase/ estado	43
Cuadro 5.8	Posibles actividades para desarrollar el elemento esencial: <i>Fortalecimiento Institucional</i> y avanzar a la siguiente fase/ estado	46
Cuadro 5.9	Posibles actividades para desarrollar el elemento esencial: <i>Información y Comunicación</i> y avanzar a la siguiente fase/ estado	48

Cuadro 5.10	Posibles actividades para desarrollar el elemento esencial: <i>Reconocimiento del Trabajo de Calidad</i> y avanzar a la siguiente fase/ estado	50
Cuadro 5.11	El análisis de cada elemento esencial en el programa de garantía de calidad de Zambia	51

Lista de abreviaciones

CCS	Consejo Central de Salud
COHSASA	Consejo de Acreditación de la Atención de Salud de Sudáfrica
DefC	Definición de la Calidad
GC	Garantía de la Calidad
MedC	Medición de la Calidad
MejC	Mejoramiento de la Calidad
MSP	Ministerio de Salud Pública
MSyP	Ministerio de Salud y Población
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
QAP	Proyecto de Garantía de Calidad
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Agradecimientos

Este documento se ha beneficiado del pensamiento y trabajo colectivo de: el personal del Proyecto de Garantía de Calidad, trabajadores y administradores de salud en varios países en desarrollo y el Dr. James Heiby de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Los autores desean expresar su agradecimiento a Beth Goodrich por el hábil trabajo de edición del manuscrito final. La traducción al español fue realizada por Priscila Hermida y Michael Alban.

Cita recomendada: Franco, L.M., D.R. Silimperi, T.Veldhuyzen van Zanten, C. MacAulay, K. Askov, B. Bouchet y L. Márquez. 2004. Sostenibilidad de la calidad en la atención de salud: Institucionalización de la garantía de la calidad. *Serie de monografías de garantía de calidad* 2(1): Bethesda, MD: Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.

Resumen ejecutivo

EL mejorar la calidad se ha convertido en un tema unificador a través de los programas de salud en diferentes países. La toma de conciencia sobre la importancia del mejoramiento en la calidad de la atención de salud se evidencia en la rápida difusión de lineamientos basados en la evidencia, la creciente atención a la seguridad del paciente y la reducción de errores médicos, y los esfuerzos para reducir el desperdicio y la ineficiencia: a fin de que los escasos recursos para la salud sean usados y aprovechados al máximo.

Alrededor del mundo grandes esfuerzos se llevan a cabo en organizaciones públicas y privadas para mejorar la calidad de la atención de salud, basada en un enfoque sistemático para asegurar que los detalles de la atención se realicen de la manera adecuada—un enfoque denominado *garantía de la calidad*. Las herramientas de la garantía de la calidad (GC) y la gerencia de la calidad, originadas en la industria, han sido aplicadas de con éxito en el campo de la salud, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, y existe una creciente aceptación de que la GC puede mejorar el desempeño de los programas y de los trabajadores de salud.

En los sistemas de salud de los países menos desarrollados, la necesidad de mayor calidad y de sistemas y servicios de salud que respondan a las necesidades de los clientes, es grande. Las actividades de GC han sido exitosamente establecidas en muchos países en desarrollo, pero muchas veces fallan al momento de expandir las actividades de GC, o en la sostenibilidad de sus logros. A medida que mayor número de ministerios y otras organizaciones de salud ganan experiencia en la aplicación de enfoques de GC, crece la demanda de asesoría sobre los elementos y procesos que sostienen la calidad de la atención de salud.

Los objetivos de esta monografía

Esta monografía presenta un marco conceptual para ayudar a los sistemas y organizaciones de salud en el análisis, planeamiento, construcción y sostenimiento de los esfuerzos para producir la atención de salud de calidad. El marco conceptual sintetiza más de diez años de experiencia del Proyecto de Garantía de Calidad (QAP) en proporcionar asistencia en el diseño e implementación de actividades y programas de GC en más de 25 países. La experiencia ha demostrado que la pregunta clave relativa

a la institucionalización muchas veces no es una pregunta técnica —¿cómo “realizar” actividades de GC?— sino más bien, cómo establecer una cultura de la calidad dentro de la organización y hacer de la GC un parte integral y sostenible del sistema de salud.

Como con cualquier tipo de cambio organizacional, el camino hacia la institucionalización de la GC puede ser largo y complejo. Esta monografía fue escrita para proveer información práctica a los Ministerios de Salud y otras organizaciones, en su trabajo por la calidad sostenible de la atención. Describe los componentes necesarios para inculcar una cultura de la calidad y también proporciona información práctica sobre cómo facilitar el proceso necesario para llegar a dicho objetivo. Un marco conceptual de ocho elementos esenciales y un proceso de institucionalización dividido en fases, resumen los aspectos críticos y un plano para la creación de un programa duradero para mejorar la calidad de la atención de salud. El marco de institucionalización se basa en la literatura de administración y los modelos de cambio organizacional, así como en la experiencia de QAP en varios países.

Las actividades básicas de la garantía de calidad

A la base de cualquier esfuerzo para institucionalizar la entrega de servicios de salud de calidad están tres actividades centrales de GC: definir la calidad, medir la calidad y mejorar la calidad. A través de la institucionalización, estas actividades básicas son desarrolladas, extendidas y se convierten en parte integral del funcionamiento de una organización. *Definir la calidad* significa desarrollar expectativas o estándares de calidad, así como diseñar sistemas para producir atención con calidad. *Medir la calidad* consiste en documentar el nivel actual de desempeño o de cumplimiento de los estándares esperados, incluyendo la satisfacción del paciente. *Mejorar la calidad* es la aplicación de los métodos y herramientas de mejoramiento de la calidad para cerrar la brecha entre los niveles actuales y los niveles esperados de calidad, a través de la identificación de las deficiencias de los sistemas (así como el apoyo a sus fortalezas) con el fin de mejorar los procesos de atención de salud. Estos tres conjuntos de actividades funcionan en sinergia para asegurar que el producto del sistema sea la atención de calidad. Juntas, estas actividades engloban la gama de metodologías de GC. Ninguna

Los elementos esenciales para la institucionalización de la GC
<p>Ambiente habilitador interno:</p> <p>Políticas</p> <p>Liderazgo</p> <p>Valores básicos</p> <p>Recursos</p>
<p>Organización para la calidad:</p> <p>Estructura</p>
<p>Funciones de apoyo:</p> <p>Fortalecimiento institucional</p> <p>Información y comunicación</p> <p>Reconocimiento del trabajo de calidad</p>

Proyecto de Garantía de Calidad 2000

actividad básica por sí sola es suficiente para mejorar y mantener la calidad: es la interacción y sinergia entre las tres que sostiene a la atención de salud de alta calidad.

Un modelo conceptual de la institucionalización de la garantía de calidad

Muchos factores afectan la habilidad de las organizaciones de salud para institucionalizar la GC y una cultura de la calidad, pero hemos identificado ocho elementos esenciales para implementar y sostener las actividades básicas de GC. Los primeros cuatro elementos constituyen el ambiente interno favorable a la iniciación, expansión y sostenibilidad de la GC dentro de la organización. Dicho ambiente habilitador está compuesto de (a) *políticas* que apoyen, guíen y refuercen la GC; (b) un *liderazgo* que marque prioridades, promueva el aprendizaje y se preocupe por el personal; (c) *valores organizacionales básicos* que enfatizan el respeto, la calidad y el mejoramiento continuo; y (d) *recursos* adecuados asignados para la implementación de la GC. El quinto elemento, *la organización para la calidad*, se refiere a la definición de las responsabilidades por la GC en la organización, e incluye la supervisión, coordinación e implementación de actividades de GC. Tres funciones de apoyo críticas sostienen la implementación de la GC y el mejoramiento de la calidad de la atención: (a) el *fortalecimiento institucional* en GC, tal como entrenamiento, supervisión y capacitación de los proveedores de servicios de salud y sus administradores; (b) la *información y comunicación* a fin de compartir,

aprender y defender la calidad; y (c) el *reconocimiento* y la *recompensa* a los esfuerzos individuales y de equipo para mejorar la calidad. Cada uno de estos elementos se describe a profundidad en esta monografía, y las descripciones son ampliadas con ejemplos de países en desarrollo.

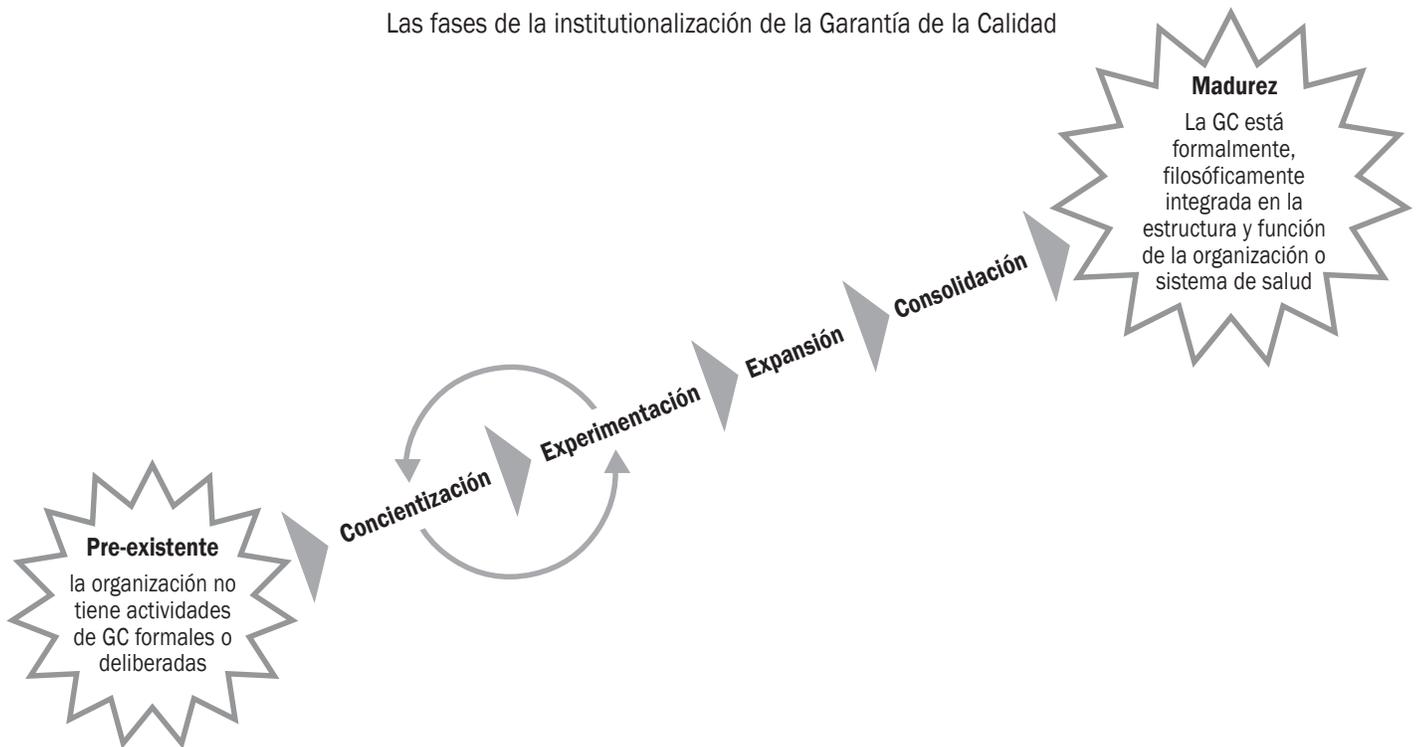
Institucionalización de la GC como un proceso

A pesar de que el objetivo final es tener cada uno de los ocho elementos esenciales funcionando, en realidad, la institucionalización de la GC es un proceso a través del cual una organización se mueve continuamente hasta que la GC esté integrada totalmente en su estructura y funcionamiento. Este proceso puede entenderse como un proceso en el que la organización progresa desde una etapa en la que no existe un esfuerzo de calidad deliberado o formal, hacia otra de concientización inicial, de experimentación con actividades de GC, de expansión y después de consolidación de estos esfuerzos, hasta alcanzar finalmente una fase de actividades de GC plenamente desarrolladas e institucionalizadas. En un estado de madurez de GC, la GC es una parte integral de las operaciones de día a día a todo nivel; y los valores organizacionales, el liderazgo y las políticas refuerzan una cultura de la calidad.

La situación *pre-existente* (antes de que una organización empiece a implementar algún esfuerzo formal o deliberado de GC) está caracterizada por ensayos para mejorar la calidad de manera esporádica, individual e informal, a diferencia de una intervención formal y deliberada en GC. La fase de *concientización* es el primer paso en el camino a la institucionalización; está caracterizada por individuos—especialmente líderes organizacionales—que toman conciencia de la necesidad de mejorar la calidad de atención y de la posibilidad de hacer algo deliberado y sistemático al respecto. La fase *experimental* está caracterizada por que la organización empieza a implementar la GC a pequeña escala, ensayando varios enfoques de GC para aprender de la experiencia, y desarrollando evidencia (resultados documentados) que demuestre que la GC lleva al mejoramiento en la calidad de la atención. Al final de esta fase, existe el suficiente impulso para que la organización avance a la fase de *expansión*, durante la cual se da una ampliación en el ámbito y la escala de actividades de GC.

La fase de expansión no es solamente una extensión de las actividades de GC, sino también una señal de la expansión estratégica de la implementación de la GC, basada en el conocimiento y experiencias ganadas en las fases previas. Esta expansión puede ser geográfica, pero puede también

Las fases de la institucionalización de la Garantía de la Calidad



Proyecto de Garantía de Calidad 2001

estar relacionada con la aplicación de nuevas actividades de GC, la participación de otros tipos de establecimiento, o los tipos de problemas de salud atendidos. A medida que se implementan las estrategias de expansión, éstas pueden precipitar o favorecer la necesidad de rendir cuentas de las actividades de GC, en un periodo de revisión, refinamiento, balance y coordinación. Durante la consolidación, las actividades y programas existentes se integran a las operaciones organizacionales rutinarias, mientras que se fortalecen por poner mayor énfasis en actividades no existentes o menos desarrolladas.

El dividir al proceso de institucionalización en fases refleja la existencia de una progresión de la capacidad organizacional y habilidad de GC que debe desarrollarse para sostener la calidad de la atención de salud. Cada fase tiene características organizacionales específicas y un rango de estrategias y actividades que las organizaciones pueden usar para promover el avance hacia la siguiente fase. A pesar de que es tentador asumir que el progreso hacia la madurez ocurre de manera constante a lo largo de una transición continua, las diferentes experiencias de países y organizaciones indican que este proceso es más complejo: las organizaciones pueden progresar, retroceder, vacilar entre dos fases, o incluso estancarse. En algunos casos, las organizaciones pueden avanzar en las fases de concientización y experimentación de manera simultánea o iterativa.

De modo similar, una organización no necesariamente tendrá todos los ocho elementos esenciales alineados en la misma fase de institucionalización. El desarrollo de cada elemento esencial puede proceder a diferente ritmo, a pesar de que el objetivo último es alinear todos los ocho elementos. El capítulo final de esta monografía provee un plano detallado de cómo cada elemento se desarrolla durante el curso del proceso de institucionalización.

Conclusión

La institucionalización de la GC es un proceso continuo en el cual las actividades relacionadas con definir, medir y mejorar la calidad se integran formal y filosóficamente en la estructura y funcionamiento de la organización o sistema de atención de salud. No es un proceso lineal, sino más bien un proceso fluido en el cual los elementos esenciales pueden madurar en secuencia o de manera menos coordinada. No existe una fórmula o conjunto de pasos que una organización debe seguir para institucionalizar la GC con éxito. El marco conceptual de los ocho elementos esenciales y el proceso de institucionalización en fases delinean los aspectos críticos y la ruta para crear un programa duradero para mejorar la calidad de la atención de salud que una organización o un sistema provee.

1 Introducción a la institucionalización

ALREDEDOR del mundo, los sistemas de salud están reconociendo la necesidad de mejorar la calidad. Dichos sistemas están adoptando guías clínicas basadas en la evidencia, prestando atención a la reducción de los errores médicos y tomando medidas para salvaguardar la seguridad del paciente. La preocupación por la calidad también se expresa en los esfuerzos por reducir el desperdicio y la ineficiencia, para asegurar que los escasos recursos para la atención de salud sean usados aprovechando plenamente su potencial.

¿Por qué es importante la calidad de la atención de salud?

Expresado de manera simple, las organizaciones de atención de salud *no* pueden permitirse la despreocupación por la calidad y la eficiencia. La calidad de la atención no es un lujo que únicamente puede ser alcanzado por los países ricos; es un imperativo para las organizaciones de atención de salud en todo el mundo. Complejos problemas de salud que no conocen fronteras, tales como el VIH/SIDA y la tuberculosis resistente a los antibióticos, demandan el cumplimiento cuidadoso de procesos de atención bien diseñados, basados en evidencias clínicas de efectividad. Los recursos disponibles para los servicios de salud públicos en muchos países de bajos ingresos son limitados y requieren que estos recursos sean canalizados en procesos de atención efectivos y que las prácticas ineficientes sean eliminadas.

En muchos países, se están llevando a cabo esfuerzos muy importantes para mejorar la calidad de la atención de salud ofrecida. Estos esfuerzos están basados en un enfoque sistemático que asegura que los detalles de la atención se lleven a cabo de manera correcta— un enfoque denominado *garantía de la calidad*. A pesar de que los principios y métodos de garantía de la calidad se adoptan ampliamente, sabemos que la reorientación y reorganización de sistemas completos de atención de salud para que puedan ofrecer consistentemente atención de salud de calidad a todos los clientes, continúa siendo un desafío para muchos países, especialmente en el mundo en desarrollo. Las actividades de la garantía de la calidad (GC) han sido establecidas con éxito en países de bajos y medianos ingresos, pero muchas veces enfrentan obstáculos significativos en el proceso de expansión y sostenibilidad de sus logros. A medida que más países ganan experiencia en la aplicación de las metodologías que llevan a la cali-

dad en la atención de salud, crece la demanda por asesoría en la totalidad de los elementos e insumos necesarios para sostener la GC.

Esta monografía presenta un marco conceptual y un plano para ayudar a las organizaciones a crear la capacidad de planear, construir y sostener esfuerzos para ofrecer atención de salud de calidad. El marco conceptual se refiere a (a) los elementos esenciales que una organización debe tener para institucionalizar la GC y (b) las fases por las que una organización debe pasar para alcanzar un estado maduro de institucionalización de la garantía de calidad. El marco conceptual incorpora más de diez años de experiencia del Proyecto de Garantía de Calidad (QAP) en asesoría al diseño e implementación de la garantía de calidad en los sistemas de salud de más de 25 países en vías de desarrollo. Otras publicaciones de QAP proveen una visión más general de la garantía de la calidad en la atención de salud, así como lineamientos técnicos para intervenciones de GC a gran escala (Massoud y cols. 2001; Bouchet sin fecha; Rooney y van Ostenberg 1999; Ashton 2001a). La mayor parte de las publicaciones de QAP están disponibles en su sitio Web y a través de la dirección postal en la portada de esta publicación.

1.1 ¿Qué es la institucionalización de la garantía de calidad?

QAP define la garantía de calidad como todas las actividades que contribuyen a definir, diseñar, evaluar, monitorear y mejorar la calidad de la atención de salud. Mientras que la distribución adecuada de medicamentos, el financiamiento, la planificación y asignación de recursos humanos, y los sistemas de capacitación técnica y profesional contribuyen a y son necesarios para la calidad de la atención, la garantía de la calidad asegura que todos los procesos funcionen de manera efectiva y sincronizada para alcanzar el objetivo de calidad en la atención.

Nuestra comprensión de la GC y su uso para mejorar la calidad de la atención de salud en los países en desarrollo ha crecido substancialmente durante los últimos diez años. Una lección fue aprender que el tener la capacidad para llevar a cabo actividades técnicas de garantía de calidad no asegura que la GC sea institucionalizada dentro

de una organización o que las funciones de GC sean sostenidas a largo plazo. La pregunta crítica ahora no es una pregunta de carácter técnico, ¿cómo «realizar» actividades de GC?, sino más bien cómo establecer y mantener la GC como parte integral y sostenible de un sistema u organización de salud, entrelazada en las rutinas y actividades diarias. El proceso de alcanzar este estado es lo que denominamos como «institucionalización».

Institucionalización es el proceso a través del cual un conjunto de actividades, estructuras y valores se convierte en parte integral y sostenible de una organización. La institucionalización significa que las personas saben qué tiene que suceder para proveer atención de salud de calidad, que tienen las habilidades para hacerlo y que están comprometidas con hacerlo a lo largo del tiempo con los recursos disponibles. Esta noción comprende una gama más amplia de conceptos que los de la sostenibilidad financiera.

La institucionalización de la GC puede ocurrir a cualquier nivel organizacional— establecimientos de salud, redes de servicios, estructuras descentralizadas del sistema de salud, o al nivel de Ministerios de Salud. Cuando la GC está institucionalizada en la estructura y el funcionamiento de un sistema u organización, las actividades de GC se implementan de manera consistente y son apoyadas por la cultura de la calidad de la organización, la cual se ve reflejada en los valores organizacionales y en las políticas que promueven y apoyan la calidad de la atención.

La garantía de la calidad, tal como se describe en este documento, no se entiende como un programa vertical separado, que trabaja independientemente de otros programas en la organización. La implementación de las actividades de garantía de la calidad no se realiza en un vacío, ni tampoco puede considerarse su institucionalización de modo aislado. Más bien, el objetivo de la GC es estar integrada en todos los programas y actividades. Sostener la GC requiere un ambiente que habilite la iniciación, crecimiento y continuidad de las actividades de garantía de calidad. Por esta razón, la presente monografía se refiere al ambiente favorable o «habilitador», interno a la organización, que es necesario para sostener la GC. También examinaremos oportunidades potenciales para capitalizar los factores o condiciones en el ambiente de la organización, que puedan facilitar la habilidad de la organización para producir servicios de atención de salud de calidad.

Si bien los esfuerzos de garantía de la calidad interactúan con el ambiente exterior más amplio (sector salud, así como otros sectores que afectan la salud, tales como la industria privada y las escuelas públicas), está fuera del alcance de esta monografía el discutir dichas influencias a profundidad. Sin embargo, señalamos oportunidades para examinar más detalladamente el impacto del ambiente externo, tales como iniciativas de reforma y descentralización del sector salud, reforma financiera y re-ingeniería.¹

Como con cualquier tipo de cambio institucional, el camino a la institucionalización de la garantía de calidad puede ser largo y complejo. El alcanzar una atención de salud de calidad y sostenible requiere que el cambio organizacional permee a la organización con una cultura de calidad. Esta monografía presenta un marco conceptual de los elementos y procesos esenciales necesarios para llegar al objetivo de que la GC se convierta en parte integral y sostenible de una organización de atención de salud. También provee información práctica sobre cómo facilitar dicho proceso. Nos basamos en la literatura de administración y de los modelos de cambio organizacional, así como en las experiencias de los programas de GC en diversos países.

1.2 Objetivos y organización de la monografía

Esta monografía está escrita para las personas involucradas en el diseño o mejoramiento de la calidad de la atención en su organización o que deseen convertirse en los campeones de la introducción de la garantía de calidad en su organización. El marco conceptual es válido para organizaciones de distintos niveles de complejidad, desde los establecimientos individuales de atención de salud, hasta los ministerios nacionales. El contenido y la organización de la monografía fueron diseñados para estimular la reflexión y proveer una guía sobre la manera más adecuada de planear, alcanzar y mantener la calidad en la atención de salud.

La monografía tiene tres objetivos:

Incrementar la conciencia y/o sensibilidad de los principales actores sobre los factores necesarios para introducir y sostener la garantía de la calidad:
La monografía provee información para los líderes,

¹ En colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Proyecto de Garantía de Calidad ha desarrollado un marco conceptual que describe la relación entre la garantía de la calidad y la reforma del sector salud: *Maximización de la calidad de la atención mediante la reforma del sector de la salud: La función de las estrategias de garantía de calidad. Proyecto de Garantía de Calidad y Organización Panamericana de la Salud. 2003*

tomadores de decisiones, personal de atención de salud y otros actores sobre qué involucra la implementación y sostenibilidad de la GC, tanto los elementos importantes necesarios para sostener la garantía de calidad, cuanto las estrategias para lograr el avance del proceso de institucionalización. Un punto crítico es que la institucionalización de la GC es un proceso continuo y multidimensional que requiere un compromiso sostenido de parte del liderazgo. Dicho compromiso vale la pena, ya que se ha demostrado que la GC conlleva cambios positivos duraderos en el desempeño de los proveedores de atención de salud, la satisfacción de los usuarios y más importante aún, la calidad de la atención.

Guiar la auto-evaluación del estado de la institucionalización de la garantía de la calidad en la propia organización:

La monografía también puede ser usada como guía para evaluar el estado general o para monitorear el *progreso* de una organización en relación a la institucionalización de la GC. Adicionalmente, la descripción detallada de las fases de desarrollo para cada elemento esencial dentro del marco conceptual puede ser usada para identificar qué elementos necesitarían de apoyo adicional en la organización. La monografía también contiene ejemplos prácticos de actividades y estrategias específicas que pueden ser útiles durante cada fase de la institucionalización y pueden servir también para avanzar cada elemento esencial a lo largo del camino a la madurez.

Facilitar la institucionalización de la garantía de la calidad en una organización:

La discusión del proceso

de institucionalización provee una variedad de opciones que pueden ser consideradas por la organización mientras se mueve a lo largo de las varias fases de institucionalización. A pesar de que no están diseñadas como prescriptivas, dichas discusiones proveen una guía en pasos importantes, así como indicadores de progreso que han sido útiles para desarrollar una capacidad institucional de garantía de calidad fuerte y sostenible.

La estructura de la monografía es paralela a estos tres objetivos. Para proveer antecedentes comunes, la Sección 2 discute los principios y actividades comprendidas en los esfuerzos de GC que llevan al mejoramiento en la calidad de la atención de salud. La Sección 3 presenta el marco conceptual de la institucionalización, consistente en ocho elementos esenciales que se refieren al ambiente interno habilitador, la organización para la calidad y las funciones de apoyo necesarias para sostener la garantía de calidad. Este marco conceptual muestra cómo se ven dichos elementos cuando la GC se ha institucionalizado. La Sección 4 enfoca el proceso de la institucionalización de la GC y describe las fases por las que cada organización debe pasar a lo largo del camino para establecer la GC como una parte integral y sostenible de la institución. La Sección 5 describe cómo cada elemento esencial de la institucionalización de la GC se desarrolla a través de estas fases. Esta sección también ilustra cómo la información puede ser usada para planificar o mejorar el progreso hacia la institucionalización de la GC en la propia organización.

2 Principios de la garantía de calidad

2.1 ¿Qué es la calidad de la atención?

El propósito de todos los esfuerzos de garantía de la calidad es mejorar y sostener la calidad de la atención de salud. La calidad de la atención es por lo tanto la meta última de las actividades institucionalizadas de GC. Existen varias definiciones para el término «calidad» en el contexto de la atención de salud:

«...*Desempeño adecuado (de acuerdo a los estándares) en las intervenciones consideradas seguras, que están al alcance de las sociedades en cuestión y que tiene la capacidad de producir un impacto en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición*» (Roemer y Montoya-Aguilar 1988).

«*La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención proveída logre el balance más favorable de riesgos y beneficios*» (Donabedian 1980).

«*La calidad es hacer lo correcto de la manera correcta la primera vez, y hacerlo mejor la vez siguiente, con las limitaciones de los recursos existentes y con la satisfacción de la comunidad*» (Ministerio de Salud y Población de Malawi 1997).

La calidad es multidimensional, por lo que QAP ha identificado nueve dimensiones de la calidad (Figura 2.1) que son importantes para los actores internos y externos de un sistema de entrega de servicios de salud: clientes individuales, comunidades, proveedores, administradores y pagadores. Dichas dimensiones conllevan diferente importancia para los distintos actores.

El *desempeño técnico*, una de las dimensiones de la calidad más comúnmente reconocida, se refiere al grado en el cual las actividades llevadas a cabo por los trabajadores y establecimientos de salud están en concordancia con estándares o cumplen expectativas técnicas.

El *acceso a los servicios* refleja la ausencia de barreras geográficas, económicas, organizacionales o lingüísticas a los servicios.

La *efectividad de la atención* es el grado en el cual los resultados o productos deseados se logran, mientras que *la*

Figura 2.1 Las dimensiones de la calidad

Desempeño técnico
Acceso a los servicios
Efectividad de la atención
Eficiencia de la entrega de servicios
Relaciones interpersonales
Continuidad de los servicios
Seguridad
Infraestructura física y comodidad
Elección

Proyecto de Garantía de Calidad 1999

eficiencia de la entrega del servicio se refiere al uso de los recursos para producir dichos servicios.

Las *relaciones interpersonales* se refieren a la comunicación efectiva entre el proveedor y el cliente; están basadas en el desarrollo de la confianza, respeto, confidencialidad y respuesta a las preocupaciones del cliente.

La *continuidad de los servicios* se refiere a la entrega de atención por parte del mismo proveedor de atención de salud a lo largo del curso del tratamiento (cuando esto sea apropiado y factible), así como a la referencia oportuna y a la comunicación entre proveedores cuando es necesario contar con proveedores múltiples.

La *seguridad*, o el grado en el cual el riesgo de lesión, infección u otro efecto secundario perjudicial es minimizado, es una dimensión crítica de la calidad de la atención y está recibiendo creciente atención debido a la epidemia de VIH/SIDA.

La *infraestructura física y la comodidad* forman parte de una dimensión a veces llamada de «amenidades»; incluye la apariencia física del establecimiento, su limpieza, el confort y la intimidad proporcionados al paciente.

La *elección* se refiere a la gama de elecciones disponibles para el paciente en cuanto a proveedores, tratamiento o plan de seguro, en la medida de lo apropiado y seguro. Inherente a esta dimensión está el acceso del cliente a la información que le permita hacer una elección informada.

La calidad de la atención se refiere al grado en el cual estas nueve dimensiones de la calidad se hallan presentes en la atención de salud brindada al cliente.

2.2 Principios de la aplicación de la garantía de calidad en países en desarrollo

Gran parte del enfoque de garantía de calidad y su institucionalización, presentados en esta monografía, se basa en la enseñanza y los principios de líderes establecidos en el campo de la calidad de la atención de salud (Deming 1982; Juran 1988; Donabedian 1980; Berwick 1995; Berwick y cols. 1992; Langley y cols. 1996). QAP ha adaptado los métodos, enfoques y estrategias de estos líderes para su uso en sistemas de atención de salud en países en desarrollo. El trabajo del proyecto incluye tanto metodología tradicional de GC (acreditación, regulación y estándares), cuanto métodos más recientes, tales como el mejoramiento continuo de la calidad y el mejoramiento colaborativo.

Nuestro trabajo de más de una década con cientos de esfuerzos de implementación de GC ha traído a la luz un conjunto común de principios que, a pesar de las variaciones entre los programas de GC, sirven de base para la institucionalización de la GC en cualquier sistema u organización de salud. Estos principios son: la importancia de la perspectiva y las necesidades del cliente, el análisis de los sistemas y procesos, el uso de datos para la toma de decisiones y el trabajo en equipo para resolver problemas. Estos cuatro principios están interrelacionados y pueden ser descritos de la siguiente manera:

Enfoque en el cliente: la garantía de la calidad enfatiza el hecho de que los servicios de salud existen para cubrir las necesidades de salud de los clientes que los utilizan. Al enfocarse en cubrir las necesidades de los clientes, los proveedores de salud y otros involucrados en la entrega de la atención de salud se desempeñan mejor. El enfoque en el cliente significa prestar atención a la persona en su conjunto, más que concentrarse simplemente en un padecimiento en particular; significa ayudar a los clientes no únicamente de manera directa, al asegurarse de que reciban el tratamiento que necesitan, sino también recibirlos con respeto, ayudarlos a encontrar la sala o la persona que necesitan, reducir el tiempo de espera, manejar adecuadamente los formularios y otras numerosas acciones que

pueden no ser parte de la descripción de tareas de alguien en particular, pero que deben ser parte de las responsabilidades de todos.

El principio de enfoque en el cliente distingue entre clientes «externos» e «internos». Los primeros son generalmente la población atendida, incluyendo a los pacientes y sus familias, sus comunidades e incluso su sociedad. El «cliente interno» es el colega de una persona en particular que puede necesitar asistencia de la persona para poder desempeñar su función. Como ejemplo, consideremos a una enfermera que necesita acceder a un archivo para tratar a los pacientes. El o ella se convierte en un cliente interno para el empleado administrativo al momento de solicitar el archivo. El «enfoque en el cliente» dirige nuestra atención al servicio a los clientes, tanto internos como externos y requiere conocer quiénes son los clientes, así como comprender y tratar de responder a sus necesidades y expectativas.

Comprender el trabajo en términos de procesos y sistemas: La garantía de calidad reconoce que los sistemas o procesos oscuros, redundantes o incompletos pueden causar problemas en la entrega de servicios de salud de calidad. En lugar de culpar al personal que trabaja en estos sistemas de bajo desempeño, las actividades de GC involucran a las personas en la resolución de problemas existentes dentro de procesos o sistemas, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención.

Ensayar cambios y enfatizar el uso de datos: La garantía de calidad enfatiza la necesidad de mejorar los procesos a través de entender cómo funcionan. Este principio promueve la toma de decisiones basada en datos oportunos y exactos más que en supuestos. Comprender y usar datos también conlleva entender las variaciones o diferencias en los resultados de un proceso o sistema y determinar si es que la variación es parte normal del proceso o si es que indica un cambio real (como indicador de un problema o de una mejora).

Trabajo en equipo: La garantía de calidad subraya la participación y el trabajo en equipo para resolver problemas e implementar soluciones, reconociendo que el impacto de las actividades de GC es más poderoso cuando los miembros del equipo cuentan con la participación, experiencia y conocimiento de los principales participantes y actores.

Estos principios sirven como base para la garantía de la calidad y reflejan que la GC no es solamente una serie de actividades, sino un conjunto fundamental de creencias y valores que deben convertirse en la «manera de hacer las cosas» en una organización. Estos principios concuerdan con aquellos propugnados en la literatura de la adminis-

tración de la calidad (ver por ejemplo, Berwick y colaboradores 1992; Langley y colaboradores 1996).² La introducción de la GC no necesariamente implica cambiar por completo la manera en que es administrada la organización, sin embargo, la implementación de la GC de acuerdo a estos principios muchas veces trae cambios positivos en la administración de otros componentes del sistema de salud, tales como la logística y la administración financiera.

2.3 Las actividades básicas de la garantía de calidad: El triángulo de GC

El enfoque de QAP para el mejoramiento de los servicios de atención de salud comprende tres actividades básicas de garantía de la calidad: *definir la calidad*, *medir la calidad* y *mejorar la calidad*. Estos tres conjuntos de actividades funcionan de manera sinérgica para asegurar que la atención de calidad sea un producto del sistema, y juntos constituyen el rango de metodologías y técnicas de mejoramiento usadas para asegurar la calidad de la atención. Las actividades se representan por medio de un triángulo (Figura 2.2) para indicar su naturaleza interactiva y de apoyo mutuo. Cada punto del triángulo representa un conjunto de actividades básicas de GC, y la forma del triángulo entero sugiere que no existe una manera «correcta» o un punto óptimo de entrada para iniciar la GC. Se podría empezar por realizar mejoras en cualquier área problemática. Al mismo tiempo, ningún conjunto de actividades de GC es suficiente por sí solo para mejorar y mantener la calidad. Es la interacción y sinergia entre los tres que facilitan y hacen posibles mejoras sostenibles en la calidad de la atención de salud.

Definir la calidad significa desarrollar expectativas o estándares de calidad. Estándares son declaraciones del desempeño esperado que definen lo que constituye la calidad de la atención para los trabajadores de la salud. Los estándares pueden ser desarrollados para los insumos, procesos o resultados; pueden ser clínicos o administrativos; y pueden ser aplicados a cualquier nivel de un sistema, desde un proveedor individual hasta un departamento nacional de salud.

Figura 2.2 El triángulo de garantía de la calidad



Proyecto de Garantía de Calidad 2000

Un buen estándar es confiable, realista, válido y claro, y puede ser fácilmente medido. Los estándares de calidad deberán estar basados en la mejor evidencia científica disponible y pueden ser desarrollados en concordancia con las nueve dimensiones de la calidad discutidas anteriormente. La percepción y las expectativas de los actores (incluyendo clientes y la comunidad, proveedores, administradores y pagadores) deberán ser incluidas en la definición de los estándares de calidad.

Otras actividades que se relacionan con la definición de la calidad, además del desarrollo de estándares, son el diseño de sistemas para obtener resultados de calidad; la planificación estratégica; la comunicación de los estándares; y el diseño de varias formas de regulación de la calidad, incluyendo los estándares de acreditación, licencia o certificación.³

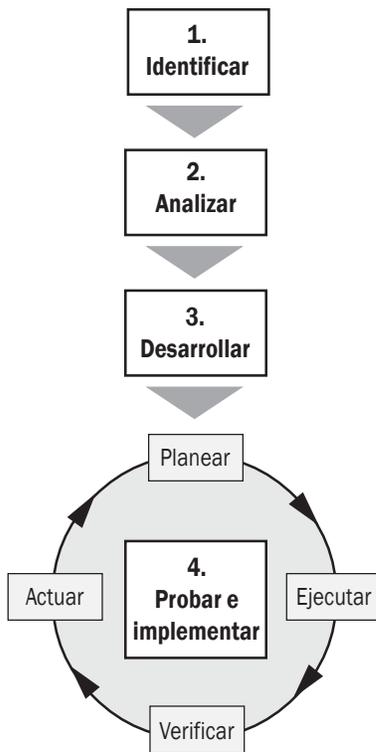
Medir la calidad consiste en cuantificar el nivel actual de desempeño o cumplimiento de los estándares establecidos, incluyendo la satisfacción del paciente. Incluye definir indicadores, desarrollar o adaptar sistemas de información para proveer datos de indicadores relacionados con la calidad y el análisis e interpretación de los resultados.⁴

² La literatura de administración de la calidad muchas veces incluye al liderazgo como el quinto principio de la calidad. Nosotros incluimos al liderazgo dentro del marco conceptual de la institucionalización.

³ Una discusión más amplia de usos y formatos de estándares en la atención de salud se encuentra en Ashton 2001b; más sobre enfoques regulatorios está en Rooney y van Ostenberg 1999.

⁴ Un enfoque sistemático a la vigilancia de la calidad de la atención primaria y hospitalaria está descrito en Bouchet y en Ashton 2001a, respectivamente.

Figura 2.3 Los cuatro pasos para el mejoramiento de la calidad



1. Identificar	Determinar qué hay que mejorar
2. Analizar	Comprender el problema
3. Desarrollar	Formular hipótesis acerca de los cambios que habría que hacer para solucionar el problema
4. Probar/ Implementar	Probar la hipótesis de solución para ver si produce mejoras; sobre la base de los resultados, decidir si abandonar, modificar o implementar la solución

Las actividades relacionadas con medir la calidad incluyen la recolección rutinaria y el análisis de los datos sobre el cumplimiento de los estándares establecidos, a través de la supervisión; la auto-evaluación; la vigilancia de la calidad; y los estudios especiales, tales como las evaluaciones de la calidad y la auditoría. La medición de la satisfacción del cliente es una forma importante de la evaluación de la calidad.

Mejorar la calidad se refiere a la aplicación de métodos y herramientas de administración de la calidad para cerrar la brecha entre los niveles actuales de calidad y los niveles esperados, mediante la detección y la acción sobre las deficiencias y fortalezas del sistema, para, en algunos casos, re-diseñar los procesos de atención de salud. Esta actividad básica de GC conduce a una mejora en el desempeño de acuerdo a los estándares de calidad definidos.⁵

Existe una gran variedad de enfoques para el mejoramiento de la calidad, desde el mejoramiento del desempeño individual, al rediseño de sistemas o procesos enteros, hasta la re-estructuración o reingeniería de la organización. Estos enfoques difieren en términos de tiempo, recursos y complejidad, pero comparten los mismos cuatro pasos del mejoramiento de la calidad: (a) Identificar qué se desea mejorar, (b) Analizar el problema o sistema, (c) Desarrollar posibles soluciones o cambios que parezcan mejorar el problema o sistema, y (d) Probar e implementar las soluciones. El paso 4 usa el ciclo de «planear, ejecutar, verificar, actuar» para determinar si las soluciones consideradas realmente conducirían a una mejora, o si deben ser abandonadas, modificadas o expandidas. (La Figura 2.3 presenta este enfoque de manera gráfica.)

En resumen de esta sección sobre los principios de la garantía de la calidad, las actividades básicas de la garantía de la calidad representadas en el triángulo de la GC, engloban los métodos, herramientas y enfoques que una organización utiliza para asegurar la calidad de la atención. El resto de esta monografía se concentra en mostrar cómo apoyar y sostener la implementación de estas actividades básicas de GC.

⁵ Una presentación detallada de los enfoques para el mejoramiento de la calidad se encuentra en Massoud y colaboradores 2001.

3 Un modelo conceptual: ¿Qué es necesario para institucionalizar la garantía de calidad?

TENIENDO en cuenta que: (a) nuestra meta en la implementación de la garantía de calidad es mejorar la calidad de la atención de salud; (b) que la GC y la mejora en la calidad de la atención requieren no solamente un enfoque técnico de herramientas y métodos sino también un cambio en las actitudes; y que (c) la GC es institucionalizada cuando está formal y filosóficamente integrada en la estructura, funcionamiento y cultura de la organización; podemos examinar la institucionalización más detalladamente para identificar sus «elementos esenciales». Estos elementos han sido identificados por QAP a través de sus experiencias internacionales en apoyo a las actividades y programas y con base en la literatura de gerencia de la calidad (Baldrige National Quality Program 2001; Tenner y DeToro 1992; Marszalek-Gaucher y Coffey 1990; Brown 1995; Powell 1995; Shortell y colaboradores 1995, entre otros).

3.1 Vista general del modelo

Muchos factores afectan la capacidad de una organización de salud para institucionalizar un cambio en la manera en la que se organiza el trabajo, especialmente los elementos clave, o elementos esenciales listados en la Figura 3.1. Nosotros los agrupamos en tres categorías: ambiente habilitador interno, organización para la calidad, y funciones de apoyo. Estas categorías están brevemente descritas en los párrafos a continuación; posteriormente describimos el rol que cada elemento esencial juega en la institucionalización y cómo cada uno funciona en las organizaciones capaces de sostener la garantía de calidad.

El ambiente habilitador interno: Un ambiente interno que facilite el iniciar, expandir y sostener la garantía de calidad es necesario para institucionalizar la GC. Dicho ambiente habilitador comprende: (a) *políticas* que apoyen, guíen, y refuercen la GC; (b) *liderazgo* que fije prioridades, promueva el aprendizaje y se preocupe del personal; (c) *valores organizacionales básicos* que enfatizan el respeto, calidad y mejoramiento continuo, y (d) *recursos* adecuados asignados para la ejecución de las actividades de GC. El impacto total del ambiente habilitador interno se logra únicamente a través de la sinergia creada entre todos estos cuatro elementos.

Organización para la calidad: La institucionalización requiere un diseño claro de roles y responsabilidades y

Figura 3.1 Los elementos esenciales para la institucionalización de la garantía de calidad

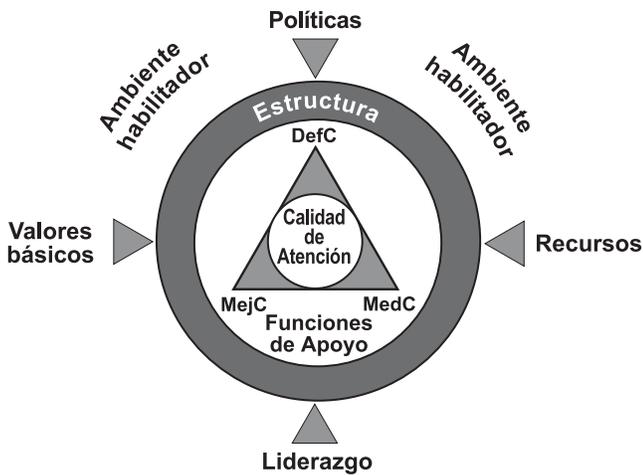
Los elementos esenciales para la institucionalización de la garantía de calidad
Ambiente habilitador interno: Políticas Liderazgo Valores básicos Recursos
Organización para la calidad: Estructura
Funciones de apoyo: Fortalecimiento institucional Información y comunicación Reconocimiento del trabajo de calidad

Proyecto de Garantía de Calidad 2000

una rendición de cuentas para la implementación de las actividades de GC. Nos referimos a dicha organización para la implementación de la GC como el elemento esencial, la *estructura*. Sin embargo, en este contexto, la estructura no debe entenderse como un organigrama sino más bien como el mapeo de responsabilidades y funciones para la GC en la organización, incluyendo la supervisión, coordinación e implementación de actividades de GC.

Actividades de apoyo: Algunos elementos esenciales son necesarios para apoyar de manera sostenida la implementación de la GC y la mejora de la calidad de la atención. Las tres funciones de apoyo críticas son: (a) *fortalecimiento institucional* en GC, tal como entrenamiento, supervisión y capacitación para los proveedores de servicios y administradores; (b) *información y comunicación* con el fin de compartir, aprender y promover la calidad; y (c) *reconocimiento y premiación* de los esfuerzos individuales y de grupo para mejorar la calidad.

Figura 3.2 La institucionalización de la garantía de la calidad



Proyecto de Garantía de Calidad 2000

En la Figura 3.2, estas tres categorías se representan como una serie de círculos concéntricos superpuestos que funcionan juntos. En el centro está la atención de salud de calidad, el producto esperado de la GC. Alrededor del centro está el triángulo de actividades técnicas básicas de GC para el mejoramiento de la calidad de la atención: definir la calidad (DefC), medir la calidad (MedC) y mejorar la calidad (MejC). El impacto de estas actividades básicas de GC dependerá de un ambiente habilitador que promueva una cultura de calidad y facilite una continua implementación de la GC, de una apropiada estructura organizacional que sirva de marco a una efectiva implementación de la GC, y de la existencia de servicios de apoyo adecuados. El desarrollo de una cultura de la calidad requiere iniciar o fortalecer cada elemento esencial. Decidir por donde empezar depende de la situación, y cada elemento esencial (así como cada categoría donde se ubique dicho elemento-) progresará a su propio ritmo.

Cada categoría de elementos es importante en sí misma, pero es la combinación de los elementos lo que facilita y asegura la institucionalización de la GC. Este modelo y la discusión a continuación acerca de los elementos esenciales se concentran en aquellos elementos que operan dentro de la esfera de influencia de la organización. Al mismo tiempo, reconocemos que cada institución de salud opera dentro de un ambiente más amplio que incide en su capacidad de garantizar la calidad. Por ejemplo, algunas organizaciones de atención de salud se dirigen a la institucionalización dentro de un contexto institucional estable, mientras que otras operan en sistemas de salud que están en proceso de reforma. Los factores ambientales externos crean tanto restricciones como oportunidades

para asegurar la calidad e institucionalizar la GC. Los esfuerzos de reforma del sector salud dirigidos hacia la descentralización o hacia nuevos mecanismos de financiación pueden proveer oportunidades para contribuir a mejorar los resultados de sistema de salud. Al mismo tiempo, los factores externos pueden afectar de manera negativa la institucionalización de la GC, como es a veces el caso con las políticas laborales del sector público o con el flujo de recursos al sector salud que depende de la situación financiera del país.

A pesar de que este modelo reconoce la influencia de los factores externos, enfatiza el rol más importante que las tres categorías de elementos esenciales tienen en la institucionalización de la GC. Las secciones a continuación describen el rol que cada elemento esencial juega en la institucionalización y cómo estos elementos funcionan en una organización madura que es capaz de sostener un proceso de GC. Dichos elementos se discuten por categoría.

3.2 El ambiente habilitador interno

El ambiente habilitador interno incluye aquellas características organizacionales que favorecen el crecimiento de un programa sostenible de GC y que los administradores de alto nivel de la organización pueden en general controlar y cambiar.

Los elementos claves del ambiente habilitador interno para la institucionalización de la GC son las políticas organizacionales, el liderazgo, los valores básicos y el compromiso para asignar los recursos necesarios (humanos y materiales) para apoyar las actividades de garantía de calidad. Más allá del nivel o complejidad de una organización, estos elementos son necesarios para sostener la GC y para el funcionamiento armonioso de los elementos esenciales en las otras dos categorías.

El ambiente habilitador interno opera en el contexto de un ambiente externo más amplio (situación económica, estructura nacional político/ administrativa, estabilidad política, etc.) que puede o no ser favorecedor. Sin embargo, se puede lograr mucho en la institucionalización de la GC fortaleciendo los elementos esenciales en el ambiente interno. Dicho fortalecimiento puede ayudar a la organización a sostener las actividades de GC a pesar de contratiempos originados en el ambiente externo. Por ejemplo, cuando el financiamiento para el Programa Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Chile cesó, el programa fue sostenido en gran parte por el sólido liderazgo técnico y su estrategia de descentralización de la planificación,

dirección y financiamiento de los esfuerzos de mejoramiento de la calidad en los 27 servicios de salud del país (Gnecco, 1999).

A pesar de que el ambiente habilitador interno es de importancia crítica, su fortalecimiento para apoyar la GC no necesariamente debe estar precedido de esfuerzos para desarrollar otras áreas u otros elementos esenciales. Cada elemento puede progresar a diferente ritmo. La Sección 5 describe el proceso de fortalecimiento de todos estos elementos esenciales y por ende de movimiento hacia la institucionalización de la GC.

3.2.1 Políticas organizacionales y su implementación

El término «política» cubre una amplia gama de directrices organizacionales, desde políticas de amplio alcance (como una declaración de objetivos organizacionales o una política de recursos humanos) hasta políticas más específicas, tales como los procedimientos operacionales y las normas clínicas. Una política puede ser definida como un plan, curso de acción o conjunto de regulaciones adoptado por un gobierno, negocio o institución, diseñado para influenciar y determinar las decisiones y procedimientos (Partnerships for Health Reform Project 2000). Las políticas reflejan las decisiones y acciones de los administradores de una organización. Las políticas escritas como leyes, regulaciones, planes y estrategias constituyen declaraciones oficiales de los principios que guían a una organización y por medio de los cuales opera y provee servicios.

Para ser efectivas, las políticas deben ser implementadas y se debe asegurar su cumplimiento. Cuando las políticas escritas y los mecanismos que garantizan su cumplimiento incorporan un énfasis en la calidad y en la garantía de la calidad, dichas políticas y mecanismos sustentan y refuerzan la institucionalización de la GC, particularmente en organizaciones con una alta tasa de rotación al nivel directivo.

Las políticas pueden ser usadas para resaltar el compromiso de la institución con la calidad y con la satisfacción de las necesidades del cliente, para identificar áreas prioritarias a mejorar y para delegar la autoridad que hará mejoras (ver el ejemplo en el Recuadro 3.1). El desarrollo de políticas debe estar basado en una orientación hacia los resultados que refleje cambios reales en el estado de salud y en la satisfacción del cliente y de la comunidad.

En el caso de organizaciones que emprenden la garantía de calidad, las políticas existentes pueden obstaculizar la institucionalización de la GC. Por ejemplo, las políticas que promueven la toma de decisiones altamente centralizada

Recuadro 3.1 Las políticas de calidad en México

Mejorar la calidad de la atención de salud en establecimientos públicos y privados es una gran prioridad del Gobierno de México. En el documento *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, la Secretaría de Salud identificó como una de sus principales estrategias a «Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud», con bajo las siguientes líneas de acción;

1. Definir códigos de ética para los profesionales de la salud
2. Definir y hacer explícitos los derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos
3. Establecer un sistema de seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias
4. Establecer sistemas de reconocimiento del buen desempeño
5. Desarrollar un sistema de información por productos hospitalarios y tarjetas de indicadores
6. Promover el uso de guías clínicas
7. Promover la certificación de los profesionales y establecimientos de salud
8. Reforzar el arbitraje médico

Fuente: Secretaría de Salud, México 2001

pueden limitar la iniciativa del personal para hacer mejoras en la calidad. En contextos en los que reformas de descentralización se estén iniciando, puede existir la oportunidad de modificar las políticas actuales y cambiar el enfoque para enfatizar la garantía de la calidad a nivel local. En otra instancia, las políticas de financiamiento pueden estar formuladas para enfatizar el control de costos, imponiendo una cultura de eficiencia en lugar de una cultura de calidad, a costo de la atención al paciente. En tal situación, un diálogo y una defensa de las políticas pueden ser necesarios para incorporar indicadores de calidad del desempeño a los mecanismos de financiación.

Las políticas son un vínculo importante con otros elementos del ambiente habilitador. Con frecuencia se hallan influenciadas por líderes, pueden reforzar (o debilitar) los valores básicos y determinan los recursos asignados para actividades de GC.

3.2.2 Liderazgo

Una definición de líder es «alguien a quien se elige seguir a un lugar a dónde no iríamos solos» (Barker 1999). El liderazgo es la habilidad para motivar, haciendo que las personas logren resultados en medio de desafíos e incertidumbre (Management Sciences for Health 2002). El liderazgo es de importancia crítica para la institucionalización de la garantía de calidad, debido a que una efectiva implementación de la GC requiere un cambio en la manera en la que los proveedores y administradores trabajan. En muchos lugares, los trabajadores de la salud se encuentran desmoralizados luego de muchos años de trabajar sin los recursos adecuados, con poca respuesta o apoyo de los niveles directivos y poca autoridad percibida para hacer cambios. El lograr inculcar en los trabajadores de la salud el deseo de hacer mejoras y darles el poder para hacerlas claramente requiere de liderazgo.

En el contexto de la GC, el liderazgo se relaciona con las cualidades personales y acciones de un individuo para apoyar la capacidad del personal a fin de asegurar o mejorar la calidad de la atención de salud. Por ejemplo, en Honduras, un «apoyo de liderazgo activo» se encontró para facilitar la velocidad con la que progresaron los equipos hospitalarios de diseño de la calidad. Dicho apoyo se caracterizó por mantenerse al día sobre el trabajo del equipo, mantener una política de puertas abiertas con los miembros del equipo y alentar la búsqueda de soluciones creativas para superar los obstáculos (Lin 2000). No existe un solo estilo idóneo de liderazgo: diferentes estilos son apropiados para diferentes culturas o situaciones. Sin embargo, el liderazgo efectivo para la GC entraña la creación y comunicación de una visión clara de lo que la organización está tratando de lograr; asegura que el personal tiene lo necesario (flexibilidad, recursos, etc) para alcanzar dicha visión; y demuestra preocupación por el personal, construyendo así confianza mutua (ver el Recuadro 3.2)

Esta discusión distingue entre los líderes y los administradores. Toda organización cuenta con personas a cargo (administradores) de asegurarse de que las cosas se realicen. Los administradores planean y organizan actividades, movilizan recursos y evalúan resultados. Los líderes son individuos que tienen una visión y pueden motivar a las personas a seguir y construir dicha visión, que pueden servir de ejemplo a otros y que pueden promulgar los valores y metas de la organización. Los líderes ven las oportunidades en el ambiente; desarrollan una visión y dirección para la organización; aseguran la concordancia de la visión, estrategia, sistemas e incentivos; y motivan a otros a ser creativos e innovadores.

Recuadro 3.2 Las responsabilidades de liderazgo claves para la implementación exitosa de la garantía de calidad

Desarrollar y articular para el personal una visión para la calidad de la atención—apoyada en las políticas y valores básicos para guiar el desarrollo de estándares—y luego asignar los recursos para realizar actividades de garantía de calidad.

Hacer campaña continua por la calidad con los proveedores, personal, administradores y miembros de la comunidad.

Crear sinergia entre las palabras y las acciones de calidad. Cuando los líderes/ administradores hacen campaña por la calidad solamente en palabras, envían el mensaje de que la calidad no es una prioridad.

Practicar y modelar los cuatro principios centrales de la GC: enfoque en los clientes, sistemas y procesos, decisiones basadas en datos y trabajo en equipo.

Usar estrategias de cambio organizacional para reducir la resistencia inevitable a los cambios, al hacer las mejoras.

Proveer recursos para las actividades de GC.

Asegurar que todos los administradores operacionales tengan conocimiento de los enfoques de GC y demuestren un compromiso con la calidad de la atención.

Dar autoridad al personal para realizar mejoras.

Asegurar que el desarrollo del personal incremente la capacidad de GC.

Asignar tiempo del personal para participar en las actividades de GC o hacer de la GC parte de la descripción de funciones de todos.

Adaptado de Senge y cols. 1994

La institucionalización de la GC requiere el cultivo de cualidades de liderazgo dentro de una gama de administradores a diferentes niveles de la organización. No todos los administradores se convertirán en líderes, ni todos los líderes serán administradores. Sin embargo, auspiciar el liderazgo entre los administradores facilitará la institucionalización de la GC, dado que los administradores tienen la autoridad para establecer la GC como una meta organizacional, diseñar otras políticas de apoyo y asignar

(o activamente gestionar) recursos para llevar a cabo actividades de garantía de calidad.

Como líderes, estos administradores empezarán a servir de modelos del comportamiento necesario para lograr la institucionalización y comunicarán y apoyarán los valores organizacionales básicos. El capitalizar los líderes informales que «lideran» en virtud de sus fortalezas y cualidades personales facilitará la institucionalización de la GC.

En organizaciones de más alto nivel y con colaboraciones inter-organizacionales más complejas, el liderazgo puede provenir de más de un frente. La visión y la dirección pueden originarse en una organización (tal como una asociación profesional), mientras que el seguimiento y asignación de recursos pueden provenir de otra. En la provincia Kwa Zulú-Natal de Sudáfrica, por ejemplo, el Consejo para la Acreditación de los Servicios de Salud de África del Sur (COHSASA, por sus siglas en inglés), una institución privada, provee asistencia técnica a los hospitales para ayudarlos a implementar los estándares de acreditación del COHSASA. Para la institucionalización exitosa, los varios roles del liderazgo deben ser asumidos e implementados de modo coordinado, evitando la competencia entre ellos.

3.2.3 Valores básicos

La cultura de una organización refleja sus valores básicos. El asegurar mejoras continuas en la calidad de la atención dentro de una organización requiere de valores compartidos que enfatizan la calidad en la atención de salud y la respuesta a las necesidades de los clientes. Los valores organizacionales básicos se manifiestan en la manera en la que los individuos en la organización se comportan individual y colectivamente. Los valores son un hilo conductor de la acción y una reflexión de lo que la gente cree ser fundamental. Para alcanzar el desempeño óptimo, los valores organizacionales y aquellos valores sostenidos por los individuos que trabajan en la organización deberán ser complementarios y estar en sintonía, para crear una sinergia del trabajo en equipo hacia la calidad de la atención de salud. El tener valores que están en sintonía significa que los valores básicos de la organización y aquellos de los empleados son compatibles y contribuyen a las mismas metas.

Los valores básicos no operan de manera independiente dentro del ambiente habilitador; están directamente conectados a los elementos de liderazgo, políticas y recursos. Los líderes con frecuencia marcan el tono de los valores organizacionales al servir de modelo de conductas de respeto, consideración y trabajo en equipo y al comunicar las metas organizacionales de calidad. Las políticas pueden establecer, comunicar y reforzar las prácticas de GC

como un valor básico organizacional. La asignación de recursos humanos y materiales a las actividades de GC envía un mensaje de que la calidad es valiosa para la organización. Los valores básicos que sirven de soporte a la GC promueven el desarrollo de un ambiente donde las personas sienten que están haciendo algo importante, tanto personalmente como para los demás (ver los Recuadros 3.3 y 3.4).

Sin embargo, los valores básicos no resultan solamente de las actitudes del liderazgo organizacional o de la asignación de recursos. Todas las organizaciones tienen valores en vigencia, aunque muchas veces están implícitos o sobrentendidos. La institucionalización de la GC requiere hacer explícitos aquellos valores deseados que fortalecen la calidad en la atención (ver el Recuadro 3.5). La comunicación clara de los valores y el reconocimiento de los logros organizacionales que reflejan aquellos valores auspician el surgimiento de una cultura de la calidad, esencial para la sostenibilidad de la GC.

Los valores básicos explícitos también ayudan en el diseño de estándares e intervenciones para mejorar la calidad de la atención al poner en claro qué es lo fundamental para la noción de calidad en un contexto particular. Por ejemplo, al principio de una iniciativa en Sudáfrica para proveer servicios de salud dirigidos a los adolescentes, un panel de expertos nacionales e internacionales formalmente dialogaron con los jóvenes acerca de sus necesidades y expectativas de los servicios clínicos (Dickson y col. En prensa). Uno de los resultados de los grupos focales de adolescentes fue la definición de un conjunto de derechos y responsabilidades para los jóvenes. A medida que los estándares se introdujeron en clínicas piloto, se hizo claro que algunos miembros del personal tenían dificultades al trabajar con adolescentes. Se dieron talleres para clarificar valores para el personal de las clínicas, enfocados en la definición de los derechos y responsabilidades y estos ayudaron al personal a comprender cómo los adolescentes perciben la calidad de la atención de salud.

Recuadro 3.3 Un cambio de valores en Rusia

...Ya no hablamos más de un proyecto. Hablamos de una nueva manera de trabajar.

Palabras del Dr. Alesander Zoblin, Director del Departamento de Salud de Tver Oblast, en el lanzamiento de la implementación a gran escala de sistemas de atención rediseñados, luego de experiencias piloto exitosas.

Para información adicional, ver Ethier, en prensa.

En resumen, los valores organizacionales, cuando se expresan de manera explícita y concreta, pueden motivar al cambio, proveer dirección y energizar al personal. Los valores sirven como un conjunto de principios guía sobre los que los miembros de la organización pueden construir un compromiso con una visión compartida de la calidad.

Recuadro 3.4 Un cambio en las actitudes del personal en Sudáfrica

Se ha producido un cambio definitivo en las actitudes. Las personas que en el pasado han sido ignoradas en la cadena de mando están adquiriendo una voz y han sido escuchadas. Esto ha llevado a un tremendo crecimiento profesional y personal y ha derribado las barreras que muchas veces existen entre doctores, enfermeras y administradores... Existe más discusión entre pacientes y personal, y los pacientes empiezan a sentir que sus puntos de vista son tenidos en cuenta. Las enfermeras miran de manera más crítica sus actividades y las maneras de mejorar su desempeño. En lugar de quejarse sobre una situación, están ahora empezando a entender que es mejor identificar el problema y pensar en cómo resolverlo.

Licda. Joan Maher, Directora Asistente de la Unidad de Garantía de la Calidad y Acreditación de Kwa Zulú-Natal, sobre los cambios que se han producido en los hospitales en el proceso de acreditación de COHSASA.

Fuente: COHSASA 2000

3.2.4 Recursos

Llevar a cabo las actividades diarias necesarias para implementar las actividades de GC (ya sean actividades de mejoramiento de calidad, diseño y comunicación de estándares o monitoreo de resultados y medición de logros y mejoras) requiere recursos humanos, materiales y financieros. Los recursos incluyen tiempo del personal, útiles de oficina y transporte para las actividades de GC, así como recursos para el fortalecimiento institucional y

Recuadro 3.5 Los valores básicos que la experiencia de QAP ha señalado de críticos para la institucionalización de la GC

- ◆ **El trabajo en equipo:** La calidad no es producto de un solo individuo, sino producto del trabajo en conjunto y de la valoración del trabajo propio, así como el de los demás.
- ◆ **Confianza y respeto:** Uno de los principios de Deming es «echar el miedo fuera del lugar de trabajo.» La confianza y el respeto son elementos críticos para tener una comunicación abierta y honesta. Esto involucra un compromiso de apertura, escucharse mutuamente, y valorizar las opiniones de los demás.
- ◆ **Acceso oportuno a la información:** Las malas decisiones a veces son el resultado de la falta de acceso a la información. Compartir información dentro de una organización ofrece a las personas el conocimiento que necesitan para tomar decisiones informadas acerca de su trabajo y les permite «la gerencia basada en los hechos.» Practicar y modelar el concepto de compartir información organizacional convencerá a la gente de que la información es importante.
- ◆ **Perspectiva de sistemas:** Concentrarse en las maneras en que se pueden corregir los problemas para que la gente pueda hacer su trabajo más eficientemente, en vez de culpar a unos individuos. El problema, a veces, está en el sistema y no en una persona específica.
- ◆ **El aprendizaje organizacional y personal:** Se debe estimular al personal a tomar riesgos para mejorar el ambiente de trabajo. Los líderes y gerentes deben confiar que el personal sabe cómo encaja su trabajo en los valores de la organización, y facultar al personal para actuar y responder como sea necesario.
- ◆ **La excelencia enfocada en el paciente:** Un enfoque hacia los clientes implica un diálogo abierto con ellos sobre lo que ellos quieren y necesitan, lo que la organización está tratando de lograr, y lo que se podría hacer para mejorar las cosas.
- ◆ **Gerencia para la innovación:** Si una organización quiere mejorar la calidad, debe estar dispuesta a cambiar la manera en que trabaja, no solamente en términos de procesos, sino también en sus estilos de gerencia y liderazgo.
- ◆ **Responsabilidad pública:** Esto significa enfocarse en el futuro y en la búsqueda de la salud de la comunidad que está siendo servida. Parte de este valor es un liderazgo visionario.
- ◆ **Enfoque en resultados:** Crear valor en acciones emprendidas, midiendo el cambio y demostrando que el cambio ha causado suficiente mejoramiento.

Fuentes: Deming 1982; Ryunan y Oestreich 1998; Bunaldrige - Programa Nacional de la Calidad - 2001

comunicación para apoyar la implementación de la GC. La magnitud de los recursos necesarios puede variar a lo largo del tiempo, con mayores inversiones necesarias inicialmente mientras que se desarrolla la capacidad. Sin embargo, aun cuando la garantía de calidad se convierte en parte del trabajo de todos, se necesitarán recursos para llevar acabo actividades de GC, tales como tiempo del personal, fondos designados, materiales dedicados a la recolección e interpretación de datos, apoyo a los equipos de mejoramiento de la calidad y educación continua de los líderes en los métodos de la GC.

Muchos sistemas y organizaciones de salud cuentan con recursos severamente limitados para sus necesidades programáticas. En estos casos, la siguiente pregunta deberá formularse: Dentro de los límites de los recursos disponibles, ¿cómo pueden dichos recursos ser maximizados para alcanzar atención de calidad? Sin la GC, ¿puede asegurarse el uso efectivo y eficiente de los recursos actuales? La evidencia sugiere que los incrementos en la eficiencia y la efectividad como resultado de las iniciativas de mejoramiento de la calidad pueden reducir los costos de implementación (Atkinson 1990; Abdallah y cols. 2002).

Debido a que la institucionalización significa que la garantía de la calidad se ha convertido en parte integral de la estructura y funcionamiento de una entidad, una organización madura en GC puede no necesitar asignar recursos a una función o departamento de GC separado del resto. La GC eventualmente se convertirá en un elemento de la forma en que la gente hace su trabajo y será sostenida por los recursos destinados a fortalecer el desempeño en general. Inicialmente, sin embargo, pueden necesitarse inversiones específicas de recursos para desarrollar la capacidad técnica de la organización en la garantía de calidad.

3.3 Organización para la calidad: El desarrollo de una estructura para apoyar la implementación de la garantía de calidad

Aunque existe una fuerte tendencia a igualar el término «estructura» con un organigrama organizacional o con la cadena de mando, la organización de la calidad se refiere a la delineación de responsabilidades, autoridad y rendición de cuentas tanto por la calidad de la atención como por la implementación de la GC.

Organización para la calidad no debe entenderse como el equivalente a la creación de un programa vertical de GC con su propio personal y recursos que opera independientemente de otros programas. La *estructura* no se refiere al sentido físico de una oficina o departamento, sino más bien al mapeo de roles y responsabilidades que garantizan la calidad de la atención y la concomitante rendición de cuentas por la garantía de la calidad.

Debido a que cada organización es única en términos de sus componentes internos, y del ambiente político, técnico y económico donde opera, las funciones de GC pueden ser organizadas en más de una manera: ninguna estructura en particular es la correcta o la mejor. Las organizaciones en ambientes más centralizados estructurarán la GC de manera diferente de aquellas organizaciones que operan en ambientes más descentralizados. El desarrollo tecnológico, la capacidad de los recursos humanos y la situación económica también ejercerán influencia sobre la decisión de cómo organizarse para la calidad.

La estructura apropiada para implementar la GC podría ser una unidad especializada de GC dentro de la organización, un equipo de mejoramiento de la calidad basado en un hospital o centro de salud, un comité de calidad con representantes de varias divisiones o establecimientos, o una combinación de éstos. Más allá de la forma adoptada para organizarse para fomentar la calidad, es importante que los roles y responsabilidades estén formalmente definidas para la supervisión, dirección y coordinación de la garantía de la calidad, así como otras actividades relacionadas dentro de la organización.

La estructura o forma a través de la cual la GC se organiza e implementa podrá variar a lo largo del tiempo, a medida que el grado de institucionalización y madurez del esfuerzo de GC se incremente (ver el ejemplo en el Recuadro 3.6). Durante la fase inicial de la institucionalización de la GC, algunos individuos pueden ser asignados a la GC únicamente y trabajar con una unidad designada de GC, para aumentar la conciencia de la GC y resaltar su importancia para la organización. A medida que la GC se integra en la rutina de operaciones de la organización y la rendición de cuentas de la calidad de los resultados se va convirtiendo en integral, el tipo de coordinación y supervisión requerido puede cambiar, así como su ubicación. Las estructuras administrativas tradicionales pueden asumir la supervisión diaria de las actividades de la GC, y el rol de la unidad designada de GC puede hacerse más específico y técnico (tal como enfocarse en la elaboración de estándares). Por ejemplo, en Chile, luego de que las estructuras de GC en los servicios de salud descentralizados alcanzaron la madurez, el rol de la unidad de GC a nivel central pasó del entrenamiento y apoyo a los equipos de mejoramiento de

la calidad al de desarrollar estándares nacionales técnicos y herramientas de monitoreo de la calidad (Gnecco 1999).

Dado que la garantía de calidad puede ser implementada a cualquier nivel organizacional (establecimiento, red,

Recuadro 3.6 La evolución de la supervisión de la GC en Malawi

La organización para la calidad en Malawi demuestra como la estructura puede cambiar a lo largo del tiempo y como varios actores en el tema de la calidad pueden involucrarse. Durante las fases iniciales de desarrollo de un plan nacional de GC, se formó una Comisión Nacional de GC para planificar y dar seguimiento. Los miembros de este grupo incluyeron representantes del Ministerio de Salud y Población (MSyP), los organismos regulatorios (consejos de médicos y enfermeras), instituciones de enseñanza (escuelas de medicina, escuelas de enfermería y otras escuelas de profesionales de la salud), asociaciones profesionales, la Asociación Cristiana de Salud (establecimientos misioneros) y proveedores privados. El Consejo Médico servía de secretaría de la Comisión Nacional.

El éxito de varios programas piloto de mejoramiento de la calidad llevó a iniciativas en calidad al nivel de distrito, incluyendo la formación de comités de GC de distrito y de establecimientos. El centro de la organización de las actividades de GC pasó de nivel nacional a nivel de distritos. Los resultados concretos en cuanto a mejoras de la calidad de la atención en los siete distritos piloto llevaron a la decisión de reconstituir la Comisión Nacional de GC y asignar al Ministerio de Salud la responsabilidad de apoyarla. El equipo reconstituido incluyó a diferentes miembros y nuevas responsabilidades.

En mayo del 2001, la Comisión Nacional de GC desarrolló una visión de la calidad, una declaración de principios, términos de referencia y un plan de acción anual que fue validado por las autoridades del MSyP en un taller en Julio del 2001. El plan de acción claramente delineaba los nuevos roles y responsabilidades del equipo y planeaba una transición de responsabilidades a un comité nacional de GC. El plan también incluía fortalecimiento institucional del equipo y reconocía la necesidad de desarrollar un grupo de expertos en GC que pudiera proveer entrenamiento y capacitación a otros.

Para más información, ver Reinke y cols. 2001.

distrito, región, país), tres aspectos de la organización para la calidad son importantes, sin importar el tipo o nivel de la organización: *supervisión, coordinación y apoyo, y conducción de las actividades de la GC* (ver el Recuadro 3.7). Para cada uno de estos aspectos, los roles, responsabilidades y mecanismos de rendición de cuentas apropiados deben ser establecidos y delegados dentro del marco institucional. La verdadera estructura de la GC se manifiesta en cómo los roles y responsabilidades por el desempeño de actividades de GC se dividen y/o delegan dentro de la organización, cómo se implementan y si es que el personal se siente responsable por los resultados organizacionales (atención de alta calidad). A medida de que la GC se institucionaliza, cada individuo se hace responsable por los resultados y responsable por la calidad. Eventualmente, las responsabilidades por la GC se incorporarán en la descripción de funciones para cada miembro del personal, así como en el ámbito de trabajo de cada unidad organizacional. Sin embargo, individuos o grupos específicos deben ser los encargados de la supervisión, coordinación y apoyo a la GC, así como de conducir las actividades de garantía de calidad.

3.4 Funciones de apoyo

Como su nombre lo indica, las funciones de apoyo proveen «apoyo» para que el personal inicie y continúe las actividades técnicas de GC, y para que lo haga bien. Aquellos enfrascados en el día a día de la implementación requieren formas específicas de apoyo que van más allá de las discutidas previamente en el contexto de la estructura o el ambiente habilitador.

Los sistemas para asegurar *el fortalecimiento institucional de GC, la comunicación de los esfuerzos de GC, y el reconocimiento y la premiación del trabajo de calidad*, son de importancia crítica para que una organización vaya más allá de desempeñar la GC a través de actividades aisladas, hacia un estado de implementación continua de GC, entroncada en la ética de trabajo de la organización. Existen muchas otras funciones de apoyo, tales como la logística y el manejo financiero, pero estas tres funciones tienen particular importancia para la institucionalización de la garantía de calidad.

3.4.1 Fortalecimiento institucional

El fortalecimiento institucional engloba toda la gama de actividades que incrementan el conocimiento, las habilidades y la capacidad de GC: capacitación formal de GC, entrenamiento y acompañamiento en el trabajo, auto-

evaluaciones y evaluaciones de colegas, mejoramiento del desempeño y actividades de supervisión. Asegurar que el personal tenga el conocimiento y las habilidades necesarias para llevar a cabo sus responsabilidades de GC, y sepa cuándo y cómo utilizar de mejor manera dichas habilidades es vital para el desarrollo de un repositorio crítico de experiencia técnica, administrativa y de liderazgo en GC dentro de la organización.

El garantizar la calidad es más que la simple aplicación de métodos técnicos. Muchas veces requiere un cambio de conducta –aprender a trabajar de modo diferente. El enfoque tradicional de fortalecimiento institucional, a través de un solo entrenamiento en aula, probablemente será insuficiente; los modos de aprendizaje innovador y alternativo son útiles, incluso el aprendizaje participativo, basado en la competencia, así como la capacitación a distancia, y la práctica guiada en el trabajo.

Tres tipos principales de fortalecimiento institucional son necesarios para institucionalizar la GC: provisión de conocimiento básico de GC; apoyo técnico y acompañamiento permanente a medida que el personal implementa actividades de GC; y supervisión de los esfuerzos de GC del personal. Como se describe en el ejemplo de Tahoua, Níger, en el Recuadro 3.8, los tres tipos son parte de un movimiento continuo de apoyo que debe ser brindado al personal a medida en que éste emprende actividades de GC. Estas tres áreas de fortalecimiento institucional no son mutuamente excluyentes y pueden ser llevadas a cabo por un solo individuo o por un grupo de individuos trabajando en diferentes niveles.

De cualquier manera en que se realicen, la habilidad para llevar a cabo estas tareas de fortalecimiento institucional necesita ser desarrollada y mantenida a través de una masa crítica de individuos trabajando en la organización, a fin de sostener la garantía de calidad. (El Recuadro 3.9 detalla estos tipos principales de fortalecimiento institucional.)

3.4.2 Información y comunicación

La información y comunicación son críticas para los esfuerzos por expandir la GC y crear un ambiente de aprendizaje para la organización y la gente que trabaja en ella. La «información» en el contexto de apoyo a la GC se refiere a la recolección de experiencias y resultados de las iniciativas de mejoramiento y vigilancia de la calidad. La «comunicación» es el proceso de doble vía de interacción en el cual la información disponible se comparte en varias partes

Recuadro 3.7 Roles y responsabilidades claves en una estructura de garantía de calidad

Supervisión: Cualquier descripción de una estructura debe analizar donde se encuentra la responsabilidad por la supervisión de las actividades de GC. Dicha supervisión para la GC incluye liderazgo y apoyo político (desarrollar dirección estratégica, fijar prioridades, seguimiento, revisión del progreso), así como dirección técnica y monitoreo de los esfuerzos de GC. Las estructuras efectivas de supervisión pueden variar desde designar un administrador experimentado con conocimiento de la GC como responsable, hasta la creación de un cuerpo independiente de actores involucrados en la calidad de la atención, tanto dentro como fuera de la organización. Cualquiera que sea la forma, las responsabilidades por la supervisión y los resultados deben estar claramente definidas para implementar y sostener la GC de manera efectiva.

Coordinación y apoyo: La responsabilidad de asegurar y coordinar la implementación del día a día de las actividades de GC debe estar asignada, así como el mecanismo de rendición de cuentas. La estructura debe también definir la manera en la que los diferentes componentes y niveles del programa de GC se integran, y cómo éstos serán coordinados y sincronizados. Para las organizaciones más pequeñas, la coordinación entre las divisiones funcionales será clave. En organizaciones más grandes o en programas nacionales, la coordinación entre unidades geográficas, así como entre programas técnicos más amplios, será muy importante. En países con una estructura descentralizada para la administración de salud, la coordinación es crucial para el uso eficiente de los recursos.

Conducir actividades de GC (definición, medición y mejoramiento de la calidad): La implementación sustentable de la GC requiere una delineación clara de tareas específicas, líneas de supervisión y rendición de cuentas por los resultados, así como de asignación de tiempo del personal para su participación en la GC. Finalmente, la implementación de la GC deberá ser parte y parcela de las responsabilidades de trabajo y las expectativas de desempeño de cada individuo y grupo. La naturaleza de las actividades de GC variará, dependiendo del nivel y complejidad de la organización. Para las organizaciones con más responsabilidades estratégicas y de mayor ámbito, el enfoque de la implementación de la GC estará en funciones de monitoreo y regulación, tales como la acreditación, el desarrollo de estándares de calidad y la vigilancia de la calidad. Para las organizaciones más pequeñas o las unidades operativas dentro de organizaciones, el énfasis estará en el mejoramiento de la calidad y la adaptación local de estándares.

Recuadro 3.8 El fortalecimiento institucional en Tahoua, Níger

QAP proporcionó asistencia técnica de largo plazo al Departamento de Salud de Tahoua - Níger, para institucionalizar la GC en la administración descentralizada de los servicios de salud en la región. El entrenamiento y la capacitación fueron las estrategias centrales usadas para lograr que los trabajadores de la salud a nivel regional, de distrito y de establecimiento aplicaran los conceptos y métodos de garantía de calidad.

El proyecto de garantía de calidad de Tahoua en primer lugar entrenó a los trabajadores de la salud que habían sido seleccionados para los equipos regionales y de distrito de mejoramiento de la calidad en cada uno de los siete distritos de la región. El entrenamiento brindó a los participantes un marco conceptual y las habilidades para resolver de manera sistemática los problemas relacionados con la calidad, usando métodos adaptados a las condiciones locales. Durante los talleres de entrenamiento, los participantes escogieron un problema, escribieron una definición y empezaron a analizar de manera preliminar el problema.

El asesor residente de QAP proporcionó apoyo a los equipos y visitó a cada equipo para motivar a los miembros y ayudarlos a aplicar la metodología de mejoramiento de la calidad. Este seguimiento y apoyo fue un insumo crítico para fortalecer la capacidad de los equipos para avanzar a lo largo del ciclo de resolución de problemas, ya que la GC requería actitudes y habilidades muy diferentes de las que los trabajadores de la salud de Tahoua acostumbraban tener. Los supervisores y miembros de los equipos de administración de distrito también fueron capacitados en técnicas de facilitación y trabajo de grupo, con el fin de permitirles entrenar y apoyar a los equipos de mejoramiento de la calidad al nivel de los establecimientos.

Fuente: QAP, sin fecha

de la organización, con el personal de la organización, con las comunidades atendidas y con otros actores, incluyendo a las autoridades encargadas de formular políticas. La información y la comunicación refuerzan los valores básicos y permiten la identificación de áreas prioritarias para actividades de mejoramiento de la calidad, el reconocimiento de esos esfuerzos y la demostración de resultados con el propósito de promover la expansión de la GC.

Recuadro 3.9 Los tres tipos de fortalecimiento institucional en la garantía de calidad

Desarrollo de una capacidad básica de GC: La institucionalización de la GC requiere que los proveedores y administradores reciban capacitación continua y desarrollen sus habilidades en técnicas y métodos de GC. Si es apropiado, la habilidad de coordinar actividades de GC también deberá ser incluida en la capacitación. El desarrollo de capacidades básicas de GC deberá ser integrado en los sistemas de entrenamiento previo y continuo. Las actividades de capacitación pueden realizarse en el lugar de trabajo o fuera de él, en el contexto del trabajo, o utilizando el aprendizaje a distancia. Las necesidades del personal irán cambiando a lo largo del tiempo, por lo cual el entrenamiento deberá ser diseñado a la medida de la evolución de las responsabilidades de GC y sus necesidades relacionadas. La experiencia de QAP ha demostrado que el entrenamiento es más efectivo cuando es «justo a tiempo», es decir, en el momento en el que el personal y los proveedores lo necesitan.

Facilitación y guía permanentes: La facilitación y guía permanentes proveen apoyo técnico y estímulo continuo para inducir los cambios de conducta necesarios para llevar a cabo y sostener actividades de GC en el ambiente de trabajo rutinario, mientras que al mismo tiempo anima el desarrollo de una «cultura de la calidad». El término «facilitador» se refiere a un individuo que está bien familiarizado con las técnicas y principios de GC y puede proveer apoyo técnico en el sitio de trabajo al personal que implementa las actividades de GC. En contraste, un «mentor» o «guía» es alguien que actúa como guía o consejero. Un mentor no necesariamente tiene que ser un experto de GC, pero debe ser capaz de reconocer cuándo sería útil la intervención o especialización adicional y facilitar la conexión con la persona adecuada para el efecto.

Supervisión: El personal necesita apoyo y corrección a medida que emprende actividades de GC. Lograr una supervisión habilitadora de la GC requiere subrayar el rol de facilitador de la supervisión, asegurar que los supervisores tengan una base de conocimientos de GC y enseñar a los supervisores a observar, evaluar una situación y proveer retroalimentación inmediata para mejorar el resultado.

El asegurar un flujo oportuno y adecuado de información es crítico para una implementación efectiva de la GC y por ende, para la mejora de la calidad de la atención. Los mecanismos formales para asegurar la comunicación de nuevos estándares, políticas y esfuerzos de mejoramiento, incrementan la probabilidad de aceptación y cumplimiento de dichas actividades de GC. La comunicación refuerza la noción de que la GC es un asunto de todos, de que los éxitos deben publicitarse y de que las lecciones deben ser compartidas, incluso cuando las cosas no salen de acuerdo a lo planeado.

El apoyo eficaz en comunicación e información para las actividades de GC incluye:

Registro de las mejoras y cambios, usando tanto datos para demostrar los resultados logrados, como historias sobre cómo se obtuvieron dichos resultados (ver el ejemplo en el Recuadro 3.10).

Compartir lo que se ha logrado, y cómo fue hecho con el personal de la organización, la comunidad a la que se sirve y otros que pudieran aprender de ello y motivarse a mejorar sus propios servicios (ver Recuadro 3.11).

Usar los resultados para promocionar cambios en las políticas y la disponibilidad de los recursos: cuando las actividades están bien documentadas con datos, es más fácil convencer a los que toman decisiones.

Cuando la GC se institucionaliza, la organización se transforma en un ambiente de aprendizaje. Sin embargo, sin acceso a la información, es difícil aprender, así que recolectar y comunicar información son funciones de apoyo esenciales.

Recuadro 3.10 Análisis de los datos de cumplimiento de estándares en Ecuador

Como parte de una intervención de GC para mejorar el cumplimiento de estándares de atención materno-infantil, datos sobre el cumplimiento mensual de estándares se exhiben en las áreas públicas de cada hospital para ser vistos por el personal y los clientes. Las discusiones mensuales del personal acerca de la tendencia de cumplimiento con los estándares han generado auto-supervisión colectiva, dando la oportunidad para discutir las causas de los problemas y las soluciones potenciales, así como incrementar la conciencia entre el personal acerca de su rol en el mejoramiento de la calidad.

Hermida y Robalino.2002

3.4.3 Reconociendo y premiando al trabajo de calidad

Además de tener la capacidad de implementar actividades de garantía de calidad y de tener información disponible sobre qué puede lograrse, el personal también necesita ver

Recuadro 3.11 Facilitando el flujo de información y compartiendo lecciones en Chile

La unidad nacional de calidad en el Ministerio de Salud Pública (MSP) en Chile ha jugado el rol principal para coordinar la diseminación de la información sobre las intervenciones de GC, y de los resultados de las actividades para mejorar la calidad, llevadas a cabo en los Servicios de Salud. Los enfoques usados incluyen:

«El Mes de la Calidad de Atención de Salud» a nivel nacional: Desde 1994, el MSP ha designado Octubre como «El Mes de la Calidad de Atención de Salud» para estimular a los profesionales de salud en todo el país a reunirse, para compartir los éxitos y promocionar la calidad a través de eventos especiales.

Boletín Bi-mensual: Durante los primeros tres años del programa, la unidad de calidad publicó y distribuyó en todo el país un boletín informando sobre los adelantos de los proyectos locales para mejorar la calidad, actividades de entrenamiento, y formación de los comités de la calidad. El boletín dejó de ser publicado en 1995, porque la circulación había crecido demasiado y se terminaron los fondos. En su lugar, el equipo central ahora contribuye información sobre la GC a los boletines publicados en las regiones de salud.

Centro Nacional de Recursos: Dentro de la unidad de calidad, hay un centro de recursos sobre métodos y experiencias de GC. Los materiales están disponibles a los monitores y equipos de calidad en todo el país, y a grupos auto-organizados de estudios de la GC.

Conferencia Nacional de Garantía de la Calidad: Desde 1995, el MSP ha patrocinado una conferencia anual donde se destacan presentaciones por parte de proyectos para mejorar la calidad, planes regionales de calidad, y discusiones técnicas de temas de la GC. La participación promedio es de 250 participantes, representando los servicios de salud, las universidades, y el sector privado.

Gnecco et al. 1999

que sus esfuerzos de GC son importantes para el liderazgo de la organización y para las comunidades atendidas. El brindar reconocimientos o premios individuales, grupales u organizacionales puede reforzar el interés en la tarea de GC y ayudar a sincronizar los valores del personal con los valores organizacionales relativos a la calidad.

Toda organización tiene implícitos, si no explícitos, incentivos que influyen en la conducta del personal. La institucionalización requiere el desarrollo de mecanismos para estimular y premiar a los trabajadores por esforzarse en proveer servicios de calidad. Los incentivos pueden ser materiales –tal como en el caso de Zambia, donde algunos distritos premiaban a su mejor personal con bicicletas o máquinas de coser— o no materiales –como en el caso de reconocimiento público al personal. En Costa Rica y Níger, los mejores equipos de GC fueron seleccionados para asistir a una conferencia, sirviendo así el doble propósito de premiar al personal mientras se fortalecían sus habilidades. Estas prácticas elevan la autoestima del personal y animan sus esfuerzos continuos.

Existen muchas maneras de reconocer y premiar a los individuos y a los equipos por sus esfuerzos de mejoramiento de la calidad que no necesariamente requieren recursos adicionales: resaltar el trabajo de los equipos de mejoramiento de la calidad en reuniones o publicaciones, reconocer públicamente a un «empleado del mes» por su enfoque en el cliente, hacer exhibiciones de los esfuerzos de GC en los establecimientos de atención de salud y homenajear a los individuos y equipos con premios simbólicos. Los esfuerzos de mejoramiento de la calidad, el compromiso con las metas de la GC y el trabajo de calidad también pueden ser reconocidos a través del sistema normal de evaluaciones.

Recompensar el trabajo de calidad también puede hacerse a través de intervenciones de más alto nivel, tales como cambios en los sistemas de financiación o las políticas de administración de recursos humanos en el sector público (ver el ejemplo en el Recuadro 3.12).

El personal también encuentra gratificación cuando los administradores eliminan los obstáculos o barreras a la calidad. Por ejemplo, las

Recuadro 3.12 Recompensa a los altos niveles de calidad y cobertura en Ecuador

En el 2000, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) introdujo el «Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia», para mejorar la atención a madres y niños y garantizar el acceso gratuito a los servicios y así disminuir la barrera económica a los servicios básicos de salud. Una característica importante de este programa fue la de cambiar el mecanismo por el cual los distritos de salud son financiados e introducir un incentivo financiero para que los distritos provean servicios materno-infantiles específicos, tales como consultas prenatales, partos normales, manejo de complicaciones obstétricas, planificación familiar y atención a niños menores de cinco de años.

A más de asignar fondos a través de presupuestos anuales, bajo el nuevo programa, el MSP paga a los distritos de salud participantes basándose en el número de servicios prioritarios atendidos y en el cumplimiento de estándares de calidad en la provisión de dichos servicios. Los términos del pago y los estándares de calidad se definen a través de convenios entre la Unidad de Coordinación del Programa de Maternidad Gratuita a nivel nacional y la municipalidad en la que se encuentra el distrito. Los equipos de calidad en los establecimientos monitorean y mejoran de manera continua el cumplimiento de aproximadamente 30 estándares clínicos de salud materno-infantil una o dos veces al mes, bajo la supervisión de los equipos de administración al nivel de distrito y la oficina provincial del MSP. Los establecimientos también miden de manera regular la satisfacción del cliente a través de entrevistas a la salida del establecimiento, hechas por miembros de la comunidad.

En el 2002, el programa de Maternidad Gratuita propuso dos nuevos elementos en el esquema de pagos, con el fin de premiar la atención de calidad centrada en el cliente. Primero, el MSP pagaría un 2% adicional sobre la tarifa acordada a los distritos que logren niveles particularmente altos de calidad, cobertura y satisfacción del cliente. Los datos sobre cumplimiento de los estándares clínicos de calidad y niveles de cobertura determinarían la elegibilidad para el pago adicional. En segundo lugar, los comités de usuarios (conformados por clientes de los establecimientos dentro del distrito) revisarían la información sobre la calidad de la atención, incluyendo la satisfacción del cliente, y harían recomendaciones acerca del pago del incentivo.

Después de más de un año de pruebas piloto en ocho distritos, el componente de GC está siendo progresivamente extendido a todo el país. Un tercio de las 217 municipalidades del Ecuador ha firmado convenios con el Programa de Maternidad Gratuita. Se espera la introducción del pago adicional y la revisión por parte de los comités de usuarios durante el 2003.

Fuente: Jorge Hermida, comunicación personal con L. Márquez, Septiembre del 2002.

cuotas en el número de pacientes que un proveedor debe atender pueden desanimar el cumplimiento de guías clínicas o una atención adecuada al paciente. Al reducir estas cuotas, los empleados tienen la oportunidad de experimentar la satisfacción de proveer atención de calidad. De manera similar, la falta de respuesta de la administración a las sugerencias del personal para el mejoramiento de la calidad desanimará al personal de hacer nuevas sugerencias. Reconocer y recompensar la calidad requiere que los administradores identifiquen y reduzcan o eliminen las barreras a la calidad en todos los niveles de la organización.

3.5 Conclusión

Estos ocho elementos esenciales –políticas, liderazgo, valores básicos, estructura, fortalecimiento institucional,

información y comunicación, y reconocimiento al trabajo de calidad– son clave para entender qué se necesita para sostener las intervenciones de garantía de calidad y el mejoramiento continuo de la calidad de la atención de salud.

El marco conceptual aquí presentado describe los elementos internos alrededor de los cuales una organización debe enfocar sus esfuerzos para institucionalizar la garantía de la calidad. Estos elementos no aparecen de manera espontánea, cada uno debe ser desarrollado y alimentado. La institucionalización de la garantía de calidad requiere de una visión a largo plazo, pues puede ser un proceso largo y en ocasiones, complejo. La Sección 4 describe el proceso dinámico por el cual atraviesan las organizaciones a medida que se embarcan en el camino de la institucionalización de la garantía de calidad y la calidad continua de la atención de salud.

4 Un plano para comprender el proceso de la institucionalización

4.1 La institucionalización de la garantía de calidad como un proceso

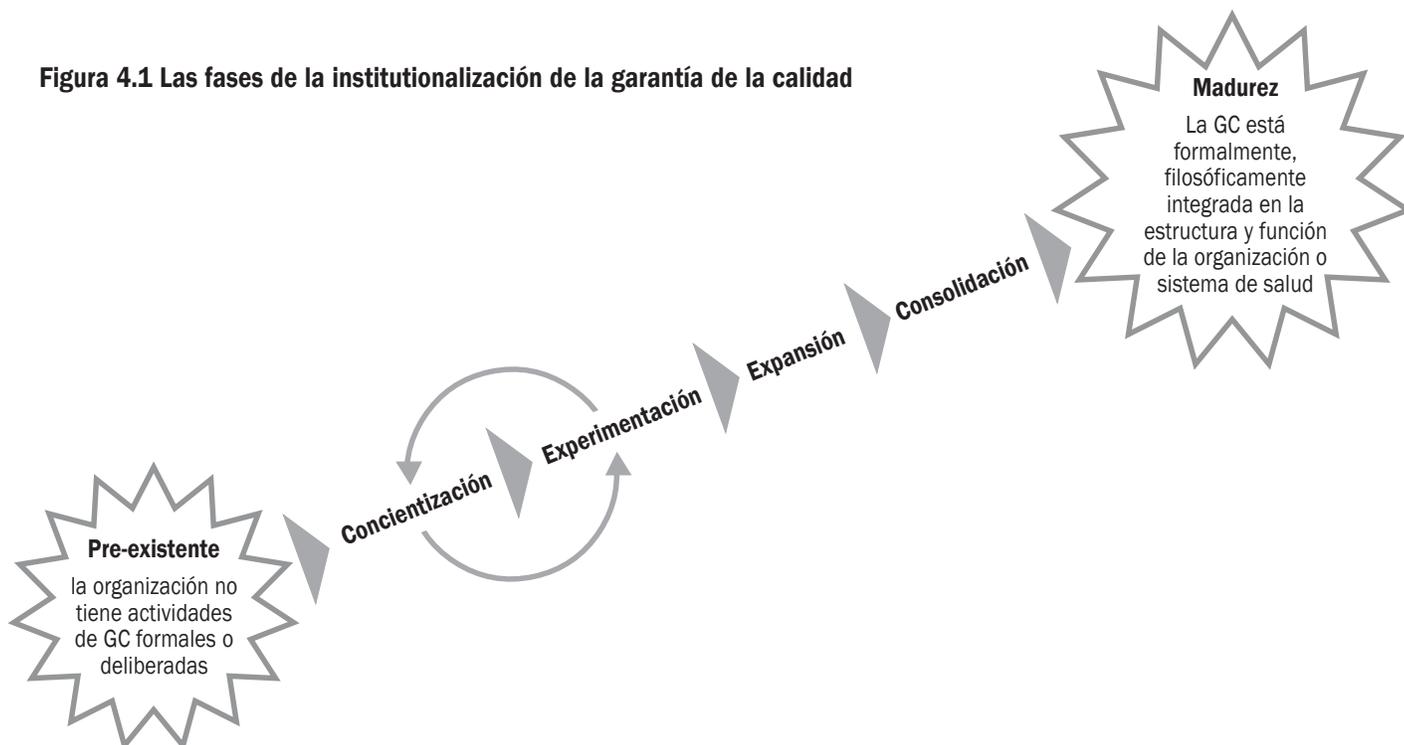
La sección previa se enfocó en los ocho elementos esenciales para institucionalizar la GC y cómo se ven cuando se institucionaliza la GC; en otras palabras, fue una descripción estática de su «estado final.» En realidad, la institucionalización de la GC es un proceso evolutivo, donde los cambios organizacionales ocurren en forma continua mientras que la GC está integrada formal y filosóficamente dentro de la estructura y funcionamiento de una organización. Esta sección examina este proceso de institucionalizar la GC dentro de una organización entera sin mirar a cada elemento individualmente (como se notó antes, una organización puede ser un establecimiento, una red de centros de salud, un distrito, o un sistema regional o nacional). En la próxima sección, se presenta por separado el proceso para cada elemento.

El proceso de institucionalización puede ser descrito como un pasaje a través de una serie de fases, entre un estado inicial de pre-concientización de la GC y el estado

final de madurez de las funciones y estructura de la GC. QAP ha identificado cuatro fases principales de transición: concientización, experimentación, expansión, y consolidación. Las fases y sus descripciones fueron derivadas de la experiencia de QAP en sistemas de salud en países en desarrollo, y son consistentes con los conceptos de la literatura del desarrollo organizacional (Renzi 1996; Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional 2000). Las características, estrategias, y actividades representadas para cada fase son ilustrativas y no tienen la intención de ser prescriptivas.

Aunque la institucionalización es una transición continua, el sub-dividirla en cuatro fases distintas ayuda a proyectar el proceso que las organizaciones probablemente experimentarán. Este plano puede ayudar a las organizaciones de atención de salud a evaluar su propio nivel de desarrollo de la GC, y tomar decisiones (de recursos humanos, financieras y técnicas) sobre la mejor manera de promover el avance de su organización hacia la incorporación de la GC como parte de las operaciones diarias.

Figura 4.1 Las fases de la institucionalización de la garantía de la calidad



Cuadro 4.1 Las características de las fases de institucionalización, estrategias y signos de progreso

Fase	Características Ilustrativas	Estrategias o Actividades Potenciales	Signos de Progreso
Concientización	Quienes toman decisiones son más concientes de la necesidad de aplicarse en forma sistemática a mejorar la calidad de atención.	Demostrar la necesidad de mejoría (usando datos sobre la calidad, encuestas en las comunidades, medios publicitarios). Crear una conciencia GC a través de comparación formal e informal con puntos de referencia. Comunicar a los clientes que no puede haber mejoría sin algunos cambios.	Una decisión deliberada por parte de la organización, para explorar la GC como un mecanismo para mejorar la calidad de atención.
Experimentación	La organización experimenta con los enfoques de GC para aprender y documentar que la GC conduce a una mejor atención.	Implementar actividades o ensayos de GC en menor escala. Desarrollar mecanismos para la difusión de los resultados de GC y las lecciones aprendidas.	El apoyo del liderazgo y/o una decisión formal para desarrollar una estrategia organizacional para la GC.
Expansión	La organización incrementa en forma estratégica las actividades de GC en escala y ámbito. La organización aumenta su capacidad para llevar a cabo las actividades de GC.	Desarrollar una estrategia para la expansión de GC (Ej. Definir prioridades, establecer metas, planificar la implementación). Construir capacidad y desarrollar el liderazgo para la GC. Compartir resultados e innovaciones.	Existencia de mejoras en la calidad demostrada como consecuencia de las actividades de la GC. Consenso entre tomadores de decisiones de que la GC amerita continuación.
Consolidación	Las organizaciones simultáneamente fortalecen y sujetan las actividades existentes de GC dentro de las operaciones rutinarias, mientras que se pone atención a las actividades retrasadas o inexistentes.	Identificar los elementos esenciales que hacen falta o las actividades de GC retrasadas y tomar las medidas correctivas. Aumentar la coordinación de la estrategia y de las actividades de GC. Apoyar el establecimiento de un ambiente de aprendizaje.	Implementación completa de un conjunto equilibrado de actividades de GC, integrado dentro de las responsabilidades rutinarias en toda la organización.

4.2 Las fases de la institucionalización

Las fases de la institucionalización reflejan el grado de compromiso y capacidad institucional para cumplir con la GC y el alcance hasta el cual las actividades de la GC son implementadas dentro de la organización. La Figura 4.1 representa las fases por las cuales pasa una organización mientras que avanza hacia una madurez de la GC, cuando la GC es formal y filosóficamente integrada dentro de la manera en que funciona una organización. Aunque la figura representa el progreso a través de las fases en forma lineal, por diferentes razones, es posible que el progreso requiera volver a una fase anterior. Además, algunas fases (Ej., concientización y experimentación) a veces pueden suceder simultáneamente o de manera iterativa, como se indica con las flechas curvas.

En el Cuadro 4.1, se hace una lista de las características, estrategias y signos de progreso para cada fase. Los líderes y administradores de las organizaciones pueden usar este cuadro para determinar dónde se ubica su organización en la transición continua hacia la institucionalización, ya

sea como un todo o a nivel de cada elemento esencial. La descripción de las estrategias y actividades potenciales en cada fase provee una guía para planear cómo dirigirse de la manera más eficiente hacia la madurez de la GC, ayudando a los líderes a visualizar hacia donde debe ir la organización y cómo llegar.

Las siguientes secciones describen en mayor detalle el estado de pre-concientización, las cuatro fases de transición, y el último estado o meta, madurez. Para cada fase, se presentan las estrategias posibles y signos de progreso para avanzar hacia la siguiente fase.

4.3 Pre-concientización

Como indica el término, «pre-concientización» no es una fase de la institucionalización de la GC; sino, el estado pre-existente de la organización antes de que se comience a implementar cualesquier esfuerzo formalizado o deliberado de GC. Intentos aislados para mejorar la calidad suceden muy a menudo en este estado: es difícil imaginar una

organización de salud donde nadie haya hecho algún intento de mejorar la calidad de atención (Ej., los intentos de un oficial de distrito de salud de mejorar la calidad de atención a través del envío del personal para entrenamiento en servicio). La pre-concientización se caracteriza por actividades esporádicas, individuales e informales, en vez de ser parte de un programa deliberado y formal de GC. Éxitos aislados de GC llegan a ser conocidos, creando un impulso dentro de una organización para tomar en cuenta la GC; así, la organización entra en la fase de concientización.

4.4 La fase de concientización

La fase de concientización es el primer paso en el camino hacia la institucionalización de la GC. Individuos con influencia (especialmente tomadores de decisiones clave) toman conciencia de la necesidad de mejorar la calidad de atención, y de la posibilidad de hacer algo deliberado y sistemático acerca de ella. El ímpetu para esta concientización podría surgir de la experiencia particular con problemas de calidad, un éxito aislado con GC durante la pre-concientización, discusiones con actores interesados clave, participación en entrenamientos o conferencias, quejas y presión por parte de las comunidades o clientes, u otras fuentes. Durante esta fase, administradores de rango superior, encargados de la adopción de políticas, y actores interesados clave (incluyendo proveedores) adquieren conocimiento de e interés en la GC, al tiempo que están cada vez más insatisfechas con la atención actual.

Las estrategias para aumentar la concientización organizacional de GC aspiran a incrementar la exposición a las necesidades percibidas para una mejor calidad de atención, y a expandir la familiaridad con los enfoques de garantía de calidad. Los ejemplos incluyen pero no son limitados a:

- ◆ Uso de datos comparativos para mostrar la necesidad de mejoramiento, es decir, comparar los indicadores de la situación de salud para la población atendida por la organización, con estadísticas regionales, nacionales, o internacionales.
- ◆ Examinar y discutir incidentes críticos, tales como una muerte que podría haber sido evitada u otra tragedia en la organización.
- ◆ Llevar a cabo sesiones formales o informales de sensibilización en GC para una variedad de clientes y líderes organizacionales para introducir los enfoques de la GC en salud.
- ◆ Comparar con puntos de referencia (a través de visitas a establecimientos de otras organizaciones o países) para

aumentar la conciencia con respecto a «otras maneras de hacer las cosas» que podrían ser más efectivas.

- ◆ Evaluar el nivel de calidad para demostrar el estado actual de atención que provee la organización.

El signo principal de progreso organizacional para avanzar a la fase de experimentación es la decisión deliberada por parte de la organización o sistema de explorar el uso de la GC como medio de mejorar la calidad de atención.

4.5 La fase de experimentación

Esta fase se caracteriza por el inicio de actividades específicas de GC por parte de la organización y el ensayo de varios enfoques de GC para aprender de las experiencias, mientras que se desarrolla las evidencias (documenta los resultados) para comprobar que la GC sí hace una diferencia y conduce a mejoras en la calidad de la atención.

Las estrategias más usadas durante la fase de experimentación incluyen:

- ◆ La implementación de actividades de GC en menor escala o ensayos para demostrar resultados y «aprender haciéndolo.»
- ◆ Documentación de las experiencias de estos esfuerzos en menor escala, en términos de resultados y estableciendo los procesos para el aprendizaje organizacional.
- ◆ Desarrollo o fortalecimiento de mecanismos para la difusión e intercambio de experiencias y conocimientos de GC.

Las fases de concientización y experimentación a veces se superponen. En algunas organizaciones, estas fases pueden suceder en forma concurrente en diferentes partes o niveles de la organización, en vez de consecutivamente. El resultado combinado de estas dos fases es la decisión de la organización de adoptar la GC como una estrategia organizacional y extender su implementación. En Malawi, las estrategias de concientización fueron implementadas y seguidas por un periodo de experimentación en nueve establecimientos piloto, pero ciertos clientes todavía necesitaban mayor concientización para estar listos a apoyar estrategias organizacionales para institucionalizar la GC.

Al final de la fase experimental, existe suficiente impulso para que la organización avance a la fase de expansión. Signos de tal progreso incluyen un aumento en el apoyo del liderazgo y una decisión formal de desarrollar una estrategia organizacional para la GC. Esta decisión indica que la organización tiene suficiente conocimiento y experiencia con la GC para estar convencida de sus beneficios y comprometerse a extender la GC dentro de la organización.

4.6 La fase de expansión

Como el nombre lo indica, la característica más obvia de esta fase es la expansión en la implementación de las actividades de GC. Esta fase no es simplemente un aumento a escala en las actividades o una reproducción directa de los resultados positivos a través de la organización, sino más bien la expansión estratégica de la implementación de GC, basada en los conocimientos y experiencias adquiridas en las fases previas. La expansión puede ser geográfica, pero también puede ser una expansión en ámbito (tomando parte en más tipos de actividades de GC) o en cobertura (cubriendo un rango más amplio de tipos de locales o departamentos). Otras características de esta fase son una creciente capacidad organizacional para llevar a cabo actividades de GC y el desarrollo/uso de una estrategia formal de GC que incluye prioridades y planes de implementación. El aprendizaje y experimentación de cosas nuevas continúa en la fase de expansión.

Las estrategias más usadas durante la fase de expansión son aquellas que facilitan una implementación extendida, tales como el desarrollo de capacidades en GC, la difusión de innovaciones y resultados, y el desarrollo del liderazgo. Dos signos clave de progreso organizacional para avanzar a la fase de consolidación incluyen: la existencia de mejoras demostradas en la calidad de atención como resultado de la estrategia/actividades de GC; y un consenso, entre los tomadores de decisiones y actores interesados, de que la GC amerita prolongación y más consolidación.

4.7 La fase de consolidación

El límite entre las fases de expansión y de consolidación es apenas perceptible. Cuando las estrategias de expansión han sido emprendidas, pueden precipitar o promover la necesidad de hacer inventario de las actividades de GC, anunciando un periodo de revisión, mejoramiento, ajuste, y coordinación. Durante la consolidación, la organización está simultáneamente fortaleciendo y anclando las actividades y programas existentes de GC en operaciones rutinarias; y ampliando el esfuerzo en GC al enfocar actividades retrasadas o ausentes.

Así, la consolidación es el sucesor natural de la expansión. Por ejemplo, durante la fase de expansión, podría darse un énfasis desproporcionado en ciertos elementos esenciales, mientras que otros son descuidados. Del mismo modo, una actividad de GC (Ej., elaboración de estándares) puede ser extendida exitosamente en ámbito o geografía, mientras que otra (Ej., medición de cumplimiento) puede hacer falta. Durante la consolidación, la organización aspira a iniciar cualesquier actividad básica de GC previamente no

explotada y fortalecer los elementos esenciales más débiles. De esta manera, las estrategias clave para la fase de consolidación son enfocadas en el mejoramiento y el equilibrio, para asegurar que todos los elementos esenciales y actividades básicas de GC sean desarrolladas plenamente y aumentadas a la escala de toda la organización. Las estrategias de consolidación aseguran la plena implementación de los planes de GC y la continuidad de los beneficios logrados durante la expansión. La manifestación de la madurez de una organización es la plena implementación de un conjunto equilibrado de actividades de GC, que cubre la organización entera y es integrado dentro de las responsabilidades de todo el personal.

4.8 Madurez: Calidad sostenida y una cultura de calidad

La madurez no es una fase sino, mejor dicho, un estado donde la GC es formal y filosóficamente integrada dentro de la estructura y las funciones de la organización. Con la madurez, GC es una parte integral de las operaciones del día a día en todos los niveles. Los valores de la organización, liderazgo, políticas, y recursos refuerzan una cultura de calidad filosófica y práctica. Otros signos de la madurez son la plena implementación de un plan equilibrado de GC que incluye las tres actividades básicas de GC (definir la calidad, medir la calidad, y mejorar la calidad). Además, cada elemento esencial también ha llegado a un estado de madurez, asegurando así que la organización puede sostener la calidad de atención de salud proporcionada.

4.9 Conclusión

La institucionalización de la GC es un proceso a través del cual una organización integra un enfoque sobre la calidad dentro de cómo se define a sí misma y su misión. En las páginas previas, se describen las varias fases de la institucionalización de la GC dentro de las cuales una organización o sistema de salud puede encontrarse. Los elementos importantes de la organización necesarios para la institucionalización también se desarrollan a través de estas mismas series de fases. Al igual que la institucionalización misma no es un proceso lineal, el desarrollo y maduración de cada uno de los ocho elementos esenciales puede, o no, ser sincronizado. El nivel general de institucionalización de la GC dentro de la organización, depende de qué tan bien cada uno de los ocho elementos esenciales haya sido desarrollado. En la Sección 5, se habla del proceso de institucionalización para cada uno de los elementos esenciales y se proponen estrategias para facilitar el progreso a través de cada fase.

5 Hacia la institucionalización: Elemento por elemento

LA institucionalización de la GC es un proceso complejo, tal como la institucionalización de cualquier cambio en la manera de operar de una organización. Todos los ocho elementos esenciales de la GC contribuyen a la capacidad de una organización a institucionalizar la GC, sin embargo el grado de desarrollo de cada elemento esencial varía dentro de una organización y variará con el tiempo. Cada elemento tiene que pasar por la misma serie de fases de transición por las que pasa la institucionalización misma de la GC: es improbable que una organización que se lanza a la GC pueda desarrollar todas las políticas, liderazgo, valores, estructura, y funciones de apoyo de golpe. Esta sección trata sobre cómo cada elemento puede progresar desde su estado actual hasta la madurez, para contribuir plenamente a los esfuerzos generales de la organización para institucionalizar la GC. Al igual que la visión de conjunto provee una guía para la planificación y evaluación global, el examen individual de cada elemento provee ideas concretas sobre cómo facilitar su desarrollo.

En el Cuadro 5.1, se describe, para cada elemento, las condiciones que señalan que la organización está lista para avanzar hacia la siguiente fase de institucionalización. Las organizaciones podrían usar este cuadro para evaluar su estado actual dentro de la transición continua, para cada elemento, con respecto a cada fase del desarrollo de la GC, e identificar donde deben enfocarse los siguientes esfuerzos de institucionalización de la GC.

El Cuadro 5.2 provee una ilustración de cómo se vería el estado de cada elemento esencial en una organización hipotética. La sombra en cada celda muestra, en un punto particular del tiempo, la fase a la cual ha llegado la organización hipotética en el proceso de institucionalización para ese elemento esencial. El observar el progreso de cada elemento en relación a los demás, permitiría a la organización entender hasta qué punto el desarrollo de la GC es equilibrado y completo. De acuerdo con este ejemplo, sería apropiado que la organización concentre actualmente mayores esfuerzos en desarrollar el elemento esencial de «reconocimiento al trabajo de calidad» como su primera prioridad, para después fortalecer las políticas, valores básicos, e información y comunicación. Con el tiempo, la organización debería valorar de nuevo la fuerza de cada elemento, revisar el cuadro, y tomar medidas para fortalecer los elementos más débiles.

En las próximas páginas se discute en forma individual cada elemento esencial, describiendo su rol en facilitar la institucionalización de la GC y cómo cada elemento se desarrolla en el camino hacia la madurez. Un cuadro contiene sugerencias sobre posibles actividades que la organización puede emprender para desarrollar cada elemento y acercarse más a la institucionalización de la GC. Estas estrategias no deben ser vistas como prescriptivas; sino como ilustrativas y con la intención de fomentar nuevas ideas. La abundancia de información sirve como fuente de referencia exhaustiva, y no como un manual de «saber hacer»; los lectores pueden encontrarlo útil como referencia para las fases específicas y los elementos esenciales más relevantes para ellos en un momento dado, pueden basarse en una auto-evaluación usando el Cuadro 5.1.

5.1 Políticas

Las organizaciones tienen políticas establecidas internamente, a cada nivel, para guiar los esfuerzos de la organización. Las políticas de GC proporcionan un marco y metas para el desarrollo de los esfuerzos de GC dentro de una organización. Definen el mandato de la GC dentro de la organización y sirven como guía para fijar los objetivos, distribuir los recursos, e implementar las actividades para asegurar la calidad de atención de salud.

Mientras que el elemento esencial: *Políticas* puede ofrecer una orientación vital para los esfuerzos de GC en una organización, el desarrollo de declaraciones de dichas políticas no es necesariamente muy efectivo para iniciar actividades de GC en un país. Las declaraciones de políticas, por sí solas, sin estructuras de apoyo ni personal facultado y motivado para emprender la GC, no son suficientes para hacer funcionar la garantía de la calidad. Del mismo modo, los esfuerzos para legislar o decretar la calidad, en la ausencia de condiciones para emprender y sostener las actividades de GC, están condenados a fracasar. En consecuencia, el desarrollo de políticas explícitas de GC a nivel nacional, como se ilustra en el caso de Malasia en el Recuadro 5.1, a veces sucede años después de que esfuerzos mayores de GC estén en marcha, permitiendo, así, que la organización desarrolle políticas basadas en su propia experiencia.

Cuadro 5.1 La evolución de los elementos esenciales de GC a través de las fases de institucionalización

Fase de la Institucionalización	Elemento esencial			
	Políticas	Liderazgo	Valores Básicos	Recursos para la GC
Concientización	Los tomadores de decisiones clave están dispuestos a permitir ensayos fuera de las políticas actuales para el aprendizaje sobre la GC.	Los tomadores de decisiones de alto nivel aprueban el inicio de los ensayos de GC. Aparecen líderes clave que están dispuestos a apoyar la GC en la organización.	Los tomadores de decisiones clave están concientes de las ventajas de tener valores básicos explícitos en la organización. Los tomadores de decisiones indican su consentimiento para la creación de mecanismos para reforzar los valores básicos.	Se asignan los recursos para apoyar las experiencias iniciales de GC.
Experimentación	Existe un consenso entre los actores interesados clave y los tomadores de decisiones, sobre la importancia de introducir calidad y apoyo para la GC claramente dentro de las políticas organizacionales (y cualesquier agenda de reformas). La calidad y la GC están incluidas en la agenda de reforma sectorial.	Varios administradores operacionales y de alto nivel muestran cualidades de liderazgo. La autoridad para extender las actividades de GC ha sido delegada y los recursos necesarios comprometidos.	Valores básicos que reflejan una cultura de calidad son explícitos y aceptados por el liderazgo de la organización.	Los recursos son comprometidos para financiar los costos de la expansión de GC. Renglones presupuestarios son agregados para incorporar las actividades de GC, o los recursos para la GC son reprogramados dentro de presupuestos ya existentes.
Expansión	Se desarrollan políticas para apoyar el fortalecimiento institucional de la GC. Existen políticas que estimulan la medición y el mejoramiento continuo.	Existe una masa crítica de administradores operacionales y de alto nivel, que muestran cualidades de liderazgo. Las metas a nivel de organización, de unidad, y de trabajadores individuales son alineadas.	El personal puede articular los valores básicos de la organización. Los valores básicos guían el desarrollo de los programas y las decisiones estratégicas.	Se desarrollan presupuestos realistas para las actividades de GC basados en un conocimiento de los verdaderos costos para llevar a cabo la GC. Los tomadores de decisiones demuestran buena voluntad para asignar en forma consistente recursos adecuados para la GC.
Consolidación	Las políticas de apoyo a la medición y al mejoramiento continuo se han escrito y comunicado ampliamente. Los recursos están disponibles y los valores básicos han sido alineados con las políticas.	Los administradores operacionales y de alto nivel se sienten responsables por la calidad, proveen liderazgo para las actividades de la GC y abogan por la GC. La organización demuestra un compromiso sostenido de recursos para la GC.	El desempeño cotidiano del personal y de los líderes refleja los valores básicos. Recompensas y programas están en pie para apoyar los valores básicos.	Se han asignado suficiente recursos para sostener las iniciativas de calidad en marcha. Los recursos estimados para las necesidades de GC son incluidos en los presupuestos anuales de operación.
Madurez	Las políticas organizacionales identifican la calidad como una meta explícita y la GC como un mecanismo importante para lograr dicha meta. Las políticas organizacionales son comunicadas plenamente y usadas activamente por los líderes para establecer metas y orientar la implementación.	Se apoya la GC en toda la organización a todos los niveles. El personal se siente dueño de los resultados y facultado a hacer mejoras en colaboración con los demás.	Los valores básicos son fortalecidos a través de políticas, recompensas, y estilos de liderazgo. Los administradores usan los valores básicos para orientar el desarrollo de los programas y el comportamiento de ellos mismos y del personal.	Las necesidades de recursos de GC son regularmente identificadas, cuantificadas, e incorporadas en los presupuestos anuales de operación. Los recursos son puestos a la disposición de la GC en forma consistente.

Elemento esencial				Fase de la Institucionalización
Estructura	Fortalecimiento Institucional	Información y Comunicación	Reconocimiento del Trabajo de Calidad	
<p>Los líderes de la organización han decidido explorar más la GC.</p> <p>Se asigna la responsabilidad para la supervisión, apoyo técnico e implementación de las experiencias iniciales de GC.</p>	<p>Los líderes clave, tomadores de decisiones, y actores interesados expresan una necesidad de GC y tienen interés en explorarla para su organización.</p> <p>La organización patrocina eventos de concientización o entrenamiento para la GC.</p>	<p>Actores interesados clave se comprometen a explorar la GC.</p> <p>Se difunde dentro de la organización información sobre problemas relacionados con calidad de atención y de posibles enfoques para mejorar la calidad.</p>	<p>El liderazgo de la organización reconoce la necesidad de desarrollar mecanismos o procesos para reconocer el trabajo de calidad y esfuerzos de GC dentro del personal.</p>	Concientización
<p>Los líderes reconocen la necesidad de una supervisión clara, coordinación, y responsabilidad para la expansión de la GC.</p> <p>Un consenso existe dentro de la organización sobre las estructuras apropiadas y efectivas para la expansión de la GC.</p>	<p>La organización tiene supervisores, facilitadores, y líderes con los conocimientos y habilidades para apoyar y extender los esfuerzos de GC.</p> <p>Un consenso existe sobre las estrategias de fortalecimiento institucional para la expansión.</p>	<p>Aquellos que están experimentando con GC, documentan regularmente sus actividades y comparten esta información con otros, tanto dentro como afuera de la organización.</p>	<p>Los administradores entienden lo que obstruye el trabajo de calidad y lo que motiva a los trabajadores y equipos a buscar la calidad.</p> <p>Paquetes de incentivos para motivar el trabajo de calidad son desarrollados y puestos a prueba.</p>	Experimentación
<p>Se asigna formalmente la responsabilidad para las actividades de GC en la organización.</p> <p>Las estrategias de GC son refinadas basadas en una evaluación de la «estructura» de la GC.</p>	<p>Hay una masa crítica de personal competente que apoya los esfuerzos de GC.</p> <p>Los líderes y administradores son ejemplo de los valores básicos y procesos de la GC.</p>	<p>Se establecen los mecanismos y sistemas para documentar regularmente y compartir los resultados y lecciones aprendidas.</p> <p>Se usa continuamente la información documentada para la promoción de la GC.</p>	<p>Los líderes organizacionales manifiestan su compromiso a reconocer el trabajo de calidad.</p> <p>Los paquetes de incentivos que pasaron la prueba son implementados.</p> <p>El personal tiene conocimientos de los sistemas de incentivos y administración de desempeño.</p>	Expansión
<p>Todo el personal puede describir con exactitud sus propias responsabilidades para contribuir a la calidad de atención.</p>	<p>El contenido de la GC está integrado dentro de los otros programas de entrenamiento.</p> <p>Existe un mecanismo para sostener dentro de la organización una masa crítica de competencia en GC.</p>	<p>Los sistemas de documentación, distribución, y abogacía están funcionando regularmente.</p>	<p>El personal cree que los sistemas de recompensas son justos y significativos.</p> <p>Existen mecanismos para recibir el aporte de las comunidades al paquete de premios/-incentivos.</p>	Consolidación
<p>Se integra la GC dentro de las descripciones de los puestos de trabajo.</p> <p>Los roles y responsabilidades para la GC son claramente delineados y operacionales.</p>	<p>El fortalecimiento institucional para la GC está integrado entre el pre-servicio y la educación continua y apoyada continuamente por facilitación, tutoría, y supervisión.</p>	<p>Existen mecanismos para documentar y compartir experiencias en forma regular.</p> <p>Se usa la información sobre áreas de mejoría y mejores prácticas para la toma de decisiones a niveles de políticas y operaciones.</p>	<p>Existen procesos formales y sistemáticos para el reconocimiento del personal y los administradores quienes hacen un trabajo de alta calidad.</p> <p>Se integran los sistemas de incentivos para reconocer el mejoramiento continuo en el sistema de personal.</p>	Madurez

Cuadro 5.2 Ejemplo ilustrativo del estado de institucionalización de una organización

La Fase de Transición en el Proceso de Institucionalización	Elemento Esencial							
	Políticas	Liderazgo	Valores Básicos	Recursos	Organización para la Calidad	Fortalecimiento Institucional	Información y Comunicación	Reconocimiento del Trabajo de Calidad
Concientización								
Experimentación								
Expansión								
Consolidación								

También es importante tener en cuenta que todos los sistemas/organizaciones de atención de salud operan en un ámbito más grande de políticas nacionales que pueden influir los esfuerzos de GC en una organización y que a su vez la organización puede tener poca influencia sobre ellas. Por ejemplo, las políticas nacionales de salud pueden limitar las acciones de una oficina regional para implementar la GC. Por otro lado, este ámbito más grande de políticas puede también facilitar el desarrollo de políticas de GC. Esto aconteció en Chile en 1989 cuando el gobierno democrático recién elegido dio prioridad en sus políticas sociales al mejoramiento del estado de salud de la población. Este énfasis dio origen a la iniciativa para mejorar la calidad del Ministerio de Salud en 1991 (Gnecco y cols. 1999).

Los problemas principales de políticas que una organización enfrenta en cada fase de institucionalización están descritos abajo. El Cuadro 5.3 contiene sugerencias sobre las actividades que una organización puede emprender en cada fase para desarrollar el elemento esencial de las políticas de GC.

Concientización: Mientras que la organización se embarca en la GC, un primer paso común es el de analizar cómo las políticas actuales de la organización podrían ayudar u obstaculizar la entrega de atención de salud de calidad y la implementación de actividades de GC. Por ejemplo, si las políticas enfocan la contención de costos sin proveer criterios explícitos para la calidad, su implementación puede afectar negativamente a la calidad de atención. Los países que están iniciando reformas extensas de sus sistemas de salud deberían revisar las políticas relacionadas con financiamiento, descentralización, división de costos entre compradores-proveedores, etc. para determinar su posible impacto sobre la calidad de atención y cómo la GC podría acrecentar los efectos positivos de las reformas y mitigar los efectos negativos. Además de examinar las

políticas actuales, los interesados en la calidad empezarán a identificar a los actores principales interesados en las discusiones de políticas de calidad, y pensar en cómo estos actores/clientes podrían ser incluidos en el diálogo de políticas, y cómo incrementar su concientización del rol potencial de la GC en mejorar el desempeño de la organización. Si el ambiente de las políticas es rígido y

Recuadro 5.1 La evolución de las políticas de calidad en Malasia

Malasia tiene un programa de GC bien desarrollado en el sector de salud, a nivel nacional y bajo el liderazgo del Ministerio de Salud. La planificación centralizada describe muy bien las actividades del gobierno en todos los sectores. Poco tiempo después de que Malasia se independizara en 1955, el primer plan de desarrollo de cinco años (1956-60) del país fue formulado y fue seguido después por una serie continua de planes de cinco años. Aunque el Ministerio lanzó el programa en 1985, los objetivos relacionados con mejorar la calidad de atención de salud no aparecieron en el Plan para el Sector de salud hasta diez años más tarde en el Séptimo Plan para Malasia (1996-2000). Con el crecimiento de sistemas de provisión de servicios del sector privado, privatización, la conversión de los hospitales públicos en sociedades anónimas, y una presión creciente para optimizar la relación entre gastos y resultados en el sector de salud, el Ministerio ahora reconoce la necesidad de legislación para reglamentar la distribución, calidad, estándares, y costos en todas agencias operando en el sector.

Fuente: Suleiman y Jegathesan 2000.

ofrece poca flexibilidad para experimentación e innovación dentro del sistema, visitas de estudio a otras organizaciones o países con esfuerzos sólidos de GC podrían engendrar condiciones favorables para los proyectos de demostración de la GC. Aunque las políticas sean creadas generalmente a altos niveles administrativos en una organización, la fase experimental provee la oportunidad de ensayar políticas diferentes, para innovación, a niveles más bajos en la organización. Un signo de progreso para avanzar hacia la fase experimental de políticas es el consentimiento de los tomadores de decisiones de permitir ensayos fuera del ámbito de las políticas actuales, mientras la organización comienza a enterarse de la GC, así como también la buena disposición de usar «reglas sencillas.»⁶ Tal decisión podría estar precedida por discusiones con varios actores interesados (líderes, proveedores, clientes, y comunidades) sobre los tipos de políticas que se necesita para apoyar los valores básicos y promover iniciativas de calidad.

Experimentación: Durante la fase experimental, a veces se va ensamblando el contenido de las políticas de abajo hacia arriba, basado en las experiencias y necesidades locales para apoyar la implementación de GC y mejoras en la calidad de atención. Por ejemplo, una política o plan de calidad desarrollado por una región piloto podría servir como un modelo para el desarrollo de una política de calidad a nivel nacional. Signos clave de progreso para avanzar incluyen un consenso, entre actores interesados y tomadores de decisiones en la organización, sobre la importancia de incluir claramente la calidad y apoyo para la GC dentro de las políticas de la organización y dentro de cualesquier agendas de reformas.

Expansión: Mientras que la organización avanza hacia la expansión, se incrementa la necesidad de políticas más específicas y operacionales. Con la expansión viene un ámbito y cobertura más amplia de actividades de GC. Esto requiere claridad pero también flexibilidad en la implementación y la delegación de autoridad para hacer mejoras. Durante esta fase, la organización puede modificar políticas existentes que obstaculizan la calidad (o provocan una falta de incentivos para la calidad). La organización puede tener necesidad de desarrollar políticas

⁶ «Reglas Sencillas» se refieren al uso del concepto de complejidad para determinar soluciones: cuando es difícil controlar todos los aspectos de una situación (lo que probablemente sucede en la mayoría de situaciones de trabajo), quizás sea mejor dar una visión y algunas reglas básicas, y luego permitir simplemente que las personas experimenten. «La ciencia de la complejidad sugiere que es mejor dar un mínimo de especificaciones y un sentido de dirección general, y luego dejar que cada individuo haga uso de su autonomía para organizarse y adaptarse con el tiempo» (Plsek 1997).

Cuadro 5.3 Posibles actividades para desarrollar el elemento esencial Políticas y avanzar a la siguiente fase/estado

Concientización	<p>Analizar las políticas existentes de salud en términos de su enfoque hacia la calidad y el apoyo o limitación que representan para la GC.</p> <p>Evaluar el impacto de las reformas propuestas para la atención de salud en calidad.</p> <p>Revisar y catalogar los estándares de calidad existentes para identificar las lagunas.</p> <p>Visitar otras organizaciones/países para estudiar sus políticas de GC.</p>
Experimentación	<p>Convocar a los actores interesados para obtener sus perspectivas sobre la calidad y para generar un consenso con respecto a la necesidad de incluir la calidad dentro de las políticas de la organización.</p> <p>Desarrollar estándares para las áreas prioritarias donde hacen falta expectativas claras de desempeño.</p> <p>Difundir y discutir los hallazgos del análisis (de la fase de concientización) del impacto de políticas existentes sobre la calidad de atención de salud; hacer recomendaciones para la enmienda o cambio de políticas adversas a la calidad.</p> <p>Desarrollar un mecanismo para la revisión de nuevas políticas y el análisis del impacto sobre la calidad de atención de salud y actividades de GC previo a su aprobación.</p>
Expansión	<p>Revisar las políticas de recursos humanos para evaluar su impacto sobre la calidad de servicios de atención de salud.</p> <p>Analizar la distribución de personal para poder delinear un plan de implementación de GC que sea factible y realista.</p> <p>Poner en marcha un proceso para actualizar o adaptar estándares existentes y evaluar la necesidad de nuevos estándares e indicadores relacionados para la vigilancia de la calidad del desempeño de la organización (en términos de resultados de la atención de salud).</p> <p>Implementar un plan de comunicaciones para informar de las políticas a todos los actores interesados.</p>
Consolidación	<p>Refinar las políticas escritas existentes de GC y establecer un mecanismo para asegurar que haya una revisión y actualización en forma regular.</p> <p>Revisar las políticas para asegurar que se tome en cuenta los recursos para la GC; y enmendarlas, si es necesario.</p> <p>Analizar los recursos (humano y financiero) necesarios para apoyar la GC.</p>

relacionadas con el fortalecimiento institucional, comunicación, y premios que apoyen los valores básicos. En particular, si la organización está involucrada con reformas en el sector de salud, los líderes de la organización pueden asegurar que la calidad y la GC sean incluidas en las políticas y planes de las reformas. Un signo clave de progreso para la consolidación en la arena de las políticas es la presencia de políticas de apoyo a la medición y al mejoramiento continuo.

Consolidación: Mientras que la organización avanza hacia la consolidación, es importante revisar las políticas y su impacto sobre el sentido del personal con respecto a la, motivación, y habilidad para llevar a cabo el trabajo. Este también es el momento de asegurar que los mecanismos estén instalados para permitir una revisión en forma regular de las políticas, y la habilidad de hacer los cambios necesarios para sostener la calidad de atención. Durante la consolidación, se lleva a cabo una alineación creciente entre las políticas formales e informales, especialmente con respecto a los resultados deseados, valores básicos, y mecanismos para implementar la GC. Indicaciones de movimiento hacia la madurez incluyen la existencia de una política escrita de GC que ha sido comunicada ampliamente a través de la organización, el apoyo del liderazgo para las políticas de GC, y una alineación de los recursos y valores básicos con las políticas.

Madurez: Una organización que ha llegado al estado de madurez de políticas, tiene políticas específicas que apoyan la atención de salud de calidad como una meta explícita de desempeño para la organización y la GC como un mecanismo importante para llegar a esa meta. Además, estas políticas son comunicadas plenamente a través de la organización y a los actores interesados.

5.2 Liderazgo

El liderazgo—tener la visión y la habilidad de generar un compromiso con dicha visión—es clave para la institucionalización de la GC. El liderazgo para la GC es necesario tanto para iniciar como para sostener la institucionalización y es una parte evolutiva del proceso de institucionalización a nivel nacional, tanto de políticas como de operaciones (ver el Recuadro 5.2).

El liderazgo involucra examinar el ambiente; identificar oportunidades para el cambio; dar dirección y motivar a otros a aprender, actuar, e innovar. Mientras la organización se mueve desde la concientización hacia la madurez, es necesario fomentar el desarrollo de dones de liderazgo en todos los niveles del personal, a fin de facultar al personal para que haga mejoras de calidad, y apoyar la idea de que cada uno es «dueño» de los resultados. En el Cuadro 5.4 se

Recuadro 5.2 El apoyo de liderazgo de alto nivel para la GC en Chile

El apoyo sólido a la calidad, por parte del liderazgo de alto nivel en el Ministerio de Salud en Chile, fue de importancia crítica para el desarrollo inicial del Programa Nacional de Garantía de la Calidad. Durante los primeros tres años del programa, hubo tres cambios en el MdeS. Pero en cada caso, el nuevo ministro revisó el programa, reconoció su valor, y decidió seguir apoyándolo. El apoyo continuo del liderazgo fue ayudado por el hecho que el equipo de GC a nivel central presentó fundamentos efectivos para el programa, basado en la base amplia de actividades generadas inicialmente en todo el país.

Mientras que el programa se expandió en las regiones y áreas locales de salud, el equipo a nivel central hizo un esfuerzo concertado para identificar y entrenar a los profesionales locales de salud quienes serían los líderes de los esfuerzos locales de GC, capacitarían a otros en GC, y serían facilitadores de los equipos para mejorar la calidad. Estos individuos, llamados monitores de la calidad, fueron seleccionados no solamente de las oficinas regionales y de área del MdeS, sino también de las universidades y organizaciones no-gubernamentales (ONGs). Los monitores de la calidad resultaron ser una estrategia vital para la expansión rápida de actividades de GC a través del país, especialmente tomando en cuenta el pequeño equipo de GC al nivel central. El programa ha desarrollado un módulo de capacitación de destrezas de liderazgo y formación de equipos especialmente para los monitores de la calidad.

Fuente: Gnecco y cols. 1999.

presentan ejemplos de actividades que pueden ayudar a desarrollar el liderazgo para la GC durante cada fase del proceso de institucionalización.

Concientización: Mientras que una organización toma concientización de la GC, se manifiesta frecuentemente el liderazgo de la calidad en unos pocos defensores (individuos que trabajan pro activamente para efectuar cambios para una mejor calidad) con una visión y la habilidad para hallar otros actores interesados en sostener la visión. En algunos casos, los tomadores de decisiones clave y los líderes se dan cuenta de que necesitan más información antes de abogar por tales cambios. Aunque existan los defensores de la calidad, se necesitan «líderes de GC» por toda la organización para comenzar a institucionalizar la

GC. Así, un conjunto importante de actividades durante la fase de concientización es generar concientización de lo que es el liderazgo, por qué es importante, y cómo podría ser desarrollado aún más. Signos de progreso para avanzar a la fase experimental incluyen la existencia de varios líderes clave (sin incluir los defensores iniciales) dispuestos a apoyar la GC en la organización, y la aprobación de tomadores de decisiones de alto nivel de iniciar actividades experimentales de GC.

Experimentación: Durante la fase experimental, los líderes apoyan al personal que está implementando la GC, facilitando la identificación de oportunidades para mejoras, ofreciendo dirección y retroalimentación, asegurando la flexibilidad para la innovación, y premiando los logros (resultados demostrados). Al mismo tiempo, estas experiencias de GC ofrecen oportunidades para desarrollar dones de liderazgo y nuevos líderes de la GC. Este desarrollo de liderazgo podría incluir destrezas para la administración del cambio, estudiando cómo los estilos de gerencia/liderazgo actuales inhiben o facilitan la realización de la calidad, trabajando con/facultando a los equipos, y la planificación estratégica. La fase experimental también ofrece una oportunidad excelente de experimentar con diferentes estilos de liderazgo y gerencia, mientras se prueban varios componentes técnicos de la GC. Signos de progreso para adelantar a la fase de expansión incluyen un número creciente de individuos, en los niveles operacionales y de administración de alto nivel, que muestran cualidades de liderazgo, están concientes de los estilos de liderazgo, y delegan autoridad para las mejoras de la calidad.

Expansión: Durante la expansión, el liderazgo es crítico para articular y comunicar la visión de calidad que la organización está tratando de lograr y para motivar más personas en la organización a progresar hacia aquella visión. Así, el liderazgo no solamente debería apoyar en forma continua a la expansión, sino que el número de líderes debe aumentar también continuamente. Entrenamiento e intercambio entre los administradores es especialmente importante durante esta fase. El entrenamiento en destrezas de liderazgo será ampliado para cubrir nuevas áreas de expansión (geográfica, de ámbito, etc.) y tendrá un enfoque profundo en la administración del cambio y en el alineamiento con los valores básicos, al tiempo que crecientes sectores de la organización se encargarán de nuevos roles relacionados con la GC. El intercambio puede ser logrado a través de la creación de oportunidades de comunicación para que los líderes puedan compartir y evaluar sus estrategias para apoyar y motivar el mejoramiento de la calidad. Signos de progreso para avanzar hacia la consolidación son, que una parte significativa de los administradores en toda la organización

Cuadro 5.4 Posibles actividades para desarrollar el elemento esencial *Liderazgo* y avanzar a la siguiente fase/estado

Concientización	<p>Identificar los líderes y defensores y crear las oportunidades para que ellos compartan sus opiniones sobre la importancia de la GC para la organización.</p> <p>Crear oportunidades de aprendizaje de la GC para los líderes y tomadores de decisiones clave.</p> <p>Visitar otras organizaciones para ver cómo es la implementación de la GC y analizar el rol de los líderes en aquella implementación.</p> <p>Organizar sesiones formales e informales sobre la necesidad de liderazgo y toma de conciencia de los estilos de liderazgo entre los tomadores de decisiones clave, en la organización.</p>
Experimentación	<p>Compartir los resultados de los experimentos de GC con la administración de alto nivel para nutrir el compromiso para con la GC.</p> <p>Desarrollar líderes adicionales de GC a través de entrenamiento de liderazgo para los administradores operacionales y de alto nivel en los sitios piloto de implementación de GC.</p> <p>Estimular la experimentación con estilos de liderazgo y evaluar el impacto de diferentes estilos en el desarrollo de actividades de GC.</p> <p>Fomentar la auto-evaluación de los estilos de liderazgo y el comportamiento de liderazgo consistentes con los valores básicos.</p> <p>Desarrollar materiales apropiados de fortalecimiento institucional para destrezas de liderazgo de GC basados en las experiencias.</p>
Expansión	<p>Articular la relación entre los valores básicos de la organización y el estilo de liderazgo deseado.</p> <p>Proveer entrenamiento continuo y fortalecimiento institucional en el desarrollo de liderazgo para los nuevos líderes ya aquellos ya existentes.</p> <p>Preparar y guiar a los administradores operacionales y de alto nivel para nutrir nuevas habilidades de liderazgo.</p> <p>Crear oportunidades para que los líderes de GC puedan compartir experiencias, resultados, y lecciones aprendidas entre ellos mismos para reforzar el compromiso con el mejoramiento de la calidad.</p> <p>Crear oportunidades para que los líderes puedan compartir y evaluar la efectividad de los estilos de liderazgo en lograr la calidad.</p>
Consolidación	<p>Incorporar el desarrollo de liderazgo en un plan de estudios básico para los profesionales de salud.</p> <p>Incorporar la evaluación de estilos de liderazgo y su consistencia con los valores básicos en los sistemas de evaluación/valoración de desempeño.</p>

muestren cualidades de liderazgo y la alineación creciente de las metas de la organización, las unidades y el trabajador individual.

Consolidación: La creación de una agrupación de líderes en marcha, que puedan apoyar los esfuerzos de GC, con el tiempo puede ser lograda al incorporar el desarrollo de liderazgo dentro de los programas básicos de estudios en las instituciones de enseñanza para profesionales de la salud. Durante esta fase, los líderes continúan sirviendo de modelo de comportamientos y practican la gerencia de la calidad, sirviendo de inspiración a otros para hacerse líderes en la atención de salud de calidad. Ellos ayudan a evaluar qué tan bien la organización está logrando sus metas de calidad y han desarrollado el hábito de detectar los cambios necesarios en las estrategias para la implementación de la GC. Signos de progreso para avanzar hacia la madurez de liderazgo incluyen: la presencia en toda la organización de administradores operacionales y de mayor rango que se sientan responsables por la calidad en su área de responsabilidad, que aboguen por la GC, y aseguren el compromiso continuo de recursos para la GC. La responsabilidad administrativa será reflejada también en una responsabilidad del personal en la calidad.

Madurez: En una organización que ha llegado a la madurez existe una masa crítica de líderes, que han adoptado una cultura de calidad. La visión y compromiso para con la calidad perduran, aunque haya una rotación entre los administradores o tomadores de decisiones; porque el personal se siente dueño de los resultados organizacionales (calidad de atención) y se siente motivado a hacer mejoras para lograr los resultados deseados.

5.3 Valores básicos

Cada organización tiene valores que son reflejados en el comportamiento organizacional. Mientras que muchas organizaciones no tienen sus valores básicos explícitamente formulados, valores organizacionales implícitos influyen en las decisiones administrativas, la interacción administración-personal, y proveedor-cliente. Para que la GC se extienda y se integre verdaderamente en la estructura y funcionamiento de una organización, los valores organizacionales deben promover la atención a las necesidades del cliente y facilitar los esfuerzos para hacer mejoras, tal como se hacen las cosas para mejorar la calidad. Como se puede ver en el caso de Malasia (ver Recuadro 5.3), los valores básicos proveen un cimiento muy importante para la institucionalización de la GC al promover una cultura positiva de trabajo con un énfasis en la calidad. Valores básicos positivos se convierten en una fuente de orgullo y en una guía para la acción cuando son explícitos (es decir, escritos y comunicados) y son reforzados

con políticas, recompensas, y estilos de liderazgo. Aunque los valores básicos en una organización que ha institucionalizado la GC pueden variar de un lugar a otro o

Recuadro 5.3 Construyendo una cultura corporativa de la calidad en Malasia

En 1991, el Ministerio de Salud en Malasia emprendió un esfuerzo formal a nivel nacional para construir una cultura de excelencia y calidad, estimulado por un movimiento general gubernamental bajo el liderazgo del Primer Ministro, para crear una «cultura de excelencia de trabajo» en el sector público. Después de estudiar los factores fundamentales del éxito de varias corporaciones, el liderazgo del MdeS reconoció que un requisito previo para una organización con madurez de calidad es tener una visión y misión que describan las metas y objetivos de la organización. La siguiente declaración fue formulada:

La Visión es de una nación de individuos, familias y comunidades saludables, que gozan de una calidad de vida mejor. En su Misión corporativa, el Ministerio de Salud se esfuerza en proveer una atención de salud de calidad a todos sus clientes a través de servicios de alta calidad, educación continua e investigación.

Tres valores básicos relacionados con esta declaración fueron identificados: servicios humanitarios, trabajo en equipo, y profesionalismo. Se utilizaron varias maneras para comunicar estos valores e inculcarlos en el personal tanto profesional como no-profesional, incluyendo módulos de entrenamiento especial sobre valores básicos y refuerzo del concepto de cultura de calidad en todas las oportunidades en que el personal se reunía con los gerentes de mayor rango, tales como asambleas y reuniones. Promesas formales, el uso de uniforme, y el canto de himnos relacionados con la calidad también son prácticas corrientes.

La evaluación nacional de la calidad, llevada a cabo en 1997, determinó que el conocimiento de los valores básicos por parte del personal era bueno, especialmente dentro del grupo profesional, y que las fuentes principales de información sobre los valores básicos del MdeS fueron asambleas y reuniones de información. La mayor parte del personal creyó que la iniciativa les había ayudado a mejorar la calidad de su trabajo y la satisfacción del paciente.

Fuente: Suleiman y Jegathesan 2000

de una cultura a otra, habrán similitudes notables entre ellos: trabajo en equipo, confianza y respeto, apoyo dado por el aprendizaje, y apertura al cambio. El Cuadro 5.5 contiene sugerencias para actividades que podrían ser apropiadas para ayudar a una organización a desarrollar valores básicos de apoyo a la calidad en cada fase de la institucionalización.

Concientización: Una clave para el desarrollo de valores organizacionales que puede promover mejoras en la calidad es el análisis de los valores organizacionales actuales, ya sean implícitos o explícitos. ¿Están alineados o en conflicto con aquellos necesarios para lograr calidad de atención y la implementación de GC? Ejercicios formales para examinar valores organizacionales y compararlos con aquellos de otras organizaciones que han acogido una cultura de calidad pueden ser útiles, como también otros esfuerzos para elevar la toma de conciencia del liderazgo con respecto a los beneficios de definir y comunicar valores de calidad. Signos de progreso para avanzar incluyen: actores interesados clave, especialmente tomadores de decisiones, quienes tienen conciencia de las ventajas de los valores básicos explícitos y de su importancia para la GC y están dispuestos a facilitar la formulación y refuerzo de valores básicos.

Experimentación: Durante la fase experimental, una organización necesita desarrollar mecanismos para poder facilitar el proceso de apropiación de los valores básicos. Esto podría hacerse dentro del contexto de equipos trabajando en experiencias de GC (Ej., mejoramiento de la calidad, elaboración de estándares, monitoreo de calidad), que llegarán a ser microcosmos para desarrollar y probar los valores básicos positivos. Entonces, ellos pueden demostrar los tipos de resultados (comportamiento organizacional) que surgen de estos valores. El rango de valores revisados debería reflejar los varios niveles de interacciones interpersonales: administración-personal, personal-clientes, y personal/administración-comunidad. Un signo de progreso para avanzar a la fase de expansión es la presencia de un conjunto inicial de valores básicos explícitos que reflejen una cultura de calidad y que sean aceptados por el liderazgo.

Expansión: Durante esta fase, el reto es de ampliar la exposición de los miembros de la organización a los valores básicos recién desarrollados y premiar los comportamientos que reflejen estos valores. Los administradores y líderes tienen que discutir los valores básicos con el personal y explicar cómo estos valores influyen en el trabajo diario. Un mecanismo para reforzar los valores básicos es su inclusión en las evaluaciones formales de desempeño, es decir, para evaluar hasta qué punto el comportamiento y desempeño individual refleja dichos valores. Esto también es cierto para evaluaciones de desempeño a nivel

organizacional: ¿Qué tan bien ha cumplido la organización con las necesidades y expectativas de sus clientes? Signos de progreso para avanzar hacia la consolidación son: que un gran número del personal pueda articular los valores básicos de la organización y que estos valores guíen el desarrollo de los programas y las decisiones estratégicas.

Consolidación: Durante la fase de consolidación, debe desarrollarse un sistema para asegurar que los estándares y prioridades organizacionales sean basados en y alineados continuamente con los valores básicos que respaldan la atención de salud de alta calidad y la implementación de GC a la vez. Signos de progreso para avanzar hacia el

Cuadro 5.5 Posibles actividades para desarrollar el elemento esencial *Valores Básicos* y avanzar a la siguiente fase/estado

Concientización	<p>Iniciar una discusión con las personas que formulan las políticas y actores interesados clave, sobre la importancia de los valores básicos y los tipos de valores básicos que la organización consideraría adoptar.</p> <p>Estudiar o visitar organizaciones con programas exitosos de GC y estudiar sus valores básicos.</p>
Experimentación	<p>Desarrollar un plan de trabajo con equipos de calidad para la formulación de valores básicos relevantes, pertinentes a la institucionalización exitosa de su trabajo.</p> <p>Escribir los valores básicos y discutirlos con el personal de salud, clientes, y otros actores interesados.</p>
Expansión	<p>Fomentar la difusión de la información y la educación sobre valores básicos explícitos para todo el personal y unidades organizacionales.</p> <p>Facilitar la inclusión de valores básicos en declaraciones de políticas, sistemas de desempeño, etc. y reforzarlos en toda oportunidad (reuniones de personal, entrenamientos, ceremonias, etc.)</p> <p>Evaluar las barreras al cambio y desarrollar estrategias para reducir resistencia y superar barreras.</p>
Consolidación	<p>Evaluar las unidades organizacionales y el personal para verificar si ellos toman conciencia de los valores básicos y los aplican en su trabajo diario.</p> <p>Trabajar con recursos humanos y las personas que formulan las políticas para incorporar los valores básicos en las descripciones de puestos y las evaluaciones de desempeño.</p> <p>Eliminar cualquier freno existente que impida que se reflejen los valores básicos de la organización en el trabajo diario de cada miembro del personal.</p>

estado de madurez incluyen: líderes, personal, y actores interesados, que puedan articular los valores organizacionales y cuyo desempeño diario refleje estos valores. Además, la implementación de recompensas y otros programas que respalden los valores básicos.

Madurez: Se ha llegado a la madurez cuando la organización tiene valores básicos explícitos que reflejen dimensiones múltiples de calidad y cuando dichos valores se alinean con esfuerzos para mejorar la calidad. Los líderes y administradores usan los valores básicos de la organización como el cimiento para el desarrollo de los programas y para guiar su propio comportamiento, y el personal en toda la organización está concientes de los valores básicos y los aplican en su trabajo diario. Programas de incentivo manifiestan que la organización reconoce que el desempeño basado en los valores contribuye a su propio valor. Los factores que desmotivan este desempeño son detectados y eliminados en forma continua.

5.4 Recursos para la garantía de calidad

Cuando una organización ha institucionalizado la GC, los recursos necesarios para optimizar la calidad (dentro de las limitaciones fiscales de la organización) están disponibles. Aunque la asignación de ciertos recursos para la GC son esenciales para su institucionalización, lo que realmente impulsa el proceso de institucionalización es la forma en que los líderes de la organización usan estos recursos (y no el nivel de los recursos). Las necesidades de recursos para la GC cambian al mismo tiempo que la organización atraviesa por las varias etapas de la institucionalización, ya que se necesita una variedad de inversiones para llegar a la madurez (Ej., el fortalecimiento institucional, la experimentación, y el tiempo de los líderes organizacionales para apoyar el proceso de institucionalización), y la magnitud de estas inversiones cambia con el tiempo.

Un tema de discusión importante durante la institucionalización es la fuente de recursos para la GC. Los programas de GC que son enteramente dependientes de recursos de donantes tienen la tendencia a contraerse después de que se termina el financiamiento exterior. El comprometer los recursos propios de la organización para actividades de GC, mediante la incorporación de financiamiento para la GC en los presupuestos operacionales, marca un hito clave en el camino a la institucionalización. En el Recuadro 5.4 se describe como el MdeS de Chile enfrentó este problema con su programa nacional de garantía de la calidad. En el Cuadro 5.6 se sugieren otras maneras de asegurar que haya suficientes recursos adecuados disponibles para la GC en cada fase de la institucionalización.

Concientización: Los tomadores de decisiones de salud de alto rango podrían creer que no es posible financiar las mejoras en la calidad, porque ellos ven la tecnología avanzada como la fuente más prometedor de mejoras. En

Recuadro 5.4 La sostenibilidad de la base de fondos para las actividades de GC en Chile

El MdeS de Chile inició su programa nacional de garantía de la calidad en 1991, con el apoyo de una donación de USAID para dos años. Un equipo de cuatro empleados a nivel central fue designado para dirigir el programa, proveer el entrenamiento para GC, e iniciar actividades para mejorar la calidad en las regiones y áreas de salud. Sin embargo, los cuatro miembros del equipo central estaban muy concientes de que eran muy pocos para proveer el nivel de facilitación y entrenamiento necesario para apoyar la implementación de GC en las 29 áreas de salud en el país. Rápidamente, ellos adoptaron una estrategia para estimular la creación de comités locales de calidad para encargarse de todas las actividades de GC y entrenar a los vigilantes locales de calidad a proveer en forma práctica, el apoyo técnico.

En 1993, cuando se terminó el financiamiento externo, el MdeS trasladó fondos de su presupuesto regular para cubrir los salarios, gastos de viaje, y otros costos directos de su equipo central. El MdeS tomó la decisión de que todos los otros costos de entrenamiento e implementación de GC, incluso materiales de entrenamiento, gastos de viaje de los participantes, y dietas, estarían a cargo de los presupuestos descentralizados de operación de las propias regiones y áreas de salud. Un estudio en 1999 encontró que el monto asignado por las áreas de salud en apoyo a los esfuerzos de GC ascendió a US\$ 85.000 (alrededor de US\$ 3.000 por cada área de salud). Adicionalmente, más de 500 vigilantes de la calidad estaban proporcionando voluntariamente el apoyo técnico.

En 1996, cortes presupuestarios forzaron al MdeS a reducir la planilla del equipo central de GC a un profesional a tiempo completo, que trabaja muy de cerca con los jefes de los principales programas y unidades técnicas en el MdeS para desarrollar los estándares de calidad y los instrumentos de monitoreo que son implementados en todo el país.

Fuentes: Gnecco y cols. 1999; Legros y cols. 2000.

realidad, la GC puede conducir a muchas mejoras en la calidad clínica y organizacional sin necesidad de usar más recursos. Comúnmente, se ahorra dinero o se reducen costos mediante la eliminación de errores, duplicación e ineficiencia. La iniciación de actividades de GC requerirá algunos recursos adicionales, pero los costos reales relacionados con la GC dependerán de cuánto tiempo del personal esta disponible para tales esfuerzos y cuánta capacidad ya existe en la organización para la GC. En la fase de concientización, se necesitan recursos para el fortalecimiento institucional, abogacía y comunicación, y aprendizaje de lo que otros han hecho. Durante esta fase, es útil tener discusiones con líderes, tomadores de decisiones, y actores interesados con respecto a los costos (y ahorros) de la GC, además de la exploración del vínculo entre las políticas de apoyo a la GC y la asignación de recursos. Signos de que la organización está lista para avanzar a la fase siguiente incluyen la asignación de recursos para sostener las experiencias iniciales de GC.

Experimentación: Los recursos que se necesitan para la fase experimental incluyen esfuerzos de fortalecimiento institucional, tiempo para que el personal pueda trabajar en las actividades y documentación de GC, y recursos para medir los resultados, así como recursos para respaldar cualesquier estructura de GC (vigilancia y coordinación). Se debería evaluar los costos futuros de actividades de GC, costos relacionados con mejoras, y economía de costos relacionados con resultados demostrados. Signos de progreso para avanzar a la expansión incluyen: la disposición de agregar renglones presupuestarios para las actividades de GC o la asignación de presupuestos actuales a la GC y los costos de inversión de la expansión.

Expansión: Las necesidades de recursos para la fase de expansión incluyen: fortalecimiento institucional, mecanismos de comunicación, sistemas de recompensas, y desarrollo de liderazgo. Muchos de estos costos de expansión son relacionados con la inversión inicial, por lo que se reducirán con el tiempo. Por ejemplo, la asignación para el fortalecimiento institucional de GC va a disminuir mientras sea integrada dentro del programa de estudios de pre-servicio, la facilitación actual, y la supervisión. A lo largo de esta fase, es especialmente importante la documentación de los costos y el ahorro de costos relacionados con las actividades de GC, tal información es necesaria para propósitos tanto de planeamiento como de abogacía. Signos de progreso para avanzar incluyen: una adecuada asignación de recursos para las actividades de GC en la fase de expansión, presupuestos para las actividades de GC, y una conciencia por parte de los tomadores de decisiones de los verdaderos costos de implementación de la GC.

Cuadro 5.6 Posibles actividades para desarrollar el elemento esencial Recursos para la GC y avanzar a la siguiente fase/estado

Concientización	<p>Presentar ejemplos, a los actores interesados y a las personas que formulan las políticas, de los costos relacionados con la mala calidad y el potencial de ahorro de costos a través de la reducción de desperdicio o ineficiencia, así como de los costos de implementación de GC.</p> <p>Documentar las asignaciones actuales de recursos para la GC.</p> <p>Identificar las políticas actuales que respaldan o que podrían respaldar los recursos (humano, material, y financiero) para la GC.</p>
Experimentación	<p>Experimentar con diferentes enfoques para medir los costos y economías de actividades de GC.</p> <p>Analizar en forma general las necesidades de personal y tiempo del personal para implementar las actividades de GC.</p> <p>Organizar un sistema para rastrear los gastos para todas las inversiones notables de GC.</p>
Expansión	<p>Basándose en los resultados de los ensayos de los métodos de costos, expandir su implementación.</p> <p>Analizar las necesidades de personal para implementar las actividades extendidas de GC.</p> <p>Identificar las necesidades de fortalecimiento institucional para que el personal pueda encargarse de la GC extendida.</p> <p>Identificar fuentes de personal o expertos adicionales.</p> <p>Identificar necesidades de recursos adicionales para las nuevas actividades de GC que están siendo implementadas (Ej., agregar auto-evaluación o monitoreo de desempeño según los estándares, después de haber desarrollado los estándares).</p>
Consolidación	<p>Refinar el sistema de monitoreo de costos para poder también captar gastos de GC además de economías de costos.</p> <p>Desarrollar planes de recursos humanos tanto anuales como a largo plazo para calcular los requisitos de personal para poder emprender y sostener la GC extendida.</p> <p>Gestionar asociaciones o colaboraciones intersectoriales como recursos adicionales para sostener las actividades de GC.</p>

Consolidación: Un sistema para el monitoreo de los costos de implementación de la GC debe ser refinado y funcionar plenamente para asegurar que los recursos asignados para la GC sean usados de manera eficiente y apropiada. Durante esta fase, se dedica más atención a procesar mejoras para ahorrarse costos. Un sistema de vigilancia deberá estar instalado, para registrar tanto los ahorros de costos como los gastos. La capacidad de documentar y analizar los costos con medidas de eficacia, o costos con mejoras de resultados es cada vez más importante en cuanto más recursos de GC sean presupuestados para sostener la atención de calidad. Un signo de progreso de que la organización esta en camino hacia la madurez es la disponibilidad de recursos suficientes para respaldar las iniciativas de calidad en marcha y la incorporación explícita de estos recursos para la calidad en el presupuesto anual de operaciones.

Madurez: A medida que la GC se convierte en una «manera de hacer negocios,» ciertos costos serán reducidos. No obstante, para la plena institucionalización de la GC, los recursos para respaldar las iniciativas de calidad deberán, en forma rutinaria, ser identificados, cuantificados, e incorporados en los presupuestos anuales de operaciones.

5.5 Organización para la calidad: Crear una estructura para la implementación de la GC

Como se indica en el Capítulo 3, la organización para la calidad se refiere a la creación de estructuras o de mecanismos para proveer vigilancia, coordinación, y apoyo técnico para la GC y para implementar actividades de GC. No hay una sola estructura u organización de GC que sea apropiada para todas las organizaciones; más bien, cada organización tiene que definir la estructura que mejor cumple con sus necesidades y situación. Sin importar la apariencia de la estructura, cuando se haya institucionalizado plenamente la GC, las funciones de vigilancia, coordinación, apoyo e implementación serán integradas en las descripciones de puestos de trabajo y en los comportamientos del personal en toda la organización. En este punto, los roles y responsabilidades para la GC, además de responsabilidad para la calidad de atención, son claramente delineados para todo el personal, de manera que se hacen mejoras continuas para satisfacer las necesidades de los clientes.

La organización para la calidad es tanto una meta cuanto un medio para lograr aquella meta y, desde ese punto de vista, debería ser flexible con el paso del tiempo, conforme el personal llega a ser cada vez más responsable por la calidad de su trabajo y por sus esfuerzos para la garantía

de la calidad. Las estructuras de la GC que se desarrollan, cambiarán conforme cambien y se desarrollen las necesidades, capacidades, y el personal de la organización. En el Recuadro 5.5 se describe la creación de las estructuras de GC en Malasia, y en el Cuadro 5.7 se identifican los pasos para facilitar el desarrollo de este elemento esencial a través de las fases de la institucionalización.

Concientización: Durante la concientización, se llevan a cabo dos tipos de actividades relacionadas con la estructura de GC: (a) incrementar la concientización de la necesidad de estructurar u organizar para la calidad, y (b) construir estructuras para facilitar la concientización de la necesidad de la calidad de atención y para la GC. Aunque un solo individuo o grupo pequeño pueden inicialmente abogar por actividades de concientización de la GC, con el paso del tiempo la participación de un grupo más amplio de actores interesados facilitará el compromiso. En esta etapa, estos actores interesados pueden ser un grupo informal o una fuerza de tarea formal. Su rol es proveer vigilancia y coordinar varias actividades de comunicación y fortalecimiento institucional.

Los actores interesados deben comprender que la necesidad de estructura no implica automáticamente la creación de un programa vertical; además, la estructura apropiada para la calidad probablemente cambiará con el tiempo. La fase de concientización es también un buen momento para examinar otros cambios y reformas estructurales que pueden estar sucediendo en el sector salud, tales como la descentralización. La GC puede ser parte integral de tales cambios en el sector salud, y oportunidades apropiadas para hacerlo pueden surgir en ese momento. Un signo clave de progreso para avanzar a la próxima fase es la decisión de los líderes organizacionales de explorar más la GC y la asignación de la responsabilidad para la implementación, apoyo técnico, y supervisión de las experiencias piloto de la GC.

Experimentación: Esta fase presenta dos temas de discusión estructurales: crear estructuras para facilitar la experimentación con la GC y probar varias maneras posibles de organizarse para la calidad. La asignación de responsabilidad para la implementación, coordinación de actividades experimentales, y supervisión de GC, se hace más urgente mientras la organización experimenta con la GC. Mientras las actividades técnicas de GC son implementadas en menor escala y en forma experimental, se pueden explorar los diversos roles y responsabilidades para GC a niveles locales, así como también los mecanismos para la coordinación y responsabilidad para los resultados. Dicha exploración puede hacerse a través de las estructuras establecidas durante la fase de concientización, pero estas estructuras probablemente llegarán a ser más grandes y abarcarán más en esta fase. La ampliación de la participa-

Recuadro 5.5 Las estructuras de apoyo e implementación de la GC en Malasia

El MdeS de Malasia comenzó a experimentar con estructuras para asegurar la calidad aún antes de la creación de un programa formal de GC. Círculos de control de calidad fueron introducidos a través del servicio civil en los primeros años de la década de 1980. Cuando se lanzó el programa nacional de GC en 1985, un comité directivo fue establecido a nivel nacional para el programa. Finalmente, todas las divisiones de servicios y programas técnicos del MdeS desarrollaron, en base escalonada, sus propios comités para el programa de GC. Igualmente, cada estado y distrito creó un comité de GC, como lo hicieron también muchos hospitales. Los comités de GC a nivel de hospital y distrito elaboran estándares y emprenden iniciativas de calidad para responder a áreas de preocupación localizadas. Por último, círculos de control de calidad—equipos de 6–10 trabajadores de la misma unidad o establecimiento—están dispersos por todo el Ministerio.

Fuente: Suleiman y Jegathesan 2000.

ción de los actores interesados asegura el apoyo para las experiencias iniciales de GC y para el establecimiento de un ambiente de aprendizaje.

En esta fase, se hace aún más importante entender la relación entre los esfuerzos de GC y otros cambios organizacionales que pueden estar sucediendo en el sector de salud. La comprensión de estas relaciones ayudará a los defensores de GC a encontrar las oportunidades para la integración de GC con las otras responsabilidades administrativas tanto a nivel central como a nivel local, en vez de crear estructuras organizacionales separadas.

Un signo de progreso para expandir las estructuras y esfuerzos de GC es el reconocimiento explícito de la necesidad de una supervisión clara, coordinación, y responsabilidad en la expansión de la implementación de GC. El momento en que una organización está lista para avanzar a la expansión, la estructura apropiada y efectiva dentro de la organización para la GC, es clara.

Expansión: Mientras una organización sigue hacia la fase de expansión, la manera de organizarse para

Cuadro 5.7 Posibles actividades para desarrollar el elemento esencial *Estructura de GC* y avanzar a la siguiente fase/estado

Concientización	<p>Identificar a los actores interesados clave para participar en las actividades iniciales de concientización de GC.</p> <p>Crear un grupo de trabajo o una fuerza laboral para supervisar las actividades de concientización de GC en la organización.</p> <p>Visitar otras organizaciones para ver cómo se han organizado para implementar actividades de garantía de la calidad.</p> <p>Desarrollar un consenso sobre las estructuras apropiadas a probar mientras que la organización inicia sus experiencias con la implementación de GC.</p> <p>Examinar reformas más amplias al nivel de sistemas de salud u organizacionales para ver donde se podría integrar la GC.</p>
Experimentación	<p>Probar diferentes modelos de cómo organizarse a nivel operacional.</p> <p>Abogar por la necesidad de una supervisión clara, coordinación, implementación, y responsabilidad para la GC.</p> <p>Revisar hasta qué punto está funcionando bien la estructura de supervisión y coordinación.</p> <p>Asegurar una difusión adecuada de información con los actores interesados.</p> <p>Desarrollar un consenso sobre las estructuras apropiadas para la expansión.</p>
Expansión	<p>Trazar a grandes rasgos, a todos los niveles, los elementos estructurales como parte del plan estratégico para la implementación de GC.</p> <p>Delinear y comunicar los roles y responsabilidades específicos de GC para todo el personal.</p> <p>Trazar a grandes rasgos, las medidas de desempeño del personal que incluyan o reflejen su participación en la GC.</p> <p>Asegurar una adecuada orientación y fortalecimiento institucional para los nuevos roles y responsabilidades a todos los niveles (y para la supervisión, coordinación, e implementación).</p> <p>Evaluar la efectividad de las estructuras de GC a todos los niveles de la organización.</p>
Consolidación	<p>Pulir o modificar las estructuras de GC desde el punto de vista de las evaluaciones de su efectividad en facilitar la realización de calidad de atención.</p> <p>Continuar trabajando con el personal en la administración del cambio y la comunicación de sus roles y responsabilidades.</p> <p>Reforzar los roles y responsabilidades a través de recompensas y reconocimiento.</p> <p>Asegurar que las responsabilidades de GC estén incorporadas en todas las descripciones de los puestos de trabajo.</p>

la calidad se vuelve explícita, con una delineación clara de estructura a todos los niveles. Las decisiones hechas durante esta fase sobre la estructura para la implementación de la GC tienen implicaciones para los otros elementos esenciales porque la expansión requiere de un esfuerzo concertado para formar la capacidad de GC, ampliar la comunicación, pulir los sistemas de recompensas, y fortalecer el liderazgo para sostener una implementación de GC que sea más amplia y a mayor escala. En muchos casos, la expansión de GC podría requerir una asignación, a corto plazo, de individuos dedicados únicamente a llevar a cabo las funciones de apoyo para la expansión de la implementación de la GC. Al mismo tiempo, persiste la necesidad de una asignación clara de supervisión y liderazgo técnico, participación de los actores interesados, y coordinación de las actividades de GC en toda la organización.

Durante la expansión, se desarrolla aun más la visión a largo plazo de los roles y responsabilidades entre todo el personal de la organización. Esto incluye formular medidas de desempeño del personal, que reflejen su participación y sus responsabilidades en la GC, y la orientación del personal con respecto a estos roles. A medida que pasa el tiempo, es necesario evaluar la efectividad de las estructuras que aseguran el uso continuo de la información para la toma de decisiones, la participación de los actores interesados, y el alcance de los resultados. Un signo clave de progreso para avanzar a la consolidación es la asignación formal de actividades y responsabilidades de GC dentro de la organización. Otro signo es hacer una evaluación formal de la estructura de GC para pulir las estrategias de GC.

Consolidación: Mientras la organización sigue hacia la consolidación de la estructura, cada vez más gente se siente responsable por las metas de la organización. La necesidad de una multitud de individuos responsables únicamente de las actividades de GC, disminuye dado que, en esta fase, la GC es parte de las operaciones diarias, la «manera en que se hacen las cosas.» Sin embargo, habrá una necesidad continua de supervisión, coordinación, y garantía de un ambiente de aprendizaje relacionado con la GC. La estructura de GC pasa por mejoramientos o modificaciones basados en la experiencia y la evaluación. Durante esta fase, se implementan en forma completa los mecanismos para asegurar que todo el personal reciba entrenamiento y orientación sobre sus roles y responsabilidades en la GC, y las nuevas técnicas y enfoques de GC. Todo el personal tiene responsabilidades en la GC y, como tal, se integra el entrenamiento de GC dentro del entrenamiento y la orientación general para cualquier puesto. Una indicación de que la organización está progresando hacia la madurez estructural es el hecho de que cada miembro del personal pueda describir con exactitud sus responsabilidades para el logro de una atención de calidad.

Madurez: Con la madurez, hay menos necesidad de estructuras verticales específicas, o de otro tipo, para sostener la GC. Sin embargo, algunas estructuras independientes todavía podrían tener un rol, mientras ciertas funciones—tales como la supervisión y coordinación de GC dentro de la organización y con los actores interesados externos—se destacan, aún en la madurez. Así, la evolución de la estructura de GC refleja la integración creciente de la calidad en las operaciones diarias de la organización. Sin embargo, aún en la madurez, la estructura de GC podría seguir cambiando, en respuesta a cambios en el ambiente y visión de la organización.

5.6 Fortalecimiento institucional

El fortalecimiento institucional juega un rol muy importante en facilitar la institucionalización de la GC, al asegurar el desarrollo de los conocimientos y habilidades para la implementación técnica (elaboración de estándares, procesos mejorados, etc.) y administración (liderazgo, planeación, vigilancia, etc.) de las actividades de GC. La expansión y la consolidación requieren de una masa crítica de experiencias en GC, y las organizaciones pueden usar muchas estrategias diferentes para crear y sostener el fortalecimiento institucional. En el Recuadro 5.6, se describen los retos que Zambia enfrentó al iniciar y sostener el fortalecimiento institucional de GC. En el Cuadro 5.8, se hace una lista de las actividades que pueden consolidar el fortalecimiento institucional de GC en cada etapa de la institucionalización.

Concientización: Para aumentar la concientización entre los principales tomadores de decisiones sobre la GC como una estrategia general para mejorar la calidad de atención, las actividades de fortalecimiento institucional se enfocan en proveer conocimientos sobre la calidad y la GC. Tales actividades podrían incluir hasta visitas de establecimientos o viajes de estudio a otras organizaciones que hayan implementado la GC. La clave del fortalecimiento institucional durante la concientización de GC es preparar el terreno para el cambio, mediante la identificación de problemas relacionados con la situación actual y de alternativas efectivas y factibles que podrían ser implementadas. Un signo clave de que se ha logrado la concientización es cuando los líderes, tomadores de decisiones y actores interesados, expresan la necesidad de GC y tienen interés en explorar el significado de la implementación de GC en su organización.

Experimentación: El fortalecimiento institucional también tiene un rol clave en experiencias exitosas que demuestran resultados con la implementación de GC, es decir, que muestran que el cambio es posible y beneficioso. Durante esta fase, actividades de fortalecimiento

Recuadro 5.6 Los desafíos cambiantes del fortalecimiento institucional en Zambia

En los primeros años de la década de 1990, las reformas políticas y el sector de salud de Zambia se enfocaron en mejorar la calidad de la atención de salud. El Ministerio de Salud tomó conciencia de la GC durante una conferencia internacional y se hizo el compromiso de explorar la GC. Dos miembros de rango superior del personal recibieron un entrenamiento especial en GC e hicieron viajes de estudios; en 1993, estos miembros del personal formaron la Unidad de GC dentro del Equipo para la Implementación de las Reformas del Sector de Salud. La unidad desarrolló materiales de sensibilización—para el personal a nivel de los distritos y provincias—para fomentar la concientización sobre los problemas con la calidad de atención y la necesidad de atender las necesidades de los clientes. La unidad rápidamente se dio cuenta que no podía ser la única entidad de disseminación de esta información y comenzó a animar al personal de los distritos y provincias a usar estos materiales para llevar a cabo un entrenamiento de sensibilización en forma amplia. Ellos, a su vez, reconocieron rápidamente también, que una sola exposición a estos materiales de sensibilización de GC no era suficiente para dar la capacidad a un individuo de guiar mejoras de atención de salud a

nivel del establecimiento. Ellos desarrollaron un consenso alrededor de un plan completo de entrenamiento y tutoría que incluyó la concientización, elaboración de estándares, resolución de problemas, facilitación, y desarrollo de un comité de GC. Los facilitadores de GC fueron formados de entre aquellos ya sensibilizados a la GC; ellos asumieron la responsabilidad para la disseminación adicional y para guiar el trabajo local de GC. Entonces, la asistencia externa actuó como mentor de la Unidad de GC para aumentar su capacidad de liderazgo en el esfuerzo de GC.

Mientras que el programa de GC en Zambia entró en la fase de expansión, los facilitadores que mostraban habilidades en este rol recibieron enseñanza como entrenadores de GC. Independientemente, ellos identificaron los grupos que necesitaban entrenamiento de GC y comenzaron el trabajo de GC sin involucrar a la Unidad de GC. Se extendió el fortalecimiento institucional de GC desde los distritos hacia los hospitales, y nuevos facilitadores y entrenadores fueron formados específicamente para trabajar en los hospitales. Así, se creó en Zambia una masa crítica de entrenadores y facilitadores competentes para conducir el trabajo de GC; mientras que, al mismo tiempo, ellos crearon una

masa crítica de personal que podrían definir, medir, y mejorar la calidad de atención. Mientras tanto, la Unidad de GC se redujo, dando más confianza a los entrenadores y facilitadores de GC para seguir con las actividades de fortalecimiento institucional.

Mientras el Consejo Central de Salud (CCS) hace avanzar la GC hacia la consolidación, se está integrando la capacidad de GC en el entrenamiento pre-servicio para muchos de los cuadros técnicos y el entrenamiento post-básico de los oficiales y enfermeras clínicas involucrados en el entrenamiento especializado. Además, es necesario crear planes para proveer, en forma segura, el fortalecimiento institucional continuo, a fin de crear más facilitadores y entrenadores de GC y manejar la reasignación y el desgaste del personal a todos los niveles, desde los establecimientos hasta el liderazgo de alto nivel. También, la fase de consolidación requiere que el CCS considere cómo continuar a proveer el fortalecimiento institucional para su personal de GC más experimentado: ofrecer experiencias adicionales de aprendizaje a través de conferencias internacionales, cursos, materiales profesionales, o por otros medios; esto se ha vuelto un reto importante.

Fuente: Askov y cols. Sin fecha.

institucional están enfocadas en el desarrollo de (a) habilidades técnicas específicas de GC en una masa crítica de profesionales, y (b) las habilidades necesarias de liderazgo y apoyo (planificación y facilitación, etc.) entre los que están implementando las actividades de GC. Al final de esta fase, un signo clave de un fortalecimiento institucional exitoso es que la organización tenga un grupo de supervisores, facilitadores, y líderes con los conoci-

mientos y habilidades para, no solamente apoyar el nivel actual de GC, sino también aumentarlo. Además, la organización tiene entendimiento sobre cuales son los tipos de enfoques de fortalecimiento institucional más apropiados y hay un consenso sobre las estrategias para aumentar el fortalecimiento institucional de GC dentro de la organización.

Cuadro 5.8 Posibles actividades para desarrollar el elemento esencial Fortalecimiento Institucional y avanzar a la siguiente fase/estado

Concientización	<p>Emprender sesiones de concientización y sensibilización de GC para actores interesados y tomadores de decisiones seleccionados.</p> <p>Explorar varias perspectivas de atención de salud de calidad (administrador, proveedor, cliente, pagador, comunidad).</p> <p>Hacer visitas a establecimientos con muy buena reputación en alta calidad.</p> <p>Organizar viajes de estudio a otros países o regiones para ampliar las perspectivas sobre la calidad.</p> <p>Ofrecer talleres sobre las mejores prácticas.</p> <p>Estudiar eventos adversos.</p> <p>Implementar evaluaciones de calidad, incluso la medición de satisfacción de los clientes.</p> <p>Revisar las estadísticas de salud actuales y los datos epidemiológicos.</p>
Experimentación	<p>Establecer un entrenamiento para el desarrollo de las habilidades de los supervisores y facilitadores, incluyendo tutoría y evaluación en el trabajo.</p> <p>Introducir ejercicios de auto-evaluación y vigilancia.</p> <p>Llevar a cabo entrenamientos de liderazgo.</p> <p>Desarrollar indicadores de desempeño y la evaluación de entrenamiento basado en el desempeño.</p> <p>Probar modalidades alternativas de entrenamiento (Ej., aprendizaje computerizado, aprendizaje basado en problemas, tutoría.)</p>
Expansión	<p>Desarrollar un plan formal de fortalecimiento institucional de GC.</p> <p>Desarrollar un sistema para rastrear el entrenamiento del personal en GC y la evaluación continua de la efectividad del entrenamiento, basada en el desempeño.</p> <p>Desarrollar un programa formal de entrenamiento para mentores y facilitadores de GC que incluya aprendizaje en el trabajo.</p> <p>Validar la competencia de mentores, facilitadores, y supervisores de GC.</p> <p>Explorar si el aprendizaje computerizado podría expandir el acceso de profesionales privados y personal lejano a información sobre la GC.</p> <p>Desarrollar e implementar un programa de estudios sobre liderazgo.</p>
Consolidación	<p>Desarrollar un mecanismo para una evaluación anual de las necesidades del fortalecimiento institucional de GC, planificación estratégica de temas específicos de GC, y el desarrollo de estrategias apropiadas de entrenamiento para cubrir cada una de ellas.</p> <p>Pulir el sistema de evaluación basándose en el desempeño.</p> <p>Pulir el proceso para la conservación de un número crítico de facilitadores y mentores competentes.</p> <p>Implementar una estrategia de entrenamiento para conservar una masa amplia de profesionales y defensores de la GC.</p>

Expansión: Cuando la organización está lista para aumentar el ámbito de implementación de la GC, el fortalecimiento institucional es otra vez crítico en la provisión y refuerzo de los conocimientos y habilidades de GC a un grupo aún más amplio de individuos. Durante la expansión, el fortalecimiento institucional de GC podría incluir el entrenamiento, el aprendizaje en el trabajo, la tutoría, la facilitación, el aprendizaje basado en computadoras, y otros programas de aprendizaje. Para una efectividad máxima, las actividades de fortalecimiento institucional de GC deberán ser integradas con otras actividades de fortalecimiento institucional organizacionales. Durante esta fase, materiales de entrenamiento y apoyo de GC deberán ser compilados o revisados, según sea necesario. Se debe desarrollar la capacidad a varios niveles: el personal con habilidades de liderazgo de GC que podría facilitar el trabajo de los equipos de GC, expertos en GC que puedan promover el desarrollo continuo de estrategias y técnicas de GC, y el personal con habilidades para facilitar y guiar la GC que pueda proveer el apoyo continuo a la implementación extendida de GC. Este personal de GC no es un grupo reducido de expertos en GC sino más bien, una parte creciente del personal con habilidades en GC. Las habilidades de esta agrupación creciente de facilitadores, mentores, y entrenadores maestros de GC deben ser verificadas en este momento y la efectividad del entrenamiento de GC debe ser evaluada. Un signo clave de progreso para avanzar a la fase siguiente es la creación de una masa crítica de personal competente para sostener los esfuerzos de GC. Otro signo es la presencia de líderes y administradores que actúen como modelos de los valores y procesos de GC.

Consolidación: En esta fase, los planes de fortalecimiento institucional están integrados en el entrenamiento continuo del personal y los planes de desarrollo. El contenido y métodos de entrenamiento y otros esfuerzos de fortalecimiento institucional son vigilados para verificar su efectividad. La competencia y desempe-

no son evaluados regularmente, y los resultados son usados para dirigir el mejoramiento o acrecentamiento de la capacidad. Se usan diversos enfoques de fortalecimiento institucional, tales como auto-evaluaciones y aprendizaje en el trabajo. Indicaciones adicionales de consolidación incluyen: tener un programa de estudios de GC integrado en los otros programas de estudios, tales como el entrenamiento pre-servicio en las escuelas para profesionales de salud y en las universidades; e incluir la GC en el entrenamiento en la organización para intervenciones específicas de salud. Finalmente, una característica clave de esta fase es la existencia de un proceso o un mecanismo para mantener una amplia masa de capacidades de GC. Una vez que existe una amplia masa de profesionales y partidarios de la GC junto con un sistema fuerte para mantener tanto números como habilidades, la madurez está cerca.

Madurez: Con la madurez, el fortalecimiento institucional para la GC está plenamente integrado en los programas de estudios de pre-servicio, y la educación continua para los proveedores y administradores de atención de salud, y tiene el respaldo continuo de los facilitadores, los mentores, y los supervisores. Así, la organización tiene un mecanismo para desarrollar y actualizar la capacidad de GC a todos los niveles, incluyendo el mantenimiento de una amplia masa de expertos, facilitadores, y profesionales.

5.7 Información y comunicación

La información y la comunicación juegan un rol clave de apoyo en cada fase del proceso de institucionalización de la GC. Este rol abarca la recolección de toda la información relevante sobre las actividades directas de GC y los otros elementos esenciales (tales como el desarrollo de políticas) y compartir la información con todos aquellos que puedan aprender de ella o que la necesiten para promover el esfuerzo de institucionalización. Por lo tanto, la información y comunicación son importantes no solamente para facilitar la implementación de la GC, sino también para la abogacía y para elevar la concientización y reconocimiento del valor de la GC. Ya sea que se busque definir, medir, o mejorar la calidad, la documentación y difusión de los resultados son cruciales. El trabajo en equipo solamente será exitoso si los miembros del equipo comparten (comunican) la información que tienen con los demás en el equipo. Esta información es parte de los datos reunidos y usados para la toma de decisiones sobre la planificación y mejoramiento de los programas. También, la comunicación es el proceso mediante el cual los clientes pueden ofrecer su participación y expresar su satisfacción o descontento con los servicios que reciben (ver el ejemplo en el Recuadro 5.7).

Recuadro 5.7 La promoción de una cruzada nacional para la calidad de la atención de salud en México

Reflejando la alta prioridad dada al mejoramiento de la calidad de atención de salud (ver Cuadro 3.1), la Cruzada Nacional para la Calidad, bajo el liderazgo de la Secretaría de Salud del Gobierno de México, creó una iniciativa nacional de comunicación para promover la calidad en el sector salud. La campaña recibió una amplia publicidad a través de los medios de comunicación y materiales de promoción, tales como carteles y folletos. Un objetivo clave de la campaña es asegurar que los mejoramientos en la calidad de atención de salud sean claramente percibidos por la población. Adicionalmente, se ha desarrollado una declaración de los derechos de los clientes (de servicios de salud) y está siendo introducida en todos los establecimientos de salud. La campaña ha creado un sitio web y tiene una línea telefónica de emergencia de la calidad a nivel nacional para permitir a los ciudadanos mexicanos reportar sus preocupaciones o problemas con la calidad de los servicios de salud.

Otro aspecto propuesto en la campaña es el desarrollo de un sistema de incentivos para mejorar el desempeño de los proveedores individuales y organizaciones de atención de salud. La Secretaría está desarrollando incentivos en una base experimental para determinar qué combinaciones de incentivos serían las más efectivas y económicamente factibles para las instituciones del sector público.

Fuente: Secretaría de la Salud, México 2001.

Cada fase del proceso de la institucionalización presenta diferentes retos en la comunicación. Un proceso sencillo de planificación puede establecer un mecanismo efectivo de información y comunicación. Tal proceso incluye: definir las metas específicas de recopilación de información y comunicación en esa fase, identificar cualesquier obstáculo para cumplir con dichas metas, desarrollar perfiles de los diferentes grupos a ser alcanzados con la información (público); segmentar y priorizar dicho público; seleccionar los mensajes, materiales y canales de comunicación apropiados para cada grupo; desarrollar y probar previamente los materiales; evaluar la efectividad; y el uso de retroalimentación para pulir el programa de comunicación (Centro para la Prevención de Abuso de Sustancias

1997). El Cuadro 5.9 contiene una lista de actividades para el desarrollo de las funciones de información y comunicación durante cada fase del proceso de la institucionalización.

Concientización: Tal vez, en la fase de concientización, una organización con interés en la implementación de GC puede no tener el apoyo total de los grupos relevantes de actores interesados. Por lo tanto, en conjunto con las actividades de fortalecimiento institucional para incrementar los conocimientos y la concientización, el rol clave de la comunicación sería de abogar por la GC, explicar por qué la GC es necesaria, mostrar que la GC puede dirigirse con éxito a cuestiones de calidad de atención, y fortalecer el compromiso de implementar los programas de garantía de la calidad. Dar a los actores interesados clave la información sobre problemas de calidad, que ha sido generada en estudios de investigación, evaluaciones u otras fuentes; también es útil, así como compartir los resultados de los esfuerzos de GC de otras organizaciones.

Experimentación: Durante la fase experimental, la organización normalmente comienza a experimentar con maneras de generar información tanto sobre el proceso, como los resultados de los esfuerzos de GC, para abogar por una expansión de esfuerzos de GC. En esta fase, las organizaciones necesitan desarrollar y probar mecanismos, tanto para demostrar los resultados de los esfuerzos de GC, como para compartir la información con los tomadores de decisiones, comunidades, otros equipos y establecimientos y otros actores interesados. Signos de progreso para avanzar a la siguiente fase incluyen una documentación regular por parte de aquellos que están experimentando con la GC, y una difusión de experiencias a través de un público numeroso. También, están en su lugar mecanismos para asegurar que las mejoras, éxitos, y fracasos hechos en un departamento o división sean comunicados a las otras unidades.

Expansión: Una vez que comienza la expansión, ya sea una expansión geográfica o una expansión de ámbito, esfuerzos de información y comunicación son necesarios para ayudar a crear un consenso entre más actores interesados. Esta fase requiere, tal vez, el esfuerzo más agresivo de comunicación. Intervenciones previas para aumentar la conciencia pueden haber creado expectativas elevadas por parte de los consumidores, proveedores, y otras regiones o departamentos, y las críticas contra el esfuerzo podrían surgir. Mientras la organización abarca una implementación más amplia de la GC, la información y comunicación abierta facilitará esta transición. Los procesos de documentación establecidos para las fases de concientización y experimentación servirán como un cimiento para esta fase y proveerán datos para demostrar mejoras en la calidad de atención. La comparación con

Cuadro 5.9 Posibles actividades para desarrollar el elemento esencial *Información y Comunicación* y avanzar a la siguiente fase/estado

Concientización	<p>Reunir toda la información disponible sobre las actividades de GC que acontecen en la organización.</p> <p>Recopilar la información sobre las actividades relevantes de GC que acontecen en otras organizaciones, regiones, o países.</p> <p>Organizar foros internos y externos para abogar por un enfoque sobre la calidad y la GC.</p>
Experimentación	<p>Desarrollar las líneas directivas y los formatos para que los equipos de GC documenten su trabajo.</p> <p>Proveer apoyo a los equipos de GC con la documentación de su trabajo.</p> <p>Organizar reuniones habituales u otras oportunidades para que los equipos de GC compartan sus resultados.</p> <p>Desarrollar un plan de comunicación con los tomadores de decisiones o líderes clave de la GC para ayudarles a acumular más apoyo y consenso sobre la expansión.</p> <p>Fomentar una cultura de comunicación abierta sobre los éxitos y la oportunidad de aprender de los esfuerzos menos exitosos.</p>
Expansión	<p>Vigilar y evaluar los procesos continuos de documentación y comunicación.</p> <p>Seguir organizando y facilitando las reuniones habituales u otras oportunidades para que los equipos de GC puedan compartir sus resultados.</p> <p>Continuar con los esfuerzos de abogacía.</p> <p>Apoyar la diseminación de las experiencias y lecciones de GC con otras organizaciones, tanto domésticas como internacionales.</p>
Consolidación	<p>Evaluar las actividades de documentación y comunicación con el propósito de sostenerlas dentro de la organización.</p> <p>Trabajar con la sección de recursos humanos y las personas que formulan las políticas, para incorporar la responsabilidad de la documentación y la comunicación en la descripción de los puestos de trabajo.</p>

puntos de referencia de los esfuerzos exitosos de GC, tanto dentro como fuera de la organización, podría ser útil. Signos de progreso para avanzar a la fase de consolidación incluyen: mecanismos y sistemas para la documentación rutinaria de los hallazgos y las lecciones aprendidas, dise-

minación y difusión regular de los resultados, y el uso habitual de la información para una abogacía continua.

Consolidación: Las actividades de comunicación en la fase de consolidación deberán contribuir a la difusión de las metas, objetivos, y valores básicos de la calidad a través de toda la organización. La información deberá continuar alimentando los procesos de toma de decisiones y de las políticas. Los mecanismos y sistemas establecidos para la documentación, difusión, y abogacía durante la fase de expansión son rutinarios, y las responsabilidades para estas actividades están incorporadas en las descripciones de los puestos del personal.

Madurez: Con la madurez, los mecanismos para la documentación y difusión habitual de las experiencias de GC están bien establecidos. Las mejoras hechas en una parte de la organización son compartidas con las demás partes y con los actores interesados. La documentación y los datos son usados en forma rutinaria para la toma de decisiones a los niveles, tanto de políticas como de operaciones, para identificar las áreas a ser mejoradas, así como las mejores prácticas.

5.8 Reconocimiento del trabajo de calidad

El reconocimiento y la recompensa al trabajo de calidad son dos de las maneras más efectivas de motivar al personal y administradores de salud, a fin de que continúen y perseveren en sus esfuerzos para cumplir con las necesidades de los clientes, de la manera más efectiva y eficaz. La meta de institucionalizar el elemento de reconocimiento del trabajo de calidad, es crear una cultura organizacional en la que los esfuerzos para mejorar o asegurar la calidad sean reconocidos, apreciados, y recompensados y que el personal esté orgulloso de la calidad de su trabajo. Es importante notar que, además de los incentivos tangibles e intangibles para promover la búsqueda de calidad, la institucionalización de la GC requerirá la eliminación de los factores desalentadores que desaniman, y deberá impedir comportamientos que no estén explícitamente apuntados hacia la provisión de atención de salud de calidad o que no presten atención a las necesidades del cliente.

En el Recuadro 5.8, se describe un mecanismo aplicado en Malasia para el reconocimiento del trabajo de calidad. En el Cuadro 5.10, se presentan las actividades para desarrollar las recompensas a la calidad durante el proceso de la institucionalización.

Concientización: El primer paso en el desarrollo de mecanismos para el reconocimiento del trabajo de calidad, es desarrollar una concientización tanto de la necesidad de incentivos para mejorar la calidad, como de eliminar los factores desalentadores sobre la calidad. Ini-

Recuadro 5.8 Recompensa a la calidad en Malasia

Innovaciones para incrementar la productividad y mejorar la calidad han sido documentadas desde la década de 1960 en el Ministerio de Salud en Malasia. Sin embargo, no recibieron un reconocimiento formal hasta 1991 cuando un decreto a nivel de todo el gobierno solicitó el reconocimiento de proyectos formales de innovación, y la creación de una recompensa nacional a la innovación. Las innovaciones fueron definidas como «nuevas ideas en todos los aspectos del trabajo para ofrecer un servicio de calidad y mejorar la productividad, así como también acrecentar la satisfacción del cliente.» Posteriormente, algunos proyectos de innovación en el sector salud han ganado esta recompensa.

En 1997, una evaluación del esfuerzo nacional para mejorar la calidad en el sector de salud determinó que, si bien la idea de innovación tuvo amplia aceptación en el MdeS, su puesta en práctica no era uniforme en todo el país: unos estados eran más proactivos que otros. La evaluación recomendaba que las innovaciones debían recibir más publicidad en todo el país, para estimular el interés y ayudar a los demás a aprender de las mejoras exitosas.

Fuente: Suleiman y Jegathesan 2000.

cialmente, la organización deberá llegar a un consenso sobre lo que constituye la calidad en su trabajo. ¿Será que los esfuerzos enfocados principalmente en el uso eficaz de recursos, o mejoras en la salud y satisfacción del cliente son también importantes para la organización? A fin de orientar las recompensas y el uso del sistema de recompensas como un incentivo para la creación de una cultura de calidad, el personal debe entender claramente la dirección de los esfuerzos de calidad y las expectativas de desempeño. Otro aspecto crítico es la concientización y un entendimiento de cómo el sistema actual de administración de recursos humanos contribuye u obstaculiza el reconocimiento del trabajo de calidad. Un signo de progreso de que la organización esta lista para avanzar a la siguiente fase es el reconocimiento por parte del liderazgo de la necesidad de desarrollar los mecanismos o procesos para reconocer el trabajo de calidad y los esfuerzos de GC entre el personal.

Experimentación: Esta fase ofrece oportunidades para explorar diferentes maneras de reconocer y premiar la calidad, para experimentar eliminando los factores desalentadores o barreras a la producción de atención de alta calidad, y desalentando el desempeño deficiente. Si bien,

Los incentivos usados por otras organizaciones podrían proveer ideas valiosas, cada organización tendrá que aprender lo que mejor funciona y es más conveniente dentro de su contexto. Durante esta fase, una organización puede experimentar con varios paquetes de incentivos y desmotivaciones o cambiando ciertas prácticas en la administración de recursos humanos. Se podría también analizar la creación de incentivos para la comunicación de los resultados. Signos clave de progreso para avanzar a la fase de expansión del reconocimiento del trabajo de calidad incluyen: la presencia de un entendimiento claro sobre lo que obstaculiza el trabajo de calidad y lo que puede motivar a los trabajadores y equipos hacia la calidad y la implementación de paquetes de incentivos ya probados.

Expansión: Durante la expansión, se mueve la organización hacia la coherencia del desempeño individual del personal con los objetivos organizacionales de atención de alta calidad. Esta podrá comenzar con un sistema de expectativas claras para el desempeño y comportamiento laboral, donde se evalúe el desempeño en forma regular, se refuerce el buen desempeño, y se oponga explícitamente al desempeño deficiente. Los mecanismos para el reconocimiento del trabajo de calidad y esfuerzos para mejorar la calidad son incorporados en la estrategia global de GC, y son introducidos a varios niveles: individual, de equipo, y organizacional. Signos de progreso para avanzar a la fase de consolidación incluyen niveles elevados de concientización por parte del personal de los incentivos y recompensas al desempeño de calidad.

Consolidación: Durante la consolidación, el sistema de administración de recursos humanos tiene recompensas transparentes a corto y largo plazo para el desempeño individual de calidad y los esfuerzos de GC. La organización también ha implementado recompensas para el trabajo efectivo en equipo, así como excelencia en el desempeño de unidades organizacionales. Cuando una organización está lista para ser considerada como madura, el personal cree que el sistema de recompensas e incentivos es justo y significativo.

Madurez: Aún cuando una organización llega a un estado maduro de GC, todavía se necesita tener procesos formales o sistemáticos para reconocer al personal y los administradores que hacen su trabajo con calidad, incluso sistemas de incentivos que apoyen el mejoramiento continuo. Otro signo de que una organización tiene un elemento maduro de reconocimiento es que dispone de un medio para la participación comunitaria en los mecanismos para reconocer el trabajo de calidad. En este estado, la calidad es promovida y reconocida por los líderes y actores interesados, incluyendo la comunidad.

Cuadro 5.10 Posibles actividades para desarrollar el elemento esencial *Reconocimiento del Trabajo de Calidad* y avanzar a la siguiente fase/estado

Concientización	<p>Visitar organizaciones con sistemas de recompensas o administración de desempeño establecidas para promover el trabajo orientado a la calidad.</p> <p>Evaluar si todo el personal tiene una descripción de puesto y si las descripciones incluyen expectativas explícitas de desempeño.</p> <p>Identificar cualesquier factor desalentador en el sistema, que contribuya a una falta de atención a la calidad entre el personal.</p>
Experimentación	<p>Desarrollar descripciones de puesto de trabajo para todas las categorías de personal.</p> <p>Comenzar experimentos con diferentes incentivos para reconocer iniciativas de calidad en la organización.</p> <p>Considerar y probar una modificación al sistema de evaluación de desempeño.</p> <p>Organizar reuniones con los administradores a diferentes niveles de la organización para discutir incentivos y factores desalentadores del trabajo de calidad.</p> <p>Trabajar muy de cerca con ellos desarrollando nuevas políticas organizacionales para armonizar los esfuerzos y desarrollar una estrategia de implementación conjunta para reorientar la organización hacia el trabajo de calidad.</p>
Expansión	<p>Trabajar con la sección de recursos humanos y personas que formulan las políticas, para incorporar incentivos para la calidad en las evaluaciones de desempeño del personal.</p> <p>Desarrollar la capacidad de los supervisores para dar retroalimentación y motivar al personal a mejorar la calidad.</p> <p>Iniciar el desarrollo de mecanismos para solicitar la participación de las comunidades y clientes en el sistema de incentivos.</p> <p>Evaluar la satisfacción del personal con los incentivos y recompensas a la calidad.</p> <p>Analizar si existe algún factor desalentador del trabajo de calidad que resista en la organización e identificar las estrategias para eliminarlo.</p>
Consolidación	<p>Evaluar si todas las partes de la organización y todo el personal están incluidos en el nuevo sistema de incentivos.</p> <p>Eliminar cualesquier factor desalentador restante.</p> <p>Conducir una evaluación formal de la efectividad de los incentivos y recompensas a la calidad.</p>

5.9 Llevar los elementos hacia la madurez

Nuestra descripción del proceso de institucionalización para cada elemento esencial indica que una organización no tendrá necesariamente todos los elementos en una misma fase en un momento dado. Porque el progreso no es necesariamente uniforme a través del rango de elementos, es importante examinar el progreso de cada elemento y determinar como dirigir de la mejor manera los recursos y energías para desarrollar cada elemento. La última meta es llevar todos los elementos a la madurez—o tan cerca como sea posible—, y cada elemento es crítico para lograrlo. A menos de que todos los ocho elementos estén en su lugar y cerca de la madurez, el sostenimiento de la GC es difícil.

Se necesita un análisis cuidadoso para determinar dónde está cada elemento en su desarrollo. Hemos revisado cómo fue el estado de la institucionalización en Zambia en septiembre de 2002, para dar un ejemplo. Como se declara en el Recuadro 5.6, el Consejo Central de Salud en Zambia ha estado desarrollando su programa de GC desde 1993. En una reunión reciente de facilitadores y entrenadores de enlace de GC (cuatro facilitadores locales, cinco especialistas clínicos a nivel de provincia, y 13 entrenadores a nivel nacional), quienes están respaldando las actividades de GC a través de todo el país, un miembro del personal del proyecto de GC participó en un análisis del programa. El Cuadro 5.11, resume las conclusiones de los participantes sobre cada elemento esencial y las acciones para hacer avanzar el sistema de salud de Zambia en su institucionalización.

El análisis de la institucionalización de GC en Zambia presentado en el Cuadro 5.11 sugiere que un enfoque en los elementos de políticas, valores básicos, información y comunicación, y reconocimiento del trabajo de calidad sería lo más fructífero para alinear el esfuerzo global de GC. Como se propone en el marco, estos elementos no pueden ser objeto de un esfuerzo sin el apoyo del liderazgo. Por lo tanto, un próximo paso apropiado en Zambia sería comunicar este análisis a los líderes de mayor rango en el CCS para obtener su respaldo para las recomendaciones. Cuando los profesionales de GC informen regularmente sobre los resultados y ventajas de las actividades de GC al liderazgo organizacional, su trabajo para institucionalizar más la GC tiene más probabilidad de ser exitoso.

Como resumen de la Sección 5, la institucionalización de la GC es un proceso en marcha donde las actividades relacionadas con la definición, la medición, y el mejoramiento de la calidad de atención, están integradas formal y filosóficamente en la estructura y funcionamiento de una organización o sistema de salud. La institucionalización no es un proceso lineal que va desde el punto A hasta el punto B, sino un proceso fluido donde los elementos esenciales de la garantía de calidad pueden o no madurarse en forma consecutiva. No existe un solo camino para todas las organizaciones, pero el marco de los ocho elementos esenciales y el proceso de las fases de la institucionalización, proveen el contorno de los aspectos necesarios y un plano general para la creación de un programa duradero para mejorar la calidad de atención de salud ofrecida por una organización.

Cuadro 5.11 El análisis de cada elemento esencial en el programa de calidad de Zambia

Elemento esencial Estado en Agosto del 2002

Políticas	El ambiente de políticas en Zambia se está moviendo de la experimentación a la expansión. Las políticas de apoyo al fortalecimiento institucional de GC, la medición de desempeño, y el mejoramiento continuo están implantados en la administración general, la administración de los datos, y las políticas y pautas clínicas. Indicadores de salud y el sistema de administración de información son usados para la evaluación local de calidad, así como también a nivel nacional y para guiar los esfuerzos de mejoramiento. El plan de implementación de GC es parte de la	planificación estratégica y de acciones a todos los niveles (local, distrito, provincial, nacional). Para desarrollarse aun más, el personal planea documentar las líneas directivas para definir los roles y responsabilidades relacionadas con la calidad para todo el personal, guiar los comités de GC, y ampliamente explicar el sistema de comunicación/- informes. El desarrollo de una política completa de GC que conecte todos los tipos de esfuerzos de GC, incluso los enfoques regulativos, tales como la acreditación, facilitará la expansión de las actividades de GC en Zambia.
Liderazgo	Zambia se está moviendo hacia la fase de expansión en términos de liderazgo. Líderes clave a todos los niveles tienen la autoridad de expandir las actividades de GC, permitiendo enfoques creativos e individualizados para la medición y mejoramiento de calidad a diferentes niveles del sistema de salud. Unos distritos y hospitales ya tienen una masa crítica de líderes, quienes tienen la responsabilidad de la calidad, dirigen las actividades de GC, y	han suministrado el apoyo sostenido y los recursos para el trabajo de GC, pero este no es consistente en todo el país. Para avanzar al siguiente nivel, los facilitadores de GC están involucrando una variedad más amplia de líderes de alto nivel en sensibilización de GC, para adquirir su apoyo y asistencia a fin de dirigir los esfuerzos de GC.

continúa en la página 52

Cuadro 5.11 El análisis de cada elemento esencial en el programa de calidad de Zambia *continuación (página 51)*

Elemento esencial	Estado en Agosto del 2002	
Valores Básicos	<p>«La visión para las reformas de salud es de proveer atención de salud que sea de calidad y con efectividad de costos, tan cerca a la familia como sea posible.» Esta declaración refleja los valores básicos sostenidos por el sistema del sector público de salud en Zambia, colocándolo en la fase experimental. El personal y los líderes están ampliamente concientes de las barreras que limitan</p>	<p>la realización de esta visión, pero el CCS sigue incluyendo estos valores en la evaluación de desempeño, supervisión, desarrollo de políticas, y la toma de decisiones estratégicas. Mientras refuerzan esta fase, los líderes podrían considerar si la visión y planificación estratégica implican otros valores importantes; de ser así, estos líderes podrían hacer explícitos estos temas adicionales.</p>
Recursos	<p>Recursos para hacer la GC en Zambia están en la fase de expansión. Presupuestos realistas y otros documentos de recursos a los niveles de establecimiento, distrito, y de provincia identifican los recursos humanos, financieros, y de materiales, que se necesitan para proveer atención de salud de calidad. En muchos casos, se ha integrada la GC con otras actividades; así un presupuesto para introducir un nuevo servicio, por ejemplo, incluirá los recursos necesarios para la elaboración de estándares y su comunicación, la medición inmediata de la calidad después de la intervención, y la vigilancia a más largo plazo. Los presupuestos locales definen</p>	<p>los requisitos para el fortalecimiento institucional (clínica, GC, salud/sistema de administración de información, etc.), niveles de personal, y prioridades para las mejoras clínicas. Mientras que las actividades maduran, el CCS espera que una mayor parte del país incorpore las necesidades de recursos para la GC en los presupuestos rutinarios y anticipa tener suficientes recursos para financiar todos los niveles con los montos presupuestados. Asegurar recursos adecuados para apoyar el programa de GC a los niveles nacional y local señalaría un paso importante hacia la consolidación.</p>
Organización para la Calidad	<p>El CCS está en la fase de consolidación vis-à-vis la organización para la calidad. La evaluación determinó que las estructuras organizacionales actuales no sostienen la comunicación sobre la calidad o una vigilancia y supervisión efectiva del trabajo de GC a nivel nacional. Con un nuevo especialista de calidad de servicio, asumiendo el rol de técnico de alto rango de GC en Septiembre de 2002, existe una oportunidad para redefinir los roles y responsa-</p>	<p>bilidades relacionados con la calidad y la GC en todos los niveles. Mientras se escriben las descripciones de los puestos de trabajo, se incluye la responsabilidad para la calidad. Adicionalmente, se están revisando las declaraciones de responsabilidades específicas de los especialistas clínicos, los comités de GC, los facilitadores de GC a nivel de provincia, y los entrenadores a nivel nacional.</p>
Fortalecimiento Institucional	<p>El CCS está en la fase de expansión para el fortalecimiento institucional, siguiendo hacia la consolidación. El fortalecimiento institucional formal de GC se ha dado o está en marcha en cada distrito y en cada hospital de nivel 2 y 3, y facilitadores competentes están disponibles en la mayoría de los distritos y en cada hospital. Muchos de los establecimientos tienen por lo menos una persona entrenada en GC. En el fortalecimiento institucional se usan materiales estándares y entrenadores calificados. La efectividad del entrenamiento ha sido evaluada en forma rutinaria por entrenadores nacionales, resultando en cambios de los enfoques</p>	<p>técnicos y el entrenamiento de los facilitadores. Los facilitadores de GC y entrenadores nacionales han sido validados regularmente a través de una evaluación de su competencia por parte de profesionales de GC de rango superior. Los materiales de entrenamiento han sido desarrollados para varios ambientes de escuelas de pre-servicio y post-básicas en programas clínicos técnicos y de enfermería. Se han hecho planes para entrenar a facilitadores y entrenadores nacionales adicionales para manejar el desgaste y la reasignación, a fin de asegurar una amplia masa de habilidades en GC.</p>
Información y Comunicación	<p>Este elemento ha estado a nivel de consolidación en años anteriores. Sin embargo, los mecanismos previamente establecidos para la comunicación desde el campo hasta el nivel nacional, a través de facilitadores y entrenadores nacionales, fueron evaluados recientemente y se encontraron fallas. Consecuentemente, este elemento se considera en la fase experimental. Algunos distritos y provincias tienen reuniones regulares para discutir cuestiones de calidad y revisar los esfuerzos de calidad. Para avanzar este elemento, la información de estas reuniones debería ser comunicada regularmente hasta el nivel nacional y ser usada en forma rutinaria para la abogacía de GC. Otro avance sería motivar a los</p>	<p>supervisores a reportar regularmente la información sobre la calidad a sus supervisores, para que más gente, aparte de los facilitadores de GC, esté comunicando sobre la calidad. El método más efectivo de comunicación ha sido a través de reuniones de enlace—reuniones a nivel nacional de entrenadores nacionales de GC, especialistas clínicos a nivel de provincia, y facilitadores locales seleccionados. Aunque existe una provisión presupuestaria rutinaria para estas reuniones, el monto de los fondos es insuficiente, por lo que se necesita una atención continua para asegurar que las reuniones se lleven a cabo regularmente.</p>
Reconocimiento del Trabajo de Calidad	<p>Zambia está en un nivel experimental en términos de un reconocimiento formal de la calidad. No se han desarrollado las descripciones de los puestos de trabajo para todo el personal, aunque las expectativas del trabajo si existen para categorías de personal. El sistema ha asumido que los trabajadores serán de alta calidad y no ha imaginado un rol para recompensas o castigos basados en la calidad del desempeño. A nivel nacional, los líderes están discutiendo maneras de evaluar y reconocer el</p>	<p>trabajo de calidad. A niveles locales, donde los esfuerzos de GC están sostenidos, la gente recibe reconocimiento a la calidad en varias maneras: un reconocimiento individual por parte de los supervisores, premios formales en el Día del Trabajo, el reconocimiento de «la mejor sala» o «la mejor enfermera,» la habilidad de usar fondos ahorrados en necesidades prioritarias, y un ascenso individual debido a los conocimientos de la calidad y garantía de la calidad.</p>

Fuente: Reinke 2002

6 Epílogo

EL proyecto de GC ha completado ahora diez años de trabajo en apoyo a los países de bajos y medianos ingresos en la implementación de GC en sistemas de atención de salud en los niveles nacional, regional, y local. Esta monografía destaca nuestro entendimiento sobre lo que se necesita para sostener a través del tiempo la GC en un sistema u organización de atención de salud.

El liderazgo, tanto a nivel del establecimiento como en la política es, tal vez, el elemento más crítico en el mejoramiento y sostenimiento de la calidad de atención y el avance en la institucionalización. Adicionalmente, deben existir políticas claras que enlacen la GC con la misión global de la organización y que definan los roles y responsabilidades en la GC de los facilitadores, entrenadores, comités de calidad, y supervisores. Aunque nuestra experiencia en el campo nos enseña que es posible implementar las actividades de GC con buenos resultados, sin necesidad de que las políticas globales apoyen la GC, dichas actividades son muy rara vez (o nunca) sostenibles. El liderazgo, políticas, y valores básicos que apoyan a la GC ayudan a mantener la motivación de los trabajadores de salud para persistir en la provisión de atención de calidad, a pesar de las dificultades que enfrentan diariamente en ambientes donde hacen falta suficientes recursos.

Construir la capacidad de GC a los niveles de establecimiento, distrito, región, y nacional para la implementación a gran escala es otro reto significativo, y uno que exige perspicacias adicionales en cómo emprenderlo con la menor inversión de recursos. Sabemos que las organizaciones que se esfuerzan realmente por la garantía de la calidad deben asignar suficientes recursos para desarrollar un cuadro de expertos en la GC, que puedan entrenar, facilitar, y guiar a los demás. El desgaste frecuente del personal de salud exige diversas estrategias para el desarrollo y sostenimiento de las habilidades de GC después de las oleadas iniciales de entrenamiento de GC. Alternativas al entrenamiento tradicional son dignas de una aplicación más amplia: auto-aprendizaje, la tutoría de colegas, y ayudas de trabajo, así como mecanismos para alcanzar a los proveedores potenciales de atención de salud, durante la educación básica y durante el servicio a través de organizaciones profesionales.

Aunque los ocho elementos esenciales y las fases de la institucionalización son el tema central de esta monografía, es importante acordarse de los principios de GC mien-

tras se institucionaliza la GC. Por ejemplo, el principio del enfoque en el cliente, como se nota en la Sección 2, hace que los trabajadores de salud realicen su trabajo de la mejor manera y mantiene a los clientes satisfechos con los servicios que reciben. Este desempeño alimenta un enfoque hacia los resultados, que resonarán con las autoridades de salud, que son responsables de mejorar los resultados de los problemas prioritarios de salud, de la eficiencia, y de la reducción de costos. Ofrecer evidencia objetiva del mejoramiento demuestra a los tomadores de decisiones de salud, en forma continua, que las inversiones en GC producen resultados. El desarrollo de indicadores de calidad y sistemas de vigilancia que captan y comunican dichos resultados es esencial para este fin.

El proyecto de GC entra en su segunda década con un entendimiento claro de los elementos de la institucionalización de GC y de la necesidad de aprender a apoyar de la manera más eficiente su desarrollo y aumento a escala. Aunque algunos países han hecho avanzar rápidamente la expansión de GC en distritos o provincias enteras, muchos países se han empantanado en la fase de expansión, luchando con los retos de aumentar a escala las experiencias que han sido exitosas a nivel piloto o demostración. Necesitamos aprender más sobre cómo las actividades de GC en un pequeño número de establecimientos, pueden ser expandidas de manera eficiente hasta cubrir todas o la mayoría de las operaciones de una organización de atención de salud.

No existe un solo enfoque al aumento a escala que sea conveniente para todos los países y contextos, y es necesario aumentar nuestro entendimiento del rango de las estrategias de expansión y las diferentes condiciones bajo las cuales varias estrategias funcionarían. El enfoque de las actividades de GC en los problemas prioritarios de salud es un modelo que podría ser efectivo en la expansión rápida de los esfuerzos de GC. La selección de lo que tiene que ser mejorado determina gran parte del entusiasmo inicial y del compromiso del liderazgo para con el esfuerzo de mejoramiento. La selección de prioridades de salud importantes es crítica; el hacerlo, hará que el esfuerzo valga la pena y generará apoyo para más mejoras. Esto tiene el beneficio doble de lograr resultados mensurables para persuadir a los tomadores de decisiones de que las actividades de GC valen la pena y proveen además un refuerzo positivo a los proveedores de salud, que han em-

prendido la actividad de GC. Duplicar las intervenciones exitosas o la expansión del trabajo a otras áreas clínicas sirve como vehículo para extender los conceptos y métodos de GC a un área más grande o para aplicarlos a otros problemas.

Otro enfoque prometedor para construir y sostener los esfuerzos de GC, es la creación de la demanda de una calidad de atención mejorada por parte de fuerzas externas a la organización de atención de salud. Esta demanda externa para la calidad podría venir de los clientes y comunidades (tales como los comités de usuarios o los consejos de salud comunitarios) o a través del sistema del financiamiento de atención de salud, como el enfoque de vincular el pago o reembolso al cumplimiento de los estándares mínimos de calidad. Prestar atención a las necesidades y expectativas de los clientes puede ayudar a poner las bases de un mayor compromiso y apoyo de la comunidad para los esfuerzos de GC.

Finalmente, el énfasis creciente en la reforma del sector salud alrededor del mundo ofrece «tierra fértil» para la institucionalización de la GC. Actualmente muchos países están experimentando cambios significativos relacionados

con reformas de salud, tales como la descentralización, la integración del sector privado en la atención primaria, la modernización y la diversificación del seguro de salud. Para que la GC sea parte de una agenda nacional y progrese más allá de las fases de concientización y experimentación, es necesario vincularla con la agenda de reformas al sistema de salud y no trabajar en forma aislada.

La garantía de calidad es un campo dinámico, con ideas nuevas y herramientas en constante desarrollo. El marco de institucionalización fue diseñado para que los tomadores de decisiones de atención de salud pudieran identificar acciones concretas para institucionalizar más la GC en su organización o sistema de salud. Este marco ha sido usado en América Latina y África para asistir a los Ministerios de Salud a planificar y enfocar sus esfuerzos y recursos para fortalecer sus programas de GC. En respuesta a las solicitudes de programas nacionales, estamos actualmente desarrollando instrumentos de auto-evaluación y vigilancia, basados en el marco, para ayudar a las organizaciones de atención de salud en el análisis del progreso de su institucionalización de la GC de una forma más sistemática a través del tiempo.

Referencias

- Abdallah, H., O. Chernobrovkina, A. Korotkova, R. Massoud, y B. Burkhalter. 2002. Improving the Quality of Care for Women with Pregnancy-Induced Hypertension Reduces Costs in Tver, Russia. *Operations Research Results* 2(4). Bethesda, MD: Published for the United States Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project.
- Ashton, J. 2001a. Monitoring the Quality of Hospital Care. *Health Manager's Guide*. Bethesda, MD: Published for the United States Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project.
- Ashton, J. 2001b. Taxonomy of Health System Standards. *Project Report*. Bethesda, MD: Published for the United States Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project.
- Askov, K., C. MacAulay, L. M. Franco, D. Silimperi, y T. Veldhuyzen van Zanten. Sin fecha. Institutionalization of Quality Assurance. *Project Report*. Bethesda, MD: Published for the United States Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project.
- Atkinson, P.E. 1990. *Creating Cultural Change: The Key to Successful Total Quality Management*. Toronto: Pfeiffer & Company.
- Baldrige National Quality Program. 2001. Health Care Criteria for Performance Excellence 2001. Gaithersburg, MD: Baldrige National Quality Program.
- Barker, J.A. 1999. *Leadershift: Five Lessons for Leaders in the 21st Century*. West Des Moines, IA: American Media Inc.
- Berwick, D.M. 1995. *Improving Health Care Quality*. Boston, MA: Institute for Healthcare Improvement.
- Berwick, D.M., A. Enthoven, y J.P. Bunker. 1992. Quality management in the NHS: The doctor's role—II. *British Medical Journal* 304:304–08.
- Bouchet, B. Sin fecha. Vigilancia de la calidad de la atención primaria. *Guía para el Administrador de Salud*. Bethesda, MD: Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el proyecto de garantía de calidad.
- Brown, L.D. 1995. Lessons learned in institutionalization of quality assurance programs: An international perspective. *International Journal of Quality Health Care* 7(4):419–25.
- COHSASA (Council for Health Service Accreditation of Southern Africa). 2000. Encouraging progress in KwaZulu-Natal. *COHSASA NEWS* 1(1).
- Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services. 1997. «Identifying the Target Audience.» *Technical Assistance Bulletin*. June.
- Deming, W.E. 1982. *Quality Productivity and Competitive Position*. MIT Center for Advanced Engineering Study: Cambridge, MA.
- Dickson K., A. Ashton, D. Silimperi, W. Moleko, y S. Ladha. Forthcoming. Developing a Focused Accreditation Model to Improve the Quality of Adolescent Health Services. *Quality Assurance Project Case Study*. Bethesda, MD: Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project.
- Donabedian, A. 1980. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Volumes I, II, and III. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Ethier, K. Forthcoming. Working title: «Empowered by Quality Improvement: A Qualitative Look at the Successes of the Quality Assurance Project in Russia,» submitted for presentation at the 8th European Forum on Quality Improvement in Health Care, Bergen, Norway; May 2003.
- Gnecco, G. 1999. Making a commitment to quality: Development of the quality assurance programme in Chile, 1991–1999. *International Journal of Quality Health Care* 11(4):443–45.
- Gnecco, G., S. Lucero, A. Bassi, R. Loncomilla, y L.D. Brown. 1999. Making a Commitment to Quality: Development of a National Quality Assurance Program in Chile 1991–1998. *Country Report*. Bethesda, MD: Published for the United States Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project.
- Grindle, M.S. 1997. Divergent cultures? When public organizations perform well in developing countries. *World Development* 25(4):481–95.
- Hermida, J., y M.E. Robalino. 2002. Increasing compliance with maternal and child care quality standards in Ecuador. *International Journal for Quality in Health Care*. 14(Supplement 1):25–34.
- Juran, J.M. 1988. *Juran's Quality Control Handbook* (Fourth Edition). USA: McGraw Hill, Inc.

- Langley, G.J., K.M. Nolan, T.W. Nolan, C.L. Norman, y L.P. Provost. 1996. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Legros, S., R. Massoud, O. Urroz, y E. Kelley. 2000. The Chile Quality Assurance Program: Final Evaluation. *Technical Report Summary 1(2)*. Bethesda, MD: Published for the United States Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project.
- Lin, Y. 2000. Designing Quality Essential Obstetric Care Services in Honduras. *Quality Assurance Project Case Study*. Bethesda, MD: Published for the United States Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project.
- Management Sciences for Health. 2002. Developing managers who lead. *The Manager* 10(3).
- Marszalek-Gaucher, E., y R.J. Coffey. 1990. *Transforming Healthcare Organizations: How to Achieve and Sustain Organizational Excellence*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Massoud, R., K. Askov, J. Reinke, L.M. Franco, T. Bornstein, E. Knebel, and C. Macaulay. 2001. A Modern Paradigm for Improving Healthcare Quality. *QA Monograph Series 1(1)*. Bethesda, MD: Published for the United States Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project.
- Ministry of Health and Population of Malawi. 1997. National Quality Assurance Plan (draft). Lilongwe, Malawi.
- Partnerships for Health Reform Project. 2000. *Glossary of Health Reform Terms for Translators: A Working List for Use by Translators and Health Systems Specialists*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project in cooperation with the Ministry of Health and Population, Egypt.
- Plsek, P.E. 1997. «Working Paper: Some Emerging Principles for Managers of Complex Adaptive Systems (CAS).» <www.directedcreativity.com/pages/ComplexityWP.html>. Uploaded to Internet 5 November 1997.
- Powell, T.C. 1995. Total quality management as competitive advantage: A review and empirical study. *Strategic Management Journal* 18:15–37.
- QA (Quality Assurance) Project. Sin fecha. «Niger Country Report: Tahoua Project.» *Quality Assurance Methodology Refinement Series*. Bethesda, MD: Published for the United States Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project.
- Reinke, J.M., L. Malianga, y M. Mchombo. 2001. Malawi: May 21–June 7. Trip Report.
- Reinke, J.M. 2002. Zambia: August 4–September 1. Trip Report.
- Renzi, M. 1996. An integrated tool kit for institutional development. *Public Administration and Development* 16:469–83.
- Roemer, M.I., y C. Montoya-Aguilar. 1988. Quality assessment and assurance in primary health care. *WHO Offset Publication No. 105*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Rooney, A., y P.van Ostenberg. 1999. Licenciatura, Acreditación y Certificación: Enfoques para la Evaluación y Administración de Calidad de los Servicios de Salud. *Serie de perfeccionamiento de la metodología de garantía de calidad*. Bethesda, MD: Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el proyecto de garantía de calidad.
- Ryan, K., y D.K. Oestreich. 1998. *Driving Fear out of the Workplace: Creating a High-Trust, High-Performance Organization*, 2nd Edition. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Secretaría de Salud. 2001. *Programa Nacional de Salud 2001-2006: La democratización de la salud en México*. México, D.F.
- Senge, P.M., A. Kleiner, C. Roberts, R.B. Ross, y B.J. Smith. 1994. *The Fifth Discipline Fieldbook: Strategies and Tools for Building a Learning Organization*. New York, NY: Doubleday.
- Shortell, S.M., J.L. O'Brien, J.M. Carman, R.W. Foster, E.FX. Hughes, H. Boerstler, y E.J. O'Connor. 1995. Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: Concept versus implementation. *Health Services Research* 30:377–401.
- Shortell, S.M., C.L. Bennett CL, Byck GR. 1998. Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: What will it take to accelerate programs. *The Milbank Quarterly* 76:593–624.
- Suleiman, A.B., y M. Jegathesan. 2000. Health in Malaysia—Achievements and Challenges. Malaysia: Ministry of Health.
- Tenner, A.R., y I.J. DeToro. 1992. *Total Quality Management: Three Steps to Continuous Improvement*. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company, Inc.
- USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional). 2000. «Measuring Institutional Capacity.» USAID/CDIE TIPS Number 15. Washington, DC: USAID.
- Wagner, C., D.H. DeBakker, y P.P. Groenewegen. 1999. A measuring instrument for evaluation of quality systems. *International Journal of Quality Health Care* 11:119–30.



PROYECTO DE GARANTÍA DE CALIDAD

TEL (301) 654-8338
FAX (301) 941-8427
www.qaproject.org



El Proyecto de Garantía de Calidad (Quality Assurance Project, QAP) es financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en virtud del Contrato número HRN-C-00-02-00004-00. El proyecto sirve a países que son elegibles de recibir asistencia de USAID, y apoya a las misiones de USAID y otras agencias, así como a organizaciones no gubernamentales que cooperan con USAID. El proyecto aporta asistencia técnica en el mejoramiento de la calidad de la atención y en el desarrollo de la capacidad de la fuerza laboral en el sector de salud, en busca de gestar enfoques sostenibles hacia el cambio integral en la prestación de servicios de salud. El equipo técnico del proyecto consta del contratista principal, University Research Co., LLC (URC), Initiatives Inc. y Joint Commission Resources, Inc.