



# Population Reports



Maha Luoma, PRIVE Project

## Mejoramiento del desempeño

**El Mejoramiento del Desempeño (MD), un proceso iniciado por la industria, está actualmente ayudando a fortalecer las organizaciones de salud reproductiva. El MD se concentra en satisfacer las necesidades de los proveedores de servicios y otros integrantes del personal. Cuando los programas capacitan e inspiran al personal para que este actúe de la mejor manera posible, la calidad de la atención mejora.**

Las personas necesitan tener los conocimientos y destrezas que les permitan desempeñarse bien en su trabajo, pero también necesitan saber qué se espera de ellas y si satisfacen o no las expectativas. Necesitan tener buenas condiciones de trabajo, fuerte apoyo de la organización e incentivos para desempeñarse bien.

Cuando las personas no se desempeñan bien, generalmente existen varias razones para ello. La estrategia del MD puede ayudar a las organizaciones a identificarlas y abordarlas. El Mejoramiento del Desempeño es útil en los entornos donde escasean los recursos puesto que presta atención especial a las causas frecuentemente desatendidas de los problemas del desempeño, como las expectativas vagas o la retroalimentación infrecuente, cuya corrección no es necesariamente costosa. El Mejoramiento del Desempeño sirve sobre todo para resolver problemas, pero también puede ayudar a establecer un nuevo puesto o ayudar a los integrantes del personal a hacerse cargo de nuevas tareas o ajustarse a nuevos estándares.

### Proceso sistemático

Las organizaciones dedicadas a la atención de la salud reproductiva aplican el Mejoramiento del Desempeño en un proceso llevado a cabo por las partes interesadas, o sea, los integrantes del personal, clientes, administradores y otros afectados por un problema del desempeño o interesados en resolverlo. A su vez, las partes interesadas generalmente necesitan la ayuda de los facilitadores, es decir, los integrantes del personal o consultores con preparación o experiencia en materia de Mejoramiento del

### Temas principales

El método de MD ofrece muchos beneficios .....	5
Las lecciones de un proyecto piloto .....	7
Cómo ayudar a la gente a hacer lo mejor que pueda .....	8
Burkina Faso: evaluación de las necesidades .....	10
India: el MD ayuda a los proveedores privados de servicios .....	15
En Ghana se hace uso del Árbol del Porqué .....	17

### Contenido

Resumen de los editores .....	1
Perspectiva general .....	3
La puesta en marcha .....	11
Defina el desempeño deseado .....	11
Describa el desempeño real .....	13
Mida o describa las deficiencias del desempeño .....	16
Averigüe las causas radicales de los problemas .....	16
Seleccione las intervenciones .....	18
Lleve a cabo las intervenciones .....	19
Monitoree y evalúe el desempeño .....	24
Introducción de los cambios .....	25
Bibliografía .....	25

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA

Volumen XXX, Número 2  
Primavera de 2002

Desempeño. El proceso de MD es amplio y comienza con la investigación para finalizar con la evaluación de las soluciones:

1. Considere el contexto institucional del problema del desempeño y promueva el acuerdo sobre los objetivos del proceso de MD.
2. Defina el desempeño deseado.
3. Describa el desempeño real.
4. Mida o describa la deficiencia del desempeño.
5. Averigüe las causas radicales de la deficiencia del desempeño y vincúlela a factores que inciden en el desempeño, como incentivos, o conocimientos y destrezas.
6. Seleccione las intervenciones que aborden las causas radicales.
7. Lleve a cabo las intervenciones.
8. Monitoree y evalúe el desempeño.

El Mejoramiento del Desempeño promueve el uso de las "mejores prácticas" basadas en la evidencia actual. En lugar del método de ensayo y error, ofrece un enfoque sistemático. En lugar de conjeturar o llegar a conclusiones precipitadas acerca de las razones del desempeño deficiente, los administradores pueden aplicar técnicas analíticas. Ante la tendencia a valerse de soluciones tradicionales, el proceso de MD las sustituye por vínculos minuciosamente considerados entre la raíz de los problemas, los factores que inciden en el desempeño y las soluciones.

### Experiencia creciente

A partir de un proyecto piloto en 1998, las organizaciones de salud reproductiva han recurrido a la estrategia de MD para:

- Responder a la demanda de mejores servicios de salud reproductiva por parte de los clientes (República Dominicana);
- Averiguar por qué, pese a su adiestramiento, los proveedores no están siguiendo las normas para prevenir las infecciones (Ghana);
- Llevar a cabo evaluaciones de las necesidades nacionales en materia de atención de la salud reproductiva, examinar los problemas institucionales del desempeño y decidir acerca de las prioridades (Armenia, Burkina Faso, Nigeria y Tanzania);
- Establecer estándares de atención y ayudar a los dispensarios a satisfacer los estándares para la concesión de una licencia o acreditación (Guatemala y Honduras);
- Ayudar a descentralizar los servicios de salud (Tanzania);
- Identificar las barreras que enfrentan las parteras comunitarias (Yemen); y
- Crear incentivos para que los proveedores de atención privados asesoren mejor a los clientes acerca de la planificación familiar y proporcionen servicios (India).

El Mejoramiento del Desempeño es inclusivo. Faculta e insta a las personas a mirar más allá de la causas de los problemas laborales sobre las cuales pueden hacer poco o nada y a encargarse ellas mismas de mejorar los servicios. Los integrantes del personal, los supervisores, los clientes y los integrantes de la comunidad trabajan juntos para evaluar las necesidades y encontrar las soluciones. De ser necesario, pueden buscar la ayuda de expertos en comunicación, logística, administración y adiestramiento.

El Mejoramiento del Desempeño promete ser un complemento poderoso de los métodos de mejoramiento de la calidad asequibles a los programas de salud reproductiva. Puede ayudar a resolver los problemas del desempeño con soluciones bien concebidas que resultan en trabajadores más productivos y satisfechos, capaces de ofrecer una mejor atención de la salud reproductiva a un número mayor de clientes satisfechos.

**Nota para los lectores:** El presente informe está dirigido a dos grupos de lectores. El primer capítulo es una perspectiva general para los administradores que tomarán la decisión de utilizar el Mejoramiento del Desempeño y necesitan conocer las nociones fundamentales, los costos y los resultados esperados. En el resto del informe se detalla cada paso del proceso, los instrumentos y las técnicas para los lectores que puedan pasar a ser facilitadores.

**Este informe fue preparado por Robert E. Lande.** Bryant Robey, Redactor. Stephen M. Goldstein, Gerente de Redacción. Diseño de Linda D. Sadler. Producción a cargo de John Fiege, Peter Hammerer, Mónica Jiménez y Deborah Maenner.

**Population Reports** agradece la colaboración de los siguientes revisores: Robert Ainslie, Thada Bornstein, Maj-Britt Dohlie, Barbara Felling, Alfredo Fort, Kama Garrison, James Griffin, Michelle Heerey, Wanda Jaskiewicz, Sarah Johnson, Benjamin Lozare, Marc Luoma, James McCaffery, Alice Payne Merritt, Erin Mielke, Jerome J. Peloquin, Malcolm Potts, Gregory Roche, Sharon Rudy, Pramilla Senenayake, J. Joseph Speidel, Richard Sullivan y Lauren Voltero.

Cita sugerida: Lande, Robert E., *Mejoramiento del desempeño*. **Population Reports**, Serie J, No. 52, Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, Primavera de 2002.

#### Population Information Program Center for Communication Programs The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

Jane T. Bertrand, PhD, MBA, Profesora y Directora, **Center for Communication Programs** e Investigadora Principal, **Population Information Program (PIP)**

Ward Rinehart, Director de Proyectos, PIP

Linda D. Sadler, Directora de Redacción de Ediciones en Idiomas Extranjeros de **Population Reports**

Anne W. Compton, Directora Adjunta, PIP, y Jefa de los Servicios Bibliográficos Computarizados POPLINE

Hugh M. Rigby, Director Asociado del PIP y Jefe del Centro de Materiales de Comunicación

**Population Reports** (USPS 063-150) is published four times a year (winter, spring, summer, fall) at 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA, by the Population Information Program of the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Periodicals postage paid at Baltimore, Maryland, and other locations. Postmaster to send address changes to **Population Reports**, Population Information Program, Johns Hopkins Center for Communication Programs, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

**Population Reports** fue ideado para proporcionar información general, precisa y experta con respecto a los desarrollos importantes en el campo de la planificación familiar y otros temas de salud afines. Las opiniones aquí expresadas son las de los autores y no reflejan necesariamente las opiniones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni de la Universidad Johns Hopkins.

Este informe se produce gracias al apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, de Global y de GH/POP/PEC, bajo los términos de la Subvención No. HRN-A-00-97-00009-00.



# Perspectiva general

En su mayoría, las personas piensan que podrían hacer mejor su trabajo. Podrían trabajar más intensamente, producir mejores resultados a un ritmo más rápido y cometer menos errores. La capacitación puede ayudar, pero no siempre y tampoco por sí sola, ya que tal vez la falta de conocimientos y destrezas no sea el problema o el único problema. En el campo de la atención de salud, como en otros campos, los empleados necesitan el apoyo de la organización en que trabajan en otras áreas además de la de los conocimientos y destrezas. Muchas personas, por ejemplo, no saben bien qué se espera de ellas, o necesitan un ámbito adecuado para trabajar, equipo moderno o una fuente segura de suministros. Algunas personas necesitan que se les recompense para producir un trabajo excelente.

El Mejoramiento del Desempeño (MD) es un proceso que ayuda a las organizaciones a crear las condiciones para una alta productividad de los empleados. Aplicado en la industria desde los años sesenta, el Mejoramiento del Desempeño está siendo adaptado actualmente en países en desarrollo por organizaciones que proveen servicios de atención de salud reproductiva y atención primaria de la salud en general. En esta fase inicial, el Mejoramiento del Desempeño ha mostrado resultados prometedores. Ha ayudado a mejorar la calidad de la atención, y también a fomentar la colaboración entre las organizaciones de salud reproductiva y a identificar las prioridades para el desarrollo de los programas. Los profesionales continúan analizando y perfeccionando el proceso y las organizaciones de salud reproductiva están adaptando los principios del Mejoramiento del Desempeño a sus necesidades específicas.

El Mejoramiento del Desempeño es útil para los entornos de escasos recursos puesto que ofrece soluciones de bajo costo para los problemas del desempeño. Varios factores que las organizaciones generalmente no tienen en cuenta pueden corregirse sin gastar mucho, como por ejemplo, informar claramente a los integrantes del personal qué se espera de ellos y realizar evaluaciones frecuentes de su desempeño.

El proceso de MD amplía las opciones de las organizaciones de salud reproductiva que buscan mejorar los servicios (ver **Population Reports, Programas de planificación familiar: Mejorías en la calidad, Serie J, No. 47, noviembre de 1998**). Otros enfoques son la Investigación Operativa (IO), que se ha utilizado en el campo de la salud reproductiva desde los años setenta, y las iniciativas introducidas en las décadas de 1980 y 1990, como el Mejoramiento de la Calidad y COPE (del inglés: Orientada hacia los Clientes, Eficiente para el Proveedor). Estos enfoques varían algo en lo referente a la teoría y los instrumentos utilizados para analizar el desempeño, pero todos ellos brindan el importante beneficio de un proceso sistemático para investigar las causas de los problemas y encontrar soluciones.

## El proceso de MD

El Mejoramiento del Desempeño lleva a que se comprenda que la organización es un sistema de funciones y personas interdependientes. El sistema responde a influencias del entor-

no, especialmente las necesidades de los clientes, y convierte los recursos en productos o servicios. En una organización bien dirigida, la estructura, las metas y las estrategias están sincronizadas con los procesos laborales y el desempeño del personal (142).

Es esencial prestar atención especial al desempeño en el trabajo. El desempeño no es ni comportamiento ni conocimientos, sino el resultado del comportamiento y los conocimientos. En la mayoría de los casos, el desempeño puede medirse (48).

Los problemas planteados por el desempeño generalmente indican fallas en el apoyo que las organizaciones proporcionan a los integrantes del personal, más bien que problemas con los integrantes del personal (48, 142). El Mejoramiento del Desempeño guía a las organizaciones hacia la consideración sistémica de los problemas y al abordaje de todas las áreas que realzan el desempeño.



*El Ministerio de Salud de Ghana está usando el método del MD para fortalecer el apoyo de la organización a la supervisión. En esta foto el personal regional de atención de salud se reúne para hablar sobre el desempeño deseado.*

El Mejoramiento del Desempeño es inclusivo. Participan todos los afectados por el problema del desempeño o que tienen interés en resolverlo. Estos participantes reciben el nombre de "partes interesadas", y entre ellas las principales son los integrantes mismos del personal y los clientes que ellos atienden. Entre las partes interesadas también están a menudo los integrantes del personal directivo superior, supervisores de personal, representantes de la comunidad, funcionarios de gobierno y donantes. Las partes interesadas generalmente necesitan recibir ayuda de facilitadores con preparación o experiencia en el Mejoramiento del Desempeño.

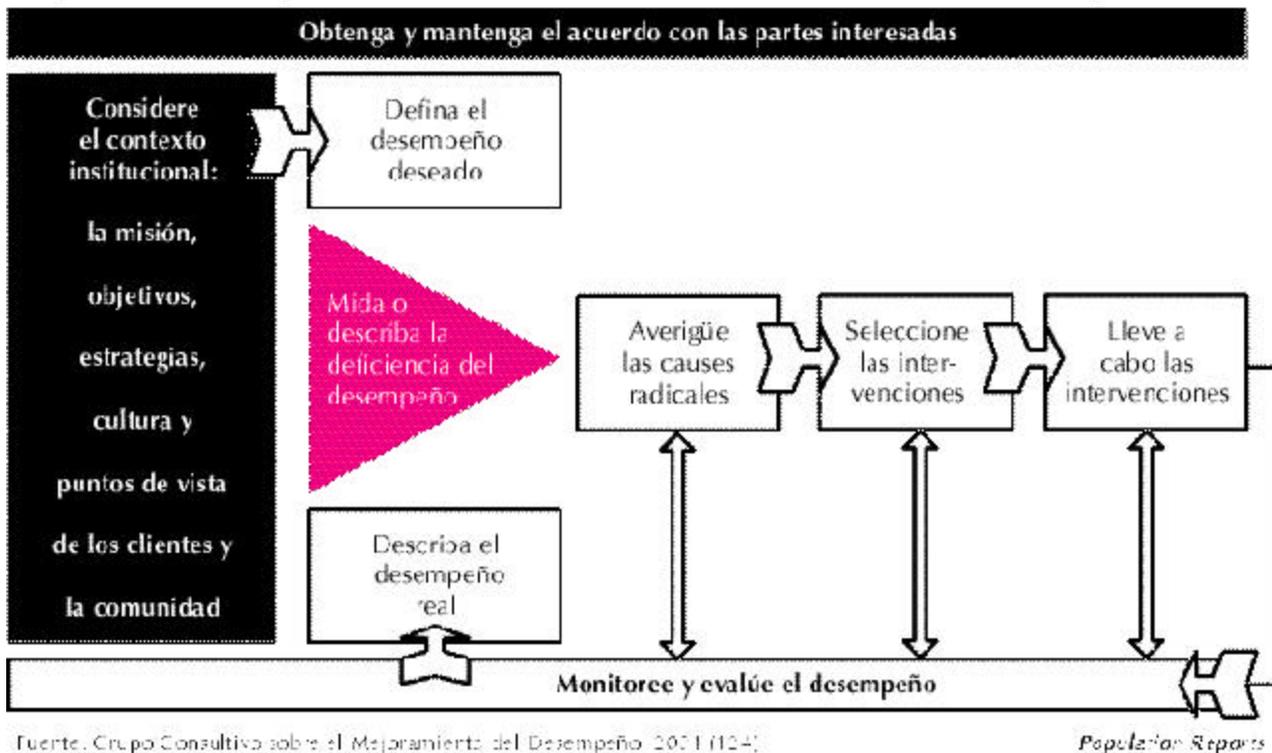
En la atención de la salud reproductiva los facilitadores del MD siguen un procedimiento por pasos (ver la figura 1 en la página siguiente). El Mejoramiento del Desempeño brinda una variedad de beneficios (ver el recuadro de la pág. 5). Numerosos problemas institucionales se deben a causas que no se descubrirían sin un criterio sistemático y global estimulado por el proceso de MD. Ese proceso gradual de Mejoramiento del Desempeño ayuda a los interesados a organizar y analizar la información antes de decidir qué hacer. Desalienta la práctica de hacer conjeturas sobre las causas de los problemas del desempeño o de decidir prematuramente cuál es la solución. Sin ese proceso, los administradores pueden culpar injustamente al personal por los problemas del desempeño, sugerir una solución ineficaz o una única solución cuando en realidad se necesitan varias (4, 63, 101, 141).

## Aplicación del proceso de MD

Desde 1998 las organizaciones de atención de la salud reproductiva en más de una docena de países han recurrido al Mejoramiento del Desempeño para abordar problemas relacionados con el trabajo de los proveedores de servicios, supervisores, personal de apoyo, personal logístico y capacitadores o adiestradores (ver el cuadro 1 de la pág. 6) (46, 79, 91, 130, 131, 135). El proceso de MD ayudó a estas organizaciones a:

- Responder a los clientes que reclamaban servicios mejores, y especialmente trato más considerado, en la República Dominicana. El Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS) es una de las pocas organizaciones que se han valido del proceso de MD de principio a fin

# Figura 1. El proceso de mejoramiento del desempeño



## Un proceso por pasos para fortalecer el desempeño

- 1. Considere el contexto institucional del problema del desempeño y obtenga el acuerdo de las partes interesadas.** Los facilitadores examinan la misión, objetivos, estrategias y cultura de la organización y los puntos de vista de los clientes y comunidades. Ellos promueven y mantienen el acuerdo de las partes interesadas con el objetivo del proceso de MD y los planes para abordar el problema del desempeño.
- 2. Defina el desempeño deseado en términos mensurables si es posible.** El desempeño deseado tiene en cuenta los estándares internacionales o nacionales y los puntos de vista de las partes interesadas. La descripción del desempeño deseado crea una serie manejable de objetivos para el proceso.
- 3. Describa el desempeño real.** La descripción del desempeño real se basa en observaciones y entrevistas de los integrantes del personal y los clientes y en el examen de los registros clínicos y otros documentos.
- 4. Mida o describa la deficiencia del desempeño.** La diferencia entre el desempeño deseado y el real es la deficiencia del desempeño.
- 5. Averigüe las causas radicales de la deficiencia del desempeño.** Las partes interesadas discuten las razones de la deficiencia e identifican las razones más básicas, o causas radicales. En su mayoría, las causas radicales pueden vincularse a factores que ayudan a las personas a hacer su trabajo: expectativas acerca del trabajo; retroalimentación sobre el desempeño (inclusive las valoraciones formales del desempeño, los comentarios de los supervisores, compañeros de trabajo o clientes o las autoevaluaciones); el ámbito de trabajo, los suministros o el equipo; los incentivos; el apoyo de la organización y los conocimientos o destrezas (ver el

recuadro de la pág. 8). Las organizaciones de salud reproductiva han identificado puntos débiles en todos los factores que inciden en el desempeño, pero sobre todo en los conocimientos y destrezas, las expectativas y los suministros y el equipo (128). La vinculación de las causas radicales de las deficiencias del desempeño con determinados factores ayuda a las partes interesadas a generar soluciones que abordan las causas radicales.

- 6. Seleccione las intervenciones.** Las partes interesadas generan ideas para las soluciones que abordan las causas radicales de las deficiencias del desempeño y los factores relacionados con este. Estas soluciones pueden extraerse de las reseñas de las mejores prácticas. Entonces las partes interesadas clasifican y seleccionan estas intervenciones de acuerdo con el costo, los beneficios u otros criterios.
- 7. Lleve a cabo las intervenciones.** Los integrantes del personal o los consultores que aplican las soluciones deben poseer buenas técnicas de administración de proyectos, o sea, saber cómo planificar, programar, preparar el presupuesto, contratar empleados, supervisar y presentar informes (49, 159).
- 8. Monitoree y evalúe el desempeño.** Los integrantes del personal o los consultores mantienen las soluciones encarriladas y guían los cambios de la organización requeridos para apoyar y sostener las soluciones, generalmente con la ayuda del personal directivo superior. Para evaluar el desempeño, observan nuevamente el desempeño real y vuelven a medir la deficiencia del desempeño para ver el efecto de las soluciones.

El proceso de MD puede utilizarse en ciclos. El desempeño observado y evaluado al final del primer ciclo se convierte en el desempeño real del ciclo siguiente.

para mejorar los servicios de salud reproductiva (ver el recuadro de la pág. 7).

- Averiguar por qué en Ghana los proveedores no seguían las normas para la prevención de las infecciones pese al adiestramiento recibido.
- Descentralizar los servicios de salud de Tanzania mediante el fortalecimiento de los Centros Zonales de Adiestramiento.
- Explorar por qué en Kenia los proveedores adiestrados para ofrecer atención después de un aborto no aplicaban sus conocimientos.
- Efectuar las evaluaciones de las necesidades nacionales en materia de atención de la salud reproductiva, examinar los problemas del desempeño institucional y decidir acerca de las prioridades en Armenia, Burkina Faso (ver el recuadro de la pág. 10), Nigeria y Tanzania.
- Determinar la competencia y apoyo institucional de los nuevos distribuidores comunitarios en Burkina Faso.
- Mejorar la formación clínica previa al servicio en las escuelas de obstetricia de Ghana.
- Identificar los obstáculos que se oponían a la provisión de servicios por las parteras comunitarias de Yemen.
- Crear incentivos para que los proveedores de atención privados de la India ofrecieran orientación a los clientes sobre las necesidades de estos en materia de planificación familiar y proporcionaran servicios (ver el recuadro de la pág. 15).

El proceso de MD también ha alentado a las organizaciones que cooperan con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) a colaborar en el análisis de las deficiencias y problemas fundamentales del desempeño y generar y llevar a la práctica soluciones en las áreas de especialización de aquellas, como por ejemplo, comunicación, logística, administración y capacitación o adiestramiento (46, 91, 120, 135, 136).

## Conducción del proceso de MD

El personal directivo superior está en excelente posición para iniciar el proceso de MD por tener una visión global de la organización (143). Pero si otros inician el proceso, los directivos principales deben al menos respaldar y apoyar los esfuerzos de esas personas y participar en las fases fundamentales, como la destinada a definir el desempeño deseado.

La conducción del cambio, y especialmente la resistencia que suele acompañar al cambio, es también responsabilidad de la dirección. La resistencia puede provenir de los empleados que temen tener que trabajar más sin recibir más remuneración. Es necesario que los administradores presenten una visión clara de la organización y de la urgente necesidad de introducir cambios. Al decidirse a usar el proceso de MD, los directivos superiores también deben considerar la idoneidad de los facilitadores, el tiempo requerido del personal y los costos.

**La facilitación del proceso de MD** requiere una comprensión cabal de la metodología y excelente aptitud para dirigir el proyecto. En general, los facilitadores deben comunicarse bien, inspirar confianza en el proceso, incentivar la participación de la gente, conducir reuniones, negociar, lograr el consenso general y movilizar al personal y los recursos (129). Deben escuchar bien y estimular la discusión educada sobre cuestiones a menudo contenciosas. Los facilitadores deben actuar con tacto para disuadir a las partes interesadas de señalar prematuramente las causas de los problemas del desempeño y elegir soluciones. También deben actuar con discreción para convencer a los administradores que deben delegar parte de su autoridad y dejar que los interesados tomen las decisiones.

Una o dos personas pueden facilitar un proyecto pequeño de MD, pero para proyectos de más envergadura tal vez se requiera un equipo. En lo posible, al menos dos personas deberán facilitar el proceso de modo que puedan comparar sus impresiones y observaciones y dividirse el trabajo. Los facilitadores pueden cambiar durante el proceso a medida que cambien las habilidades requeridas para ciertos pasos. Al principio, los facilitadores se dedican a escuchar, negociar y establecer el consenso general. Al final, es probable que, para ayudar al personal de la organización a llevar a la práctica y

*(Continúa en la pág. 8.)*

## Beneficios del Mejoramiento del Desempeño

El Mejoramiento del Desempeño ofrece un número de ventajas a las organizaciones que buscan mejorar los servicios de salud reproductiva. El Mejoramiento del Desempeño es:

### Inclusivo

- Incluye a todos los que tienen interés en mejorar el desempeño, con inclusión de los clientes y las comunidades. Las partes interesadas desempeñan el papel principal en el Mejoramiento del Desempeño (102, 124).
- Conduce a los integrantes del personal a describir cuál es su trabajo, cuál debería ser y cómo contribuyen ellos a alcanzar los objetivos de la organización (142).
- Insta a los integrantes del personal y los supervisores a llegar a un acuerdo sobre las medidas del desempeño (102, 142).
- Insta a las organizaciones y organismos del gobierno a aunar las pericias y el trabajo para analizar y resolver los problemas del desempeño (46, 91, 165).

### Lógico y sistemático

- Comienza con las deliberaciones entre las partes interesadas para describir el problema y convenir acerca del desempeño deseado (102).
- Procede por pasos desde el análisis de las deficiencias del desempeño y las causas hasta el diseño y selección de soluciones, su aplicación y evaluación (102, 124, 159).
- Desalienta las conclusiones precipitadas acerca de las causas de las deficiencias del desempeño y las posibles soluciones (48, 94, 142, 159).
- Sirve de guía a las partes interesadas para que averigüen las causas en todas las facetas de una organización: la estructura, los objetivos, la administración, la asignación de recursos y los procesos laborales, y no sólo en el desempeño de los integrantes del personal (1, 94, 142, 159).

### Empírico

- Se apoya en la observación y la investigación para comprender los problemas del desempeño y medir las deficiencias de este (46, 91, 102, 140).
- Guía a las partes interesadas para llegar a soluciones basadas en la experiencia y las mejores prácticas (162).
- Se centra en los resultados más que en el comportamiento o el esfuerzo (46).
- Ofrece una manera objetiva y mensurable de evaluar las intervenciones mediante la comparación de los resultados con el desempeño deseado originalmente por las partes interesadas (46, 91, 102).

### Analítico

- Conduce a las partes interesadas a mirar debajo de la superficie e ir más hondo para llegar a la raíz de los problemas del desempeño (102, 124, 159).
- Insta a los administradores a considerar otras soluciones además del adiestramiento para los problemas del desempeño (41, 94, 102, 142).

### Habilitador

- Insta a los integrantes del personal a mirar más allá de las causas que no pueden remediar, encontrar las que ellos pueden abordar y tomar en sus manos el mejoramiento de los servicios (63).

## Cuadro 1. Mejoramiento del desempeño en la atención de la salud reproductiva

<i>Pais, organización, año</i>	<i>No. Ref.</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Resultados/estado</i>
<b>Burkina Faso</b> Equipo administrativo del distrito de Koupéla (DMT) y servicios de atención de la salud 2000–	66	Mejorar la planificación y supervisión del DMT; perfeccionar las técnicas de los proveedores en salud materna y neonatal; introducir el proceso de mejoramiento del desempeño	Se encontraron deficiencias en los proyectos de planificación del DMT, la frecuencia de la supervisión, la participación de la comunidad en la solución de problemas y la difusión de resultados; para los problemas de supervisión se recomendó impartir adiestramiento para fortalecer las técnicas de supervisión y aclarar las expectativas.
<b>Burkina Faso</b> Directorio de Salud de la Familia, Ministerio de Salud; 1998	114	Identificar las necesidades de los distribuidores centrados en la comunidad a fin de agregar servicios de salud reproductiva a sus obligaciones	Se encontró que el desempeño sufría por la falta de incentivos financieros, de suministros, de conocimientos y destrezas y de supervisión; se recomendó ocuparse de los incentivos y la supervisión antes del adiestramiento para mejorar los conocimientos y destrezas.
<b>Ghana</b> Div. de Salud de la Familia, Ministerio de Salud; 2001–	130	Fortalecer las técnicas de supervisión de los equipos regionales especializados en 3 regiones	Se fortaleció el apoyo de la organización a la supervisión.
<b>Ghana</b> Ministerio de Salud 2000	20	Instar a los proveedores de atención del Ministerio de Salud a seguir las normas para la prevención de infecciones	Se facilitaron las reuniones por medio día; los participantes encontraron 7 áreas que necesitaban fortalecerse, incluidas la supervisión, el adiestramiento de directores y administradores, y la estandarización de la adquisición de hipoclorito de sodio.
<b>Ghana</b> Ministerio de Salud 2001–	43	Mejorar las destrezas clínicas del personal en lugares de adiestramiento para la educación previa al servicio de enfermería y obstetricia	Se definió el desempeño deseado mensurable; se observó el desempeño real y se analizaron las causas radicales de las deficiencias del desempeño; se seleccionaron intervenciones y se las llevó a la práctica.
<b>Kenia</b> Asociación de Planificación Familiar de Kenia; 2001–	164	Fortalecer las técnicas de atención del puerperio de los proveedores	Se condujo la evaluación de las necesidades del desempeño; se definió el desempeño deseado y los indicadores del desempeño.
<b>Malawi</b> Ministerio de Salud y Población ; 2001–	44	Mejorar las prácticas de prevención de infecciones de los integrantes del personal	Se evaluó el desempeño real.
<b>Nigeria</b> Misión de USAID 2000	46	Evaluar los dispensarios públicos y de ONG en la planificación familiar en 3 estados; ayudar a formular la estrategia para fortalecer los servicios de salud reproductiva	Se encontraron deficiencias en la disponibilidad de servicios, suministros, limpieza de los dispensarios, habilidades de orientación, prevención de infecciones y mantenimiento de registros.
<b>Senegal</b> Ministerio de Salud 2001–	44	Mejorar los servicios de los proveedores en la atención del puerperio en el Hospital Roi Baudouin de Dakar	Se analizaron las causas radicales; se seleccionaron las intervenciones.
<b>Tanzania</b> Sección de Salud Reproductiva e Infantil, Ministerio de Salud 2001–	135, 136	Evaluar las percepciones y expectativas de la comunidad acerca de los servicios de atención de salud; trabajar con el personal de los Centros Zonales de Adiestramiento para descentralizar el adiestramiento y mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva e infantil	Se condujo la evaluación de las necesidades del desempeño y se formularon recomendaciones respecto al acceso, el entorno y la calidad de los servicios; se definió el desempeño deseado en 8 áreas para fortalecer los Centros Zonales de Adiestramiento.
<b>Armenia</b> Ministerio de Salud 2001–	86	Colaborar con las autoridades en la preparación de estándares de atención y con los médicos y enfermeras obstétricas en la calidad de los servicios; informar y hacer participar a los clientes y comunidades	Se llevó a cabo la evaluación de las necesidades del desempeño; se redactaron las normas y estándares para los servicios de salud reproductiva.
<b>India</b> Innovaciones Estatales en la Agencia de Servicios de Planificación Familiar; 1999	90	Ayudar a los Sistemas Indígenas de Medicina y profesionales rurales de Uttar Pradesh para que ofrezcan servicios de planificación familiar	Se identificaron las causas radicales de la resistencia de los profesionales a ofrecer servicios de planificación familiar pese al adiestramiento; se recomendaron maneras de abordar las causas radicales, especialmente la falta de incentivos monetarios para dedicar tiempo a la orientación de los clientes.
<b>Yemen</b> Ministerio de Salud Pública 1999–	131	Fortalecer las técnicas de atención de salud reproductiva de las parteras de la comunidad	Se llevó a cabo la evaluación de las necesidades del desempeño, fortaleciendo la supervisión de las parteras de la comunidad y las oportunidades de aprendizaje por cuenta propia; se estableció un programa de concesión de licencias.
<b>Guatemala</b> Ministerio de Salud 2000–	99, 113	Mejorar la atención de la salud materna y neonatal mediante la acreditación de los hospitales de distrito, centros de salud y dispensarios en siete distritos	Se aplicaron soluciones, como las prácticas recomendadas por la OMS para el manejo del parto en los hospitales; el cumplimiento de 77 criterios por los hospitales registró un aumento entre el punto de partida y las primeras encuestas de seguimiento.
<b>Honduras</b> Ministerio de Salud 2001–	38	Ayudar al Ministerio de Salud a conceder licencias a 200 servicios de salud públicos y privados en la provincia de Olancho	Se encontraron problemas con casi todos los factores del desempeño; se generaron soluciones y se estimaron los costos y beneficios; se recomendó fortalecer la supervisión, el apoyo de la organización y los incentivos.
<b>República Dominicana</b> Inst. Dominicano de Seguridad Social (IDSS); 1998–1999	91, 120	Fortalecer los servicios de salud reproductiva ofrecidos por los proveedores en los servicios de IDSS en 2 provincias	Se redujeron las deficiencias del desempeño en materia de orientación, conocimiento de los servicios de salud reproductiva y provisión de anticonceptivos.

*Population Reports*

# Un estudio de casos con el MD: El Instituto Dominicano de Seguridad Social

En 1998 y 1999 el Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS) llevó a cabo un proyecto piloto usando el MD a fin de responder a los clientes que pedían mejores servicios de salud reproductiva. Los facilitadores entrevistaron a los directores, proveedores de servicios y administradores de centros de salud. Los facilitadores, que formaban parte del proyecto PRIME, identificaron seis deficiencias del desempeño. Un grupo de 26 partes interesadas se reunieron para clasificar las deficiencias, analizar las causas y decidir qué hacer.

Las partes interesadas decidieron que la deficiencia de mayor prioridad era la referente al trato considerado a los clientes. A fin de cuantificar la deficiencia, los facilitadores prepararon un cuestionario con 12 indicadores del trato considerado y llevaron a cabo una encuesta de referencia en la cual clientes y observadores clasificaron a los proveedores de servicios. Los clientes encontraron que, en promedio, los proveedores no ejecutaban 5 de los 12 indicadores, y los observadores hallaron que los proveedores no ejecutaban, en promedio, 8 de los indicadores.

Al investigar las causas radicales, las partes interesadas decidieron que los proveedores no se evaluaban por la forma en que trataban a los clientes (a través de las expectativas acerca del trabajo y las valoraciones del desempeño), no se les premiaba por tratar a los clientes con consideración (incentivos) y no sabían cómo tratar a los clientes con consideración (conocimientos y destrezas). Las partes interesadas escogieron seis maneras posibles de abordar las causas radicales y estimaron la relación entre costos y beneficios para cada una de ellas (91, 120). La labor de las partes interesadas puede resumirse en un formulario de especificación del Mejoramiento del Desempeño (ver la figura 2).

## Corrección de la deficiencia

Con el fin de esclarecer las expectativas, un grupo de 10 partes interesadas formó un comité que desarrolló normas para el trato considerado a los clientes: cordialidad, protección de la vida privada y de la información confidencial, suministros de información y solución de problemas.

Aproximadamente 50 proveedores de servicios examinaron y aprobaron las normas (91). El IDSS produjo un cartel sobre las nuevas expectativas acerca del trato considerado. Las normas

también se utilizaron en un currículo de adiestramiento y en una ficha para que los clientes comentaran sobre el trato que recibieron (55, 63, 91).

Un consultor distribuyó buzones para la presentación de sugerencias y fichas de clasificación en todos los servicios de salud y proporcionó instrucciones. En una carta a los clientes del director general del IDSS, colocada al lado del buzón para las sugerencias entregada a los clientes junto con las fichas de clasificación, se describía el intento de mejorar el trato a los clientes (63).

Para perfeccionar los conocimientos y destrezas de los proveedores de servicios, un diseñador didáctico y un experto en salud reproductiva desarrollaron un taller para adiestramiento de adiestradores, de dos días y medio de duración. El adiestramiento fortaleció las expectativas de los proveedores mostrándoles buenos y malos ejemplos de orientación. Se solicitó a los proveedores que evaluaran su propia forma de impartir orientación y que practicarán las técnicas de orientación (63).

La deficiencia del desempeño disminuyó considerablemente en la provincia de San Cristóbal (ver la pág. 24). Las partes interesadas pensaban que el adiestramiento era lo que más impacto tenía en la deficiencia del desempeño, pero que los comentarios de los clientes llevaron a cambios importantes: Los proveedores entendían mejor a los clientes y les interesaba que estos estuvieran satisfechos. El director dijo que la clientela del hospital había aumentado por casi un factor de cuatro a causa de las mejoras inspiradas por los comentarios de los clientes (91).

## Evaluación de los cambios de la organización

Los facilitadores del MD pidieron a los integrantes del personal del IDSS que evaluaran los cambios de la organización y la capacidad institucional para apoyar los cambios experimentados en el desempeño de los proveedores. Entre los 20 indicadores cabe mencionar el apoyo del personal directivo superior a la salud reproductiva; material de adiestramiento, suministros y equipo modernos y la participación de la comunidad en las decisiones sobre los servicios de salud reproductiva. Los integrantes del personal del IDSS clasificaron los 20 indicadores de 1 (nada de capacidad) a 4 (plena capacidad) y concluyeron que la capacidad institucional había aumentado, término medio, un punto, elevándose de 1,3 antes del proyecto a 2,3 después del proyecto (91).

Figura 2. Formulario de especificaciones para el mejoramiento del desempeño en la labor de orientación en el Instituto Dominicano de Seguridad Social, 1998-1999

Desempeño deseado	Desempeño real	Deficiencia del desempeño	Raíz de los problemas	Intervenciones	Evaluación de beneficios/costos		
					Beneficios	Costos	Relación
Los proveedores de servicios tratan a todos los clientes con consideración y respeto (trato humano) en las consultas, llamadas por clientes y observadores al paraje las 12 de un máximo de 12.	El paraje de servicios de salud a los clientes con consideración y respeto (trato humano) en las consultas, llamadas por clientes y observadores al paraje las 12 de un máximo de 12.	5,2 según los clientes; 2,9 según los observadores.	Los proveedores no saben cómo se espera de ellos un trato considerado.	Desarrollar y publicar normas para tratar a los clientes; Distribuir información para asegurar que los proveedores sepan cómo se espera que traten a los clientes (carteles, banners); Incluir en cursos para superentendidos y fichas para la retroalimentación de los clientes.	10	4	2,5
			No hay incentivos para dar un trato considerado en la orientación.	Reducir a los proveedores que muestran consideración y respeto a los clientes.	3	4	0,75
			Los proveedores carecen de habilidades para impartir orientación.	Adiestramiento.	10	7	1,4

*Nota: Se usó el método de análisis de los beneficios y costos en una escala de 1 (siempre favorable) a 10 (nada favorable).*

Repositorio Reportes

## Factores que inciden en el desempeño

Tanto las cualidades personales que un individuo brinda al trabajo como el ambiente de trabajo de la organización determinan el desempeño. Las cualidades personales comprenden los conocimientos, destrezas, capacidad y motivos. Los factores ambientales comprenden las expectativas acerca del trabajo, la retroalimentación sobre el desempeño, el ámbito de trabajo y el equipo y los incentivos (48).

Los facilitadores que trabajan en programas de salud reproductiva de países en desarrollo han relacionado la raíz de los problemas del desempeño con seis factores que inciden en este (102):

- Expectativas acerca del trabajo;
- Retroalimentación sobre el desempeño;
- Ámbito de trabajo, equipo y suministros;
- Incentivos;
- Apoyo de la organización; y
- Conocimientos y destrezas.

Estos factores son similares a las necesidades de los proveedores identificados por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), como por ejemplo, orientación, retroalimentación, infraestructura, suministros, estímulo y adiestramiento (58).

El orden de los factores indica la dificultad creciente para corregirlos. Por ejemplo, es generalmente más fácil y menos costoso aclarar las vagas expectativas sobre el trabajo que impartir capacitación (94, 102, 150, 153).

Los profesionales dedicados al MD debaten sobre la lista de factores del desempeño. La capacidad, que se refiere a la inteligencia, talento y habilidad física (48), no está incluida porque en los países en desarrollo el problema de la capacidad es difícil de resolver pues no es fácil ordenar o aconsejar a la persona que deje el trabajo (84, 101). Algunos profesionales, empero, incluyen la capacidad, aduciendo que puede tenerse en cuenta al emplear o transferir personas a puestos más apropiados para ellas (2, 17).

También son objeto de debate los incentivos, la cultura y el apoyo de la organización. Un destacado profesional del campo del MD no incluye los incentivos en la lista, aduciendo que un empleado que ocupa un puesto en el que todos los demás factores están presentes no puede dejar de sentirse motivado (142). Otro incluiría las prácticas culturales que influyen en el desempeño (115). Hay quienes excluyen de la lista el apoyo de la organización, argumentando que las organizaciones apoyan el desempeño al prestar atención a los cinco factores restantes del desempeño (127).

*(viene de la pág. 5)*

evaluar las soluciones, se pida a los facilitadores que contraten expertos en procedimientos para la valoración del desempeño o en incentivos para el desempeño (129). En un programa llevado a cabo en Honduras para fortalecer la planificación familiar y los servicios prenatales, por ejemplo, las partes interesadas encontraron que los incentivos débiles causaban disparidades en el desempeño y los facilitadores escogieron un equipo de motivación e incentivos para abordar este problema (38).

Los administradores pueden nombrar a integrantes del personal o emplear consultores para facilitar el proceso de MD. Una combinación de personal y consultores puede dar buen resultado en algunas organizaciones. Por una parte, los integrantes del personal conocen su organización y pueden suge-

**Expectativas acerca del trabajo.** Para desempeñarse bien, los empleados necesitan saber qué se espera de ellos y cómo se los evaluará. Las expectativas incluyen el objetivo del trabajo, las tareas que deben llevar a cabo, con cantidades y tasas mensurables, y dónde, cuándo y con quiénes deben trabajar.

Muchos empleados están inseguros acerca de lo que se espera de ellos (45, 73, 137). Algunos quizá no sean capaces de exponer las metas de la organización en que trabajan y cómo contribuyen con su trabajo a alcanzar esas metas o cuáles son sus obligaciones (107). Numerosos empleados trabajan sin tener una descripción oficial de sus funciones (5, 38, 46) y aprenden, en cambio, al observar a sus colegas o al hablar con ellos. Algunos tienen descripciones del trabajo poco claras o imprecisas.

**Retroalimentación sobre el desempeño.** Los empleados necesitan saber cómo se están desempeñando en comparación con lo que se espera de su trabajo. Se enteran de ello a través de la información oral o escrita de los supervisores, los compañeros de trabajo o los clientes.

Los factores personales, culturales e institucionales pueden impedir que los empleados reciban valoraciones útiles de su desempeño. Temerosos de ofender, los supervisores generalmente elogian a los empleados y les dicen que “sigan adelante con el trabajo”, sin dar más detalles. La cultura de una organización o las costumbres nacionales a veces impiden las confrontaciones directas con los empleados acerca de los problemas del desempeño (100, 101, 144). En algunos países de Asia y América Latina, por ejemplo, los empleados se juzgan por sus características personales como su integridad y lealtad y se ofenderían si se los juzgara sólo de acuerdo con su desempeño (144). La retroalimentación es difícil para algunos supervisores que nunca han hecho el trabajo de las personas bajo su supervisión. En este caso sería conveniente estimular la autoevaluación (101).

La valoración del desempeño es una técnica que es menester aprender y practicar. Idealmente, las valoraciones deben ser honestas y oportunas, precisas y específicas, deben facilitar la autoevaluación y ofrecerse en privado y sin interrupciones. Los empleados deberán recibir con frecuencia información sobre su desempeño, semanalmente o incluso diariamente los nuevos empleados y mensualmente los más antiguos (125). Por otra parte, para muchas organizaciones *cualquier* valoración sistemática del desempeño es una mejora. La retroalimentación infrecuente junto con las expectativas vagas sobre el trabajo son las causas más comunes de los problemas del desempeño en las empresas de Estados Unidos (48, 150).

rir problemas que podrían abordarse en el proceso de MD (140). Además, las partes interesadas pueden preferir trabajar con personas que conocen y que siempre están disponibles más bien que con consultores que después de algunas semanas se trasladan al trabajo siguiente (154). Por otra parte, los consultores tienen pericias que los interesados respetan. Pueden insistir más fácilmente en llevar a cabo cada paso del proceso de MD y resistir la presión de las partes interesadas que quieren apresurar el proceso (121). Asimismo, aportan el conocimiento que tienen de los problemas del desempeño en otras organizaciones y de las soluciones que han dado resultado (101).

Además, con una nueva perspectiva, los consultores a veces pueden ver problemas que los integrantes del personal no notan por haberse acostumbrado a ellos. Por ser ajenos a la

**Ámbito de trabajo, equipo y suministros.** El espacio en que trabajan los empleados y el equipo y los suministros que necesitan para hacer su trabajo constituyen el ambiente físico. El ámbito de trabajo deberá ser cómodo y seguro. Las distracciones y molestias, como por ejemplo, el ruido o los suministros inaccesibles, requieren que el personal se adapte. Cierta grado de adaptación puede poner a prueba y motivar a los empleados, pero si estos dedican demasiado tiempo y energía a superar los inconvenientes, es inevitable que el desempeño se resienta (71).

**Incentivos.** La motivación resulta de los incentivos externos y los motivos internos de una persona para realizar un trabajo (48). La escasa motivación se debe habitualmente a baja remuneración, condiciones de trabajo deficientes y falta de oportunidades de adelanto. Sin incentivos, muchas personas no se esfuerzan demasiado. En encuestas realizadas en Estados Unidos sobre la productividad de los trabajadores, sólo alrededor de 25% de las personas dicen que trabajan tan intensamente como pueden. En su mayoría dicen que ponen en el trabajo dos tercios de su capacidad potencial o sólo lo bastante como para mantenerse en ese trabajo (14, 40).

La tradición y la cultura influyen en el uso de incentivos. Numerosas organizaciones recompensan a los empleados no tanto por el buen desempeño, sino más bien por el tiempo dedicado al trabajo, y la recompensa consiste a menudo en la oportunidad de asistir a programas de capacitación. Por otra parte, el ofrecimiento de más dinero como incentivo para los individuos puede no ser eficaz en países como Dinamarca y Japón, donde el trabajo en equipo se estimula con la igualdad de pago a todos los que integran el equipo (144).

**Apoyo de la organización.** Para ayudar a los empleados a realizar un trabajo excelente, los administradores se encargarán de establecer en la organización estructuras de apoyo, estrategias y métodos de trabajo. Así los administradores crean y dan a conocer la misión y objetivos de la organización, proporcionan liderazgo que inspira y es eficaz, planean las funciones laborales en armonía con los objetivos de la organización, establecen una clara estructura jerárquica y estimulan la comunicación franca en ambos sentidos de la vía jerárquica (27, 77, 95, 142, 169).

**Conocimientos y destrezas.** Las personas adquieren los conocimientos y destrezas necesarios para la atención de la salud reproductiva en la educación previa al servicio y el adiestramiento en el servicio. Asisten, por ejemplo, a escuelas profesionales de administración, salud pública o enfermería y obstetricia, o aprenden en el trabajo.

Los empleados carecen de los conocimientos o destrezas necesarios para desempeñarse bien en su trabajo por una variedad de razones. Pueden haber sido empleados o promovidos para realizar un determinado trabajo sin haber recibido capacitación previa. No están al tanto de los cambios introducidos en los protocolos o normas, han recibido capacitación deficiente en las escuelas profesionales, o se han olvidado de la información o técnicas por falta de uso.

organización, los consultores, a diferencia del personal de esta, generalmente no temen tanto describir los problemas francamente (121) y además no están relacionados con las partes interesadas que podrían impedir que los integrantes del personal trabajaran como facilitadores.

**Tiempo y costos.** El tiempo requerido por el proceso de MD depende sobre todo de la escala del problema del desempeño, la disponibilidad de las partes interesadas y la prioridad que estas asignan a la resolución del problema. En general, los integrantes del personal necesitan entre una y dos semanas para aprender a facilitar el proceso, y entre un día y varias semanas para observar el desempeño real (88). En Tanzania, por ejemplo, a fin de fortalecer los Centros Zonales de Adiestramiento, los facilitadores del MD prepararon listas de verificación y guías para entrevistas en reuniones que dura-

ron cinco días y recogieron información sobre el desempeño real en cuatro semanas, durante visitas a los centros (135).

En la evaluación de necesidades del desempeño, lo más costoso para los interesados y el personal de facilitadores es el tiempo pasado fuera del trabajo. Las reuniones y la observación con frecuencia obligan a viajar y a gastar en viáticos. No obstante, un mejor trabajo, una mayor eficiencia y el fortalecimiento del espíritu de trabajo compensan con creces el tiempo dedicado a estas tareas.

Por lo común las partes interesadas concurren a varias reuniones a fin de discutir el problema del desempeño, definir el desempeño deseado, analizar las causas de los problemas y decidir qué hacer. En Yemen, por ejemplo, en un programa que trabaja con parteras comunitarias, los facilitadores del MD pasaron aproximadamente un mes ayudando a las partes interesadas a medir la deficiencia del desempeño, analizando las causas del problema y considerando las posibles soluciones (141). En el proyecto del centro de capacitación de Tanzania, el facilitador del MD condujo reuniones con las partes interesadas por dos meses para ponerse de acuerdo sobre el problema del desempeño, decidir qué integrantes del personal cuyo desempeño había mejorado podrían resolver mejor el problema, definir el desempeño deseado, seleccionar indicadores y fuentes de datos y crear instrumentos para la recopilación de datos. Las partes interesadas volvieron a reunirse después de la recopilación y análisis de datos para discutir las deficiencias del desempeño y las causas del problema y decidir qué hacer (135).

Cuando se lo utiliza tan solo para evaluar las necesidades del desempeño, el proceso abreviado de MD puede llevarse a cabo en una reunión. En Ghana, por ejemplo, 22 partes interesadas se reunieron por medio día para describir las deficiencias del desempeño en la prevención de infecciones, determinar las causas y recomendar soluciones. Las partes interesadas representaban al Ministerio de Salud, el Consejo de Enfermería y Obstetricia, escuelas de medicina, centros regionales de capacitación, USAID y organizaciones de desarrollo que colaboran con USAID. Facilitaron la reunión integrantes del personal del ministerio y de JHPIEGO (20).

El tiempo necesario para aplicar las soluciones depende de la escala del proyecto y los recursos disponibles. Los procedimientos para comunicar las expectativas o para evaluar el desempeño en un departamento generalmente pueden establecerse en algunas semanas. La redacción de normas o manuales suele llevar varios meses (26). En contraste, la capacitación de un cuadro de proveedores nacionales de atención de salud puede requerir un año o más (131).

Los costos de las soluciones dependen de las causas del problema que se abordan y la escala de las soluciones. La consolidación de los conocimientos y destrezas mediante la capacitación puede ser costosa, pero la provisión de un medio auxiliar para el trabajo, como un diagrama o una lista de verificación, puede ser igualmente eficaz y costar mucho menos. No es necesariamente caro cambiar una norma, describir las expectativas del trabajo o establecer un procedimiento de valoración para los integrantes del personal. En la República Dominicana, por ejemplo, el IDSS estableció un sistema de fichas de evaluación y buzones para sugerencias a fin de que los clientes comentaran acerca de la atención recibida, todo lo cual salió costando unos US\$1.700, incluidos el diseño, producción, capacitación y distribución en 12

## Evaluación de las necesidades del desempeño: Burkina Faso

Un equipo administrativo de distrito (DMT) de Koupéla, Burkina Faso, realizó un taller de cinco días de duración en el que se utilizó el Mejoramiento del Desempeño para abordar los problemas del apoyo por parte del equipo a los servicios de atención de salud materna y neonatal. En el taller los integrantes del DMT también se prepararon para introducir el proceso de MD a los proveedores de servicios en los centros de salud de distrito. El DMT se ocupa de planificar, supervisar y dar a conocer las actividades relacionadas con la atención de salud en el distrito, incluidos el adiestramiento en el servicio, la provisión de equipo y la administración financiera y del personal. Siete miembros del DMT, un instructor de la Escuela Nacional de Obstetricia y un adiestrador asistieron al taller en diciembre de 2000.

Los participantes del taller examinaron el proceso de MD y siguieron todos los pasos mediante el análisis de las causas radicales y la generación de soluciones. Identificaron cinco papeles para el DMT, indicadores para cada papel y el desempeño deseado para cada indicador.

Las cinco áreas y los indicadores de la muestra incluían:

- Identificar los problemas de la atención materna y neonatal. Reunir a los miembros del DMT y a todos los expertos necesarios, presentar los problemas y analizar las causas.
- Ejecutar los proyectos en las fechas previstas. Crear el cronograma de los proyectos, escribir notas informativas por lo menos dos semanas antes de cada proyecto y depositar los fondos por lo menos 72 horas laborales antes del proyecto.
- Conducir visitas trimestrales de supervisión a los centros de salud. Celebrar una reunión preliminar con el personal del centro de salud, verificar si se llevaron a cabo las recomendaciones de las visitas de supervisión previas, discutir los problemas y soluciones con el personal y los integrantes de la comunidad, y alentar y agradecer al personal.
- Redactar un informe resumido de la visita de supervisión. Discutir los objetivos, metodología, actividades, resultados y recomendaciones.
- Distribuir el informe a la dirección regional.

El equipo describió el desempeño real e identificó las deficiencias del desempeño. El equipo, por ejemplo, no escribió notas informativas dos semanas antes de los proyectos; no depositó fondos al menos 72 horas antes de un proyecto; no condujo visitas de supervisión cuatro veces por año, ni siquiera dos veces por año; no invitó a integrantes de la comunidad a hablar sobre la visita; ni escribió un informe resumido.

Al analizar las causas radicales de las deficiencias del desempeño, el equipo de MD encontró que muchas de ellas estaban vinculadas a la falta de apoyo de la organización. Por ejemplo, la deficiencia de la supervisión se debía a varias causas radicales. Los pocos equipos de supervisión no podían visitar los numerosos centros de salud cada tres meses, y en el cronograma para la supervisión no siempre se tenía en cuenta la disponibilidad de supervisores (apoyo de la organización); los equipos no podían viajar a algunos centros durante la estación lluviosa porque los caminos y los vehículos estaban en malas condiciones (equipo); la supervisión no era una prioridad para el DMT, no estaba bien organizada y sus integrantes carecían de idoneidad (expectativas, destrezas/conocimientos).

A fin de abordar estas causas radicales, los asistentes al taller se concentraron en el adiestramiento para mejorar las destrezas y fortalecer las expectativas. Los participantes recomendaron: 1) evaluar las necesidades de los miembros del DMT para el adiestramiento en supervisión, 2) planear y desarrollar un programa de adiestramiento y 3) efectuar el seguimiento de los miembros que habían recibido adiestramiento (66).

establecimientos de atención de salud de dos provincias (63, 119).

La preparación del presupuesto para un proyecto que utiliza el proceso de MD puede llevarse a cabo en dos pasos, puesto que al principio del proceso no se conoce cuánto ha de costar la corrección de las deficiencias del desempeño. En el presupuesto inicial se calcula cuánto ha de costar medir las deficiencias del desempeño, encontrar las causas del problema y elegir las posibles soluciones. Las partes interesadas y los facilitadores del MD pueden estimar aproximadamente el costo de las posibles soluciones en esta etapa, puesto que el costo es uno de los criterios utilizados para elegir las soluciones. Una vez que las partes interesadas seleccionan las soluciones, los facilitadores del MD y los administradores de los programas pueden calcular los costos con más precisión y completar la segunda parte del presupuesto (42).

### Mejoramiento del Desempeño, Mejoramiento de la Calidad y la iniciativa MAC

El Mejoramiento del Desempeño es similar al Mejoramiento de la Calidad, que el Proyecto de Garantía de la Calidad ha adaptado para las organizaciones de atención de salud de países en desarrollo (98). Ambas estrategias instan a las organizaciones a comparar sus servicios con las normas de atención, buscar las causas de la atención inferior a la normal e identificar y seleccionar soluciones que ayuden al personal a satisfacer o exceder las normas (122). Los profesionales observan que estos dos procesos provienen de campos diferentes, de modo que a menudo enfocan los problemas desde distintos puntos de partida.

El Mejoramiento de la Calidad se originó en los campos de la ingeniería, la estadística y la administración, mientras que el Mejoramiento del Desempeño surgió de los campos de la psicología conductual y el diseño didáctico, que aborda el análisis de las deficiencias del conocimiento y el desarrollo y evaluación de la capacitación (18, 39, 139, 151). Como resultado, los profesionales del Mejoramiento de la Calidad generalmente comienzan por analizar sistemas y procesos que influyen en el desempeño individual (98). En contraste, los profesionales del MD generalmente empiezan por analizar el desempeño de los individuos o grupos de empleados, como enfermeras obstétricas o supervisores, y luego examinan los sistemas y procesos que apoyan el desempeño individual (102).

Además, el Mejoramiento del Desempeño puede utilizarse para crear un nuevo puesto o añadir una nueva destreza a las obligaciones de un individuo o grupo de empleados. El Mejoramiento de la Calidad, en cambio, se ocupa de los problemas del desempeño, pero por lo común no se ocupa de un nuevo puesto (85).

El proceso de MD es similar a los procesos que guían la creación de proyectos de capacitación o comunicación. Son numerosos los programas de capacitación que usan el modelo ADDIE (análisis, diseño, desarrollo, implementación, evaluación), precursor del proceso de MD (139). Muchos programas de comunicación recurren al Proceso P (análisis; diseño estratégico; desarrollo; pruebas y producción; administración, implementación y monitoreo, y evaluación del impacto) (126).

El Mejoramiento del Desempeño complementa otro método para mejorar la calidad, a saber, la Iniciativa de Máximo Acceso y Calidad (MAC), que USAID inició a principios de los años 1990. La Iniciativa MAC, a través

del intercambio de información sobre las mejores prácticas en salud reproductiva, ha instado a los programas a preparar y seguir normas que establezcan altos estándares. La lista MAC de métodos para mejorar el acceso y la calidad (como las recompensas a los proveedores de servicios, el compromiso de los clientes y la comunidad, y el desarrollo del liderazgo) puede ayudar a los interesados a seleccionar soluciones para los problemas del desempeño (64, 122, 124, 141).

*Implementing Best Practices (IBP) Initiative* (Iniciativa de Aplicación de las Mejores Prácticas) también ha promovido altos estándares de atención en materia de salud reproductiva. Creada en 1999, esta iniciativa está siendo llevada a cabo por un consorcio compuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), USAID, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y ocho organizaciones colaboradoras. Este consorcio aprovecha la experiencia de los programas de salud reproductiva de alrededor del mundo para establecer, difundir y aplicar las mejores prácticas basadas en la evidencia con un proceso similar al del MD (162).

## La puesta en marcha

El proceso de Mejoramiento del Desempeño puede adoptarse en cualquier momento que el desempeño de un individuo, grupo de empleados u organización podría mejorarse (102). La oportunidad de adoptar el MD se presenta por lo común cuando los supervisores o las autoridades solicitan que se imparta capacitación a los empleados que no están desempeñándose bien. Los instructores se encuentran entonces con una oportunidad excelente de introducir el Mejoramiento del Desempeño en una organización y deberán estar al tanto del proceso, los instrumentos y demás recursos.

La mejor respuesta del facilitador del MD al pedido de capacitación es una invitación para hablar más sobre el problema. Si, en cambio, el facilitador del MD dice inmediatamente que el adiestramiento solo quizá no resuelva el problema y recomienda usar el Mejoramiento del Desempeño, es probable que los supervisores busquen algún otro para impartir la capacitación (102).

Algunos facilitadores utilizan el proceso de MD sin anunciar que se trata de una nueva manera de resolver problemas. En organizaciones en las que el personal se ha de sentir desanimado ante un proceso formal que parece requerir mucho tiempo, o en las que otros métodos han fracasado, el simple hecho de llevar a cabo el proceso ha llevado a eliminar las objeciones iniciales (63, 88).

Respondiendo a un pedido de ayuda, los facilitadores empiezan por recoger información preliminar sobre el problema del desempeño. La recolección de información comienza con la autoridad decisoria, es decir, la persona que hizo el pedido o que será responsable de los resultados. La autoridad decisoria identifica a las personas, los documentos y los registros que los facilitadores deberán consultar.

Los facilitadores también examinan el contexto institucional, o sea, las metas, estrategias y cultura de la organización. En lo que respecta a los problemas con la prestación de servicios, los facilitadores también deben comprender los puntos de vista de los clientes y grupos comunitarios.

### El acuerdo con las partes interesadas

Los facilitadores sintetizan la información y redactan una descripción preliminar del problema del desempeño y su contexto. En el proceso íntegro de MD los facilitadores presentan primero los resultados a la autoridad decisoria y luego a las demás partes interesadas en una reunión para llegar a un acuerdo sobre el proyecto. En una aplicación abreviada o

menos formal del proceso de MD, los facilitadores pueden celebrar una sola reunión con las autoridades y otros interesados (20, 91, 102). Las partes interesadas deben ponerse de acuerdo sobre los integrantes del personal cuyo trabajo debe mejorar y sobre la amplitud del trabajo: cuán grande sería el proyecto a realizar, cuántas personas participarían y cuánto dinero se asignaría.

La participación de todas las partes interesadas es esencial puesto que es necesario incluir todos los puntos de vista en el proceso de MD para que este dé buen resultado. Además, si se las omite, ofendiéndolas con ello, las partes interesadas pueden resistirse a los cambios. Los facilitadores preguntan a las autoridades a quiénes incluir. Algunos trazan un diagrama que muestra a todos los que están conectados con los integrantes del personal cuyo trabajo se ha de mejorar. En algunos países tal vez haya que considerar el parentesco y también las conexiones con la organización.

Lograr y mantener el acuerdo de las partes interesadas es una de las tareas más importantes y difíciles de los facilitadores del MD. Las partes interesadas raramente estarán de acuerdo sobre todos los aspectos de un problema del desempeño. Tal vez disientan acerca de las causas del problema o la forma de medir el desempeño deseado, por ejemplo. Los facilitadores del MD deberán asegurarse de que la autoridad decisoria esté al tanto de cualquier desacuerdo antes de celebrar la reunión de acuerdo del proyecto con todos los interesados (102). En esa reunión el facilitador del MD o la autoridad deberá señalar los desacuerdos y tratar de resolverlos. Es probable que algunos no se resuelvan, pero el proceso, en todo caso, puede continuar.

En los proyectos que duran un año o más es especialmente difícil mantener el interés de las partes interesadas. Estas pueden perder interés si no hay mejoras rápidas y obvias. En los proyectos bien diseñados se planean algunos buenos resultados rápidos para mantener el interés y debilitar la resistencia a los cambios.

Este primer paso termina con el logro de un consenso, si no el pleno acuerdo, entre todas las partes interesadas. El consenso puede consignarse formalmente en una carta de conformidad o un memorándum de entendimiento firmado por el facilitador principal y la autoridad decisoria del MD. En la carta se resume el propósito del proyecto, el proceso de reuniones y recolección de información y los pasos siguientes. También se referirá a los convenios sobre la logística, el lugar para oficina, viajes y financiación (102).

El consenso inicial probablemente tenga que revisarse varias veces durante el proceso a medida que los facilitadores aprenden más acerca del problema del desempeño o a medida que la gente cambia de puesto. Los facilitadores quizá descubran información que resuelva algunos de los desacuerdos, y pueden descubrir otros problemas del desempeño. Si las partes interesadas cambian de puesto, habrá que celebrar reuniones para transmitir información a quienes los reemplacen. En el IDSS de la República Dominicana, por ejemplo, el director general cambió dos veces. Los facilitadores tuvieron que informar a los nuevos directores generales y obtener su permiso para proseguir con su trabajo (91).

## Defina el desempeño deseado

Cuando las partes interesadas definen el desempeño deseado, están describiendo el tipo de servicios de salud reproductiva que a ellas les gustaría. Los facilitadores del MD escogen indicadores del desempeño deseado basados en estándares y guías internacionales o nacionales y en la información recogida en reuniones o entrevistas con integrantes del personal,

trabajadores ejemplares, clientes, grupos de la comunidad y otros interesados.

En el proceso de MD uno de los pasos más útiles pero también uno de los más difíciles y contenciosos es definir el desempeño deseado. Muchas organizaciones pueden sacar provecho de la discusión sistemática y reflexiva del desempeño deseado del personal. En esa discusión deberán intervenir todas las partes interesadas a fin de seleccionar objetivos claros que, en lo posible, sean mensurables (101). Los esfuerzos por definir el desempeño deseado les da por primera vez a algunos integrantes del personal la oportunidad de discutir en qué consiste su trabajo y qué aportan ellos a la organización (36). Lo difícil es persuadir a las partes interesadas a usar indicadores del desempeño observables y mensurables. El facilitador generalmente debe ayudar con preguntas discretas y ejemplos claros del desempeño deseado (63).

Cuando se trata de puestos en los que se realizan procedimientos clínicos con estándares aceptados universales, no hay mucho que debatir acerca del desempeño deseado. Para otros puestos, sin embargo, las partes interesadas suelen disentir con gran vehemencia acerca del desempeño deseado, arguyendo, por ejemplo, que los estándares establecidos son demasiado altos o que llevará mucho tiempo alcanzarlos. Algunas partes interesadas prefieren objetivos realistas, mientras otras favorecen objetivos ideales. Ambos criterios presentan riesgos. El establecimiento de objetivos ideales puede llevar a que el personal se esfuerce mucho más que con un objetivo realista, o el objetivo más alto puede ser desmorozante porque parece inalcanzable. La elección entre medidas idealistas y realistas, o una combinación de ambas, es parte del consenso entre las partes interesadas.

En un programa llevado a cabo en la India con profesionales privados, por ejemplo, las partes interesadas primero establecieron como desempeño deseado que se impartiera orientación a 100% de las mujeres que podrían necesitar planificación familiar, o sea, las mujeres entre los 15 y los 49 años de edad que no usaban anticonceptivos. Pero cuando los facilitadores del MD encontraron que los proveedores realmente estaban impartiendo orientación a menos de la mitad de esas mujeres, las partes interesadas bajaron el desempeño deseado a la orientación del 75% de las mujeres (88).

Las guías de autoevaluación, como las del proceso COPE creado por EngenderHealth, pueden ayudar a definir tanto el desempeño deseado como el real. Las listas de verificación para la autoevaluación abarcan todos los aspectos de los servicios, como por ejemplo, la calidad de la atención, dotación de personal, mantenimiento de registros y orientación (32-34, 92).

## Indicadores del desempeño

Los indicadores son medidas objetivas del desempeño. Ellos describen los logros que pueden observarse y medirse y están bajo el control del personal cuyo desempeño se está midiendo. El desempeño deseado, el desempeño real y la disparidad entre ambos deberá definirse con los mismos indicadores.

Los indicadores son un componente clave del proceso de MD pues ellos determinan la cantidad y el tipo de información que los facilitadores del MD deben reunir. Si hay demasiados indicadores, o indicadores que requieren información difícil de encontrar, los facilitadores perderán mucho tiempo. Así, por ejemplo, los facilitadores han encontrado que algunos indicadores exigen viajes y entrevistas que requieren mucho tiempo y los han reemplazado con indicadores que pueden encontrarse más fácilmente en los registros de los dispensarios (165). Los facilitadores del MD consultan con las partes interesadas para escoger un conjunto inicial de indicadores. Estos pueden cambiar a medida que los facilitadores reúnen más información.

Los indicadores para las técnicas clínicas, como la inserción del DIU o la prevención de infecciones, se toman generalmente de los estándares internacionales o nacionales. Por ejemplo, varios indicadores de que un proveedor de atención está preparado para insertar un DIU son: se lava las manos con jabón y agua limpia por al menos 15 segundos, le dice a la mujer qué es lo que va a ocurrir y la anima a hacer preguntas, y realiza un examen pélvico (16, 103).

Para definir el desempeño deseado también es útil estudiar las normas seguidas por otros servicios u organizaciones de atención de salud, que servirán de normas de referencia (98). También son útiles las reseñas publicadas de las mejores prácticas basadas en la evidencia para la atención de la salud reproductiva, como la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS (WHO Reproductive Health Library) que se distribuye anualmente en diskette y CD-ROM (51, 116). Para obtener información sobre la biblioteca y fuentes de información sobre el proceso de MD, como la *International Society for Performance Improvement* (Sociedad Internacional para el Mejoramiento del Desempeño) y *Performance Improvement Consultative Group* (Grupo Consultivo sobre el Mejoramiento del Desempeño) auspiciado por USAID, busque en Internet: <<http://www.jhuccp.org/pr/j52/j52boxes.shtml#resources>>.

## Las partes interesadas

Los facilitadores del MD examinan con los integrantes del personal los servicios que desearían prestar y hablan con los clientes y grupos de la comunidad acerca de los servicios que estos querrían recibir. Los facilitadores generalmente preparan cuestionarios o guías para conducir las reuniones o entrevistas. En la evaluación de necesidades llevada a cabo en Nigeria, por ejemplo, los facilitadores del MD redactaron guías para las reuniones con las partes interesadas que trataban del desempeño deseado del servicio de atención de salud y de los proveedores de atención de salud, y pidieron explícitamente a los participantes que incluyeran el punto de vista de los clientes (46). En señal de cortesía y a fin de incentivar la reflexión al formular las respuestas, los facilitadores del MD a veces entregan las preguntas a las partes interesadas antes de las reuniones o entrevistas (102).

La información más útil generalmente proviene de las preguntas que admiten más de una respuesta y no pueden contestarse con un sí o un no. Las preguntas típicas que han ayudado a definir el desempeño deseado son:

### Para los proveedores y administradores de servicios:

- ¿Qué haría la gente si se desempeñara perfectamente?
- ¿Qué le dirían a cada cliente? ¿Cómo tratarían a los clientes?
- ¿Cree que es posible proporcionar ese nivel de servicios? Si cree que no es posible, ¿qué nivel de servicios es razonable esperar?
- ¿Cuántos proveedores de servicios se desempeñan a este nivel razonable?

### Para los administradores solamente:

- ¿Qué resultados espera del programa de salud reproductiva?
- ¿Qué recursos se hallan disponibles para llevar a cabo el programa?
- ¿Cómo concibe usted un programa de salud reproductiva ideal desde el punto de vista de los objetivos y recursos de los servicios?

Si los administradores dicen que quieren un "buen trabajo", habrá que instarlos a definir el "buen trabajo" en términos mensurables (102).

### Para los clientes e integrantes de la comunidad que no utilizan los servicios de salud reproductiva:

- Imagínesse un establecimiento ideal que presta servicios de planificación familiar. ¿Cómo sería?
- ¿Cómo serían la sala de espera y las salas de examen?

- ¿Qué servicios se ofrecerían?
- ¿Cómo se comportarían los proveedores de servicios?
- ¿Qué es lo primero que cambiaría en su dispensario de salud para aproximarlos más a su ideal (46, 136)?

Para proporcionar detalles importantes, las partes interesadas por lo común necesitan que se las induzca a darlos, siguiendo con preguntas como las siguientes: ¿Podría dar detalles más concretos sobre...? ¿Cuán habitual es lo que acaba de describir?, o ¿Hay algo más que quisiera agregar?

Entre los dispensarios o los integrantes del personal y los clientes e integrantes de la comunidad, algunos quizá se destaquen por su desempeño ejemplar (también conocidos como aberraciones positivas). Los trabajadores ejemplares superan las condiciones que limitan a otros. En un estudio de dispensarios públicos y privados ejemplares de Kenia, por ejemplo, se encontró que estos tienen líderes inspiradores, ofrecen una variedad de incentivos al personal, comprometen a la comunidad y tienen control local de las finanzas (169). Además, en la evaluación de necesidades de Nigeria, los facilitadores conocieron en un dispensario rural a una enfermera obstétrica que había establecido un fondo de préstamo rotatorio que mantuvo los suministros disponibles mientras otros se habían agotado, y motivaba al personal para mantener el dispensario excepcionalmente limpio (56). Los facilitadores del MD deberán buscar trabajadores ejemplares y observarlos y entrevistarlos. Su ejemplo ayuda a definir el desempeño deseado, y sus prácticas pueden contribuir a generar soluciones para los problemas del desempeño de otros (48).

Los expertos en salud reproductiva o en metodologías para mejorar la calidad contribuyen con su conocimiento de los procedimientos y estándares a definir el desempeño deseado (88). Los expertos también pueden ayudar a adaptar los estándares internacionales o nacionales a las definiciones del desempeño deseado que tienen en cuenta las condiciones locales (102).

### Ejemplos de desempeño deseado

Como los indicadores del desempeño, las descripciones bien concebidas sobre el desempeño deseado describen logros que son específicos, observables, mensurables y bajo el control del empleado. Por ejemplo:

- En el programa de adiestramiento (o capacitación) de Tanzania, se espera que los equipos especializados de adiestramiento zonal colaboren con los equipos de higienistas de distrito, los equipos de higienistas regionales y las ONG para identificar las necesidades de adiestramiento al menos cada tres años (135).
- En un proyecto de atención del puerperio (PAC) de la Asociación de Planificación de la Familia de Kenia, se espera que 80% de los trabajadores voluntarios vinculados con los servicios de PAC reciban orientación de un proveedor de PAC dentro de 20 semanas después de que el proveedor haya completado el adiestramiento (164).

Las descripciones del desempeño deseado expresadas deficientemente suelen referirse sólo a los conocimientos o habilidad, son demasiado vagas para ser mensurables o describen la realización de tareas que no están bajo el control del empleado (ver el cuadro 2).

Las partes interesadas a veces se preguntan cuánto detalle incluir en las descripciones del desempeño deseado. Por ejemplo, a fin de cumplir con el estándar para la prevención de infecciones, ¿es necesario decirles a los proveedores que se laven las manos con jabón y hagan espuma por 15 segundos antes de enjuagarlas con agua limpia, o es suficiente indicar que “se laven las manos entre cada cliente”? Las partes interesadas pueden estimar la cantidad necesaria de detalle si preguntan: “¿Cómo seguiría estas instrucciones un empleado típico del personal?”

## Cuadro 2. Cómo definir el desempeño deseado: corrección de errores comunes

<i>Expresión deficiente</i>	<i>Problema</i>	<i>Expresión mejorada</i>
El proveedor conoce las normas para la inserción del DIU.	Describe la habilidad o conocimiento, que no puede observarse.	El proveedor lleva a cabo todos los pasos del protocolo para el DIU.
El proveedor pasa bastante tiempo con cada cliente.	Vago	El proveedor pasa al menos 10 minutos con cada cliente.
El proveedor ve al menos 10 clientes por día.	El proveedor no lleva cuenta del número de clientes que concurren al dispensario.	Cuando hay clientes esperando, el proveedor no deja pasar más de 15 minutos entre un cliente y otro.

Fuente: McCaffery, 2000 (102)

Population Reports

Las partes interesadas deciden acerca del grado apropiado de detalle después de considerar los estándares generalmente aceptados, la importancia de la tarea y el movimiento de personal, entre otros factores. Si, por ejemplo, el costo de no efectuar una tarea es alto o si el movimiento de personal es alto, la tarea se describirá en detalle para evitar omisiones costosas o para informar a los nuevos integrantes del personal (123).

## Describe el desempeño real

Es necesario describir el desempeño real para definir la distancia que lo separa del desempeño deseado. Las fuentes de información para describir el desempeño real comprenden:

- Las historias clínicas;
- Las entrevistas o reuniones con las partes interesadas, sobre todo los integrantes del personal cuyo desempeño se está analizando, los supervisores y los clientes; y
- La observación de los integrantes del personal.

Antes de investigar el desempeño real, los facilitadores del MD examinan las encuestas existentes, la investigación operativa o los estudios de observación del dispensario. Estas fuentes de información pueden ahorrar algo de tiempo en la recolección de información, pero rara vez tienen toda la información necesaria para evaluar el desempeño real o los factores que inciden en el desempeño (88, 141).

Un diagrama de flujo puede ayudar a los facilitadores del MD a comprender el desempeño real y también a visualizar el desempeño deseado. Con la información provista por uno de los integrantes del personal, el diagrama de flujo traza el mapa de un trabajo como una serie de tareas y puntos de decisión y puede revelar las razones de los problemas. Las largas esperas de los clientes, por ejemplo, quizá se deban a ciertas tareas que podrían llevarse a cabo en otro punto del proceso o que tal vez sean innecesarias (70). En logística, los diagramas de flujo han ayudado a identificar tareas redundantes, tiempo desperdiciado, decisiones que requerían más personas de las necesarias, o decisiones tomadas sin referencia a los estándares o a las mejores prácticas (36).

Las historias clínicas contienen información tal como el número de clientes que han recibido servicios, el resultado de sus visitas y pedidos de instrumentos y suministros. Los facilitadores del MD deberán saber cómo se reunieron los datos y si están en vigencia y son fidedignos. Con respecto al carácter confidencial de la información de los clientes, los registros del dispensario deberán ser examinados por facilitadores del MD que forman parte del personal, en lugar de consultores (102).

Los facilitadores del MD deberán examinar las historias de los clientes antes de conducir entrevistas o reuniones con las partes interesadas. Al saber qué contienen las historias, los facilitadores pueden formular preguntas útiles y evitar pedir información que podrían obtener de las historias. Por otra parte, si se pide a las partes interesadas alguna información registrada en las historias, se puede verificar si esta es correcta. Si los registros son incompletos o incorrectos, las entrevistas con las partes interesadas pueden suministrar la información que falta.

En entrevistas y reuniones los facilitadores del MD piden a los integrantes del personal que evalúen su desempeño real con preguntas como: ¿Qué hace usted durante un día normal de trabajo? ¿Qué servicios presta? ¿Aproximadamente cuánto tiempo dedica a sus tareas principales?

Los integrantes del personal quizá presenten una impresión inexacta de su desempeño, tratando de que suene mejor o peor de lo que es. En un proyecto de certificación de idoneidad en un dispensario de Brasil, por ejemplo, los integrantes del personal de algunos dispensarios dijeron que todo estaba bien, mientras que los integrantes del personal de otros dispensarios dijeron lo contrario. Las dramatizaciones o la presentación de un video para demostrar el buen desempeño y el deficiente pueden ayudar a los proveedores de servicios a evaluarse objetivamente (16).

Los facilitadores del MD pueden verificar las percepciones de los proveedores de servicios observándolos y entrevistando a los clientes y a integrantes de la comunidad. En la evaluación de necesidades de Nigeria, por ejemplo, las preguntas formuladas a los clientes en los grupos de enfoque incluían: ¿Cómo describiría usted el ambiente del dispensario? ¿Su encuentro con el proveedor de servicios de planificación familiar? Si tuviera un amigo interesado en la planificación familiar, ¿le recomendaría que fuera a esos servicios? ¿Por qué o por qué no? Los integrantes de la comunidad pueden contestar preguntas parecidas basándose en la impresión que les han dejado las conversaciones con amigos, parientes o vecinos que han visitado el dispensario (46). Los facilitadores del MD también deberán preguntar a los clientes de planificación familiar si piensan que los proveedores de servicios les habían suministrado información suficiente para elegir con confianza un método anticonceptivo.



*En Pakistán una agente de salud entrevista a un grupo de mujeres como parte de un proyecto de investigación de planificación familiar. Los clientes y los integrantes de la comunidad son participantes importantes en el proceso de Mejoramiento del Desempeño. Las preguntas sobre qué es lo que esperan de los servicios y si están o no satisfechos con ellos, ayudan a definir el desempeño deseado y a describir el desempeño real.*

La información de los clientes, empero, no siempre es fidedigna. Algunos clientes se resisten a criticar al personal, cuya condición social es superior a la de ellos, o piensan que sería descortés criticarlos. Esta propensión a la cortesía puede reducirse si se entrevista a los clientes en el lugar donde viven en lugar del dispensario (145).

Las entrevistas con integrantes del personal pueden revelar obstáculos que entorpecen el proceso mismo de MD. Los proveedores de servicios que no han recibido pago durante meses, por ejemplo, han rechazado los esfuerzos por mejorar su desempeño (4, 16).

## Examen de los factores que inciden en el desempeño

Los facilitadores del MD también piden información sobre los factores que inciden en el desempeño y han de ayudarlos en el análisis de la raíz de los problemas (ver la pág. 16). Entre las preguntas típicas están incluidas las siguientes (102):

- **Expectativas acerca del trabajo:** ¿Puede usted explicar qué se espera de usted? ¿Le han entregado una descripción del trabajo? ¿Cómo sabe qué es lo que se espera de usted?
- **Retroalimentación:** ¿Cómo sabe cuándo está satisfaciendo las expectativas acerca del trabajo? ¿Recibe la retroalimentación oralmente y/o por escrito? ¿Con cuánta frecuencia? ¿De quién?
- **Ámbito de trabajo, equipo y suministros:** ¿Tiene usted todos los instrumentos y suministros que necesita para llevar a cabo su trabajo? ¿Ha pedido material y suministros que no ha recibido? ¿Tiene todo el espacio que necesita, sobre todo espacio privado? ¿Se mantiene el equipo en buenas condiciones?
- **Incentivos:** ¿Qué ocurre si usted realiza un trabajo sobresaliente un día en particular? En su área de trabajo, ¿cómo se toman las decisiones sobre los ascensos, invitaciones a sesiones de capacitación o adiestramiento externo u otras oportunidades? ¿Cómo puede mejorarse el reconocimiento de un buen desempeño?
- **Apoyo de la organización:** ¿De qué manera la estructura de la organización le ayuda en su trabajo o lo hace más difícil? ¿Cómo se le comunican a usted los objetivos y estrategias de la organización? ¿Cómo se toman las decisiones importantes y cómo se le comunican a usted? ¿Recibe usted bastante ayuda y orientación de su supervisor?
- **Conocimientos y destrezas:** ¿Cuánto aprovecha su adiestramiento en el trabajo? Con ciertas tareas, ¿le ayudaría a usted tener recordatorios en el empleo? ¿Cumpliría mejor con sus tareas si supiera que va a recibir una recompensa o reconocimiento extraordinario de la organización?

Estas preguntas pueden producir una larga lista de causas entre las cuales las partes interesadas eligen las pocas causas vitales de los problemas.

Para estimular la veracidad, los facilitadores del MD pueden interrogar a los integrantes del personal y los supervisores o a las enferme-

ras y médicos en grupos separados. Cuando responden a las preguntas acerca de las expectativas o a las evaluaciones del desempeño, los integrantes del personal tal vez no se sientan en libertad de criticar a los supervisores si estos se hallan presentes en la habitación (165).

## Observación

La observación del personal mientras está trabajando es una fuente indispensable de información sobre el desempeño real. Los observadores deberán ser discretos para no molestar a los empleados, algunos de los cuales tal vez nunca hayan sido observados (75).

Para obtener una impresión completa del desempeño real, los observadores prestan atención a funcionamiento del dispensario o consultorio como un todo (el nivel de desempeño de la organización) y al trabajo de cada uno de los empleados. En la evaluación de necesidades de Nigeria, por ejemplo, los observadores notaron que en los dispensarios había problemas de planificación y establecimiento de objetivos, supervisión, mantenimiento de registros y equipos y suministros. Los problemas de los proveedores de servicios estaban relacionados con las aptitudes sociales, el uso de estadísticas de los servicios y el apego a los procedimientos de prevención de infecciones (46).

Las listas de verificación ayudan a los observadores a prestar atención a todos los indicadores del desempeño. Las listas de verificación del funcionamiento del dispensario pueden comprender el equipo y los suministros, la existencia de normas, la calidad de las historias clínicas, la información suministrada en la orientación y la actitud de los proveedores de servicios y otros integrantes del personal.

La observación tiene sus limitaciones. Algunos empleados se sienten ansiosos o intimidados cuando se los observa y, por lo tanto, no se desempeñan como de costumbre. Si se obtiene permiso de los integrantes del personal y se habla del proceso de MD y el proyecto antes de la observación, tal vez se reduzca la ansiedad. Los empleados se sienten más tranquilos si han trabajado con alguien del equipo de observación. En el programa de adiestramiento de Tanzania, por ejemplo, los facilitadores del MD incluyeron a un integrante del personal directivo de la división de recursos humanos del Ministerio de Salud que conocía al personal de los Centros Zonales de Adiestramiento (165). También es conveniente que los observadores se vistan como el personal del dispensario para pasar desapercibidos (16), quedándose un largo rato para que los integrantes del personal se acostumbren a verse observados (106), y les expliquen a estos que no se los está evaluando y que la observación no afectará sus salarios.

Mediante el uso de clientes ficticios o misteriosos para obtener información se evitan estos problemas de las observaciones pero pueden crearse otros (60, 81, 93). Los clientes ficticios tienen que ser agudos observadores con buena memoria y saber cómo desempeñar su papel. Puede requerir semanas enteras enseñar a la gente a hacerse pasar por clientes (93, 96). Además, el uso de clientes ficticios plantea problemas éticos al engañar a los proveedores de servicios y destruir la confianza entre los integrantes del personal y la administración (93, 106).

## Mejoramiento del desempeño en el sector privado: India

En Uttar Pradesh, India, las partes interesadas recurrieron al Mejoramiento del Desempeño para encontrar distintas maneras de instar a los proveedores privados a ofrecer mejores servicios de planificación familiar e identificar a más clientes necesitados de servicios de planificación familiar. Los que practicaban los Sistemas Autóctonos de Medicina (ISM) empleaban una combinación de medicina tradicional y moderna y suministraban la mayoría de los servicios curativos en las zonas rurales de Uttar Pradesh (90, 133). Les cobraban a los clientes las medicinas y otros suministros pero no el tiempo dedicado a impartirles orientación.

De 1995 a 1999 La Agencia de Innovaciones Estatales en Planificación Familiar (SIFPSA) y las organizaciones de distrito locales adiestraron a profesionales de los ISM para que impartieran orientación sobre planificación familiar y suministraran anticonceptivos orales y condones. Las partes interesadas pensaban que, pese al adiestramiento, los profesionales de los ISM no estaban impartiendo orientación sobre planificación familiar a tantas mujeres como les hubiera sido posible.

En 1999 los facilitadores del MD llevaron a cabo una evaluación de las necesidades del desempeño. Desarrollaron indicadores para la cantidad y calidad de los servicios de planificación familiar ofrecidos por los profesionales. El principal indicador cuantitativo era la proporción de clientes con una posible necesidad de servicios de planificación familiar que el profesional identifica y asesora. El principal indicador cualitativo era el apego de los profesionales a una lista de verificación de la observación en la que figuraban cuestiones acerca del entorno de los dispensarios y las técnicas de orientación. El equipo de MD encontró que los profesionales orientaban a menos de la mitad de los clientes idóneos. El desempeño deseado establecido por las partes interesadas tenía un objetivo realista: orientación para el 75% de los clientes idóneos. La deficiencia del desempeño era del 25% o más de los clientes idóneos que no fueron identificados ni asesorados por los profesionales.

La principal causa radical de la deficiencia del desempeño era la pérdida de ingreso que sufrían los profesionales cuando impartían orientación a los clientes, sesión que, en promedio, era de 10 minutos por visita (incentivo). Otras causas radicales eran la ausencia de una fuente segura de condones y anticonceptivos orales (suministros) y la falta de conocimiento de la obligación de asesorar a todo cliente idóneo (expectativas). Algunos no sabían cómo impartir orientación o cómo identificar a los clientes idóneos (conocimientos/destrezas). Las comunidades no sabían que los profesionales ofrecían servicios de planificación familiar porque estos no promovían ni comercializaban sus servicios (expectativas, conocimientos, destrezas).

Las partes interesadas sugirieron varias iniciativas a fin de que la venta de anticonceptivos fuera más lucrativa. Las clasificaron en una escala de costos y beneficios de 10 puntos. Entre las soluciones estaban las siguientes:

1. Asegúrese de que durante el programa de adiestramiento los profesionales sepan que deberán impartir orientación sobre la planificación familiar.
2. Entregue una cantidad inicial de anticonceptivos al finalizar el programa de adiestramiento.
3. Trate de que el adiestramiento sea más selectivo a fin de elevar la condición de los profesionales de los ISM que suministran planificación familiar.
4. Promueva los servicios en la comunidad, sobre todo entre las mujeres de más edad que tienen gran influencia en las decisiones familiares.
5. Identifique a los mayoristas, distribuidores y otras fuentes de anticonceptivos para los profesionales.
6. Capacite a los profesionales de los ISM en técnicas de comercialización (90).

No se dispone de las cifras correspondientes al porcentaje actual de clientes idóneos que están recibiendo orientación. La calidad de la atención parece ser alta. Los clientes ficticios y la autoinformación muestran que 80% de los profesionales satisfacen los criterios de la buena orientación (88, 133).

El sesgo o las discrepancias de los observadores también pueden ser un problema. Dos observadores pueden diferir en su interpretación del mismo comportamiento (78, 81, 106). En un estudio realizado en Perú los clientes ficticios se contradecían en las clasificaciones globales de los proveedores de servicios pero coincidían más en la observación de determinados tipos de comportamiento y al asentarlos en las listas de verificación después de sus citas (81). La enseñanza de métodos de observación y para auxiliar la memoria, o el uso de grabadores en cinta magnética puede mejorar la exactitud de la información (93, 106).

## **Mida o describa las deficiencias del desempeño**

Apoyándose en las definiciones del desempeño deseado y en la información sobre el desempeño real, los facilitadores del MD: 1) miden o describen las deficiencias del desempeño, 2) ayudan a las partes interesadas a señalar las deficiencias que desearían abordar, y 3) clasifican las deficiencias señaladas en orden de importancia. Esta selección preliminar evita efectuar más análisis de las deficiencias que las partes interesadas no quieren continuar.

Se entiende por deficiencia del desempeño la diferencia entre el desempeño deseado y el real, expresada generalmente como una diferencia de porcentajes. También puede expresarse como la relación entre los logros de los trabajadores ejemplares y los de los integrantes típicos del personal (48).

Es común en esta etapa cometer el error de enumerar las causas como deficiencias del desempeño. Por ejemplo, si los proveedores de servicios no están impartiendo buena orientación a los clientes, los facilitadores del MD pueden definir erróneamente la deficiencia como conocimientos y destrezas inadecuados y no como la diferencia entre el desempeño deseado, que podría consistir en que 100% de los proveedores de servicios siguen el protocolo relativo a la orientación, y el desempeño real, por el cual quizá 20% de ellos siguen el protocolo. El análisis de la raíz de los problemas, o sea el paso siguiente en el proceso de MD, no es parte de la descripción de la deficiencia del desempeño, sino que explica la distancia existente entre el desempeño deseado y el desempeño real.

Las partes interesadas mismas seleccionan ciertas deficiencias del desempeño que, de acuerdo con sus propios criterios, reclaman atención. Así, por ejemplo, pueden considerar ciertas deficiencias porque son grandes, porque son importantes para la organización o el personal directivo o porque pueden resolverse rápidamente o han de tener un impacto evidente.

En reuniones y entrevistas los facilitadores del MD reúnen información por categorías con preguntas tales como: ¿Qué impacto tiene este desempeño típico (o insatisfactorio) en los servicios de salud reproductiva? y ¿Cómo es este problema del desempeño en comparación con otros problemas del desempeño de los que hemos hablado?

En general, cuanto mayor sea la deficiencia del desempeño, mayor será la oportunidad de mejorarlo. En el proyecto de Tanzania, por ejemplo, los facilitadores consideraron que las deficiencias superiores al 20% eran lo bastante grandes como para proseguir con el análisis y soluciones para la raíz del problema (135).

La clasificación de las deficiencias seleccionadas ayuda a las partes interesadas a decidir el orden en que deberán abordarse. En la evaluación de necesidades de Nigeria, por ejemplo, los facilitadores del MD clasificaron las deficiencias del desempeño en el dispensario basándose en el consenso de las partes interesadas. En orden de importancia, las deficiencias se referían a problemas con: 1) el suministro de anticoncepti-

vos, 2) los registros del dispensario, 3) el trato a los clientes, 4) la prevención de infecciones, y 5) la accesibilidad en las zonas rurales (46, 88). En algunos casos, sin embargo, las deficiencias más importantes tienen que esperar hasta que se resuelvan otros problemas del desempeño menos importantes. En el proyecto del IDSS, por ejemplo, las deficiencias más importantes se encontraron en la orientación, pero hubo que resolver primero problemas logísticos, clasificados en cuarto lugar de importancia entre los cinco considerados, a fin de que los proveedores de servicios tuvieran anticonceptivos para dar a los clientes (101).

## **Averigüe las causas radicales de los problemas**

El análisis de la raíz de los problemas es el paso principal del diagnóstico en el proceso de MD. Ese análisis es la transición entre la descripción del problema y la búsqueda de soluciones.

Los problemas del desempeño deben atacarse en la raíz pues de lo contrario han de persistir. Por ejemplo, una causa radical de la deficiencia de la orientación entre los proveedores privados de servicios en la India fue la pérdida de ingresos. Los clientes no les pagaban a los proveedores por la orientación sino sólo por los productos (90). Los facilitadores del MD concluyeron que, pese al adiestramiento, las expectativas bien definidas y los suministros suficientes, las deficiencias no se corregirían mientras no desapareciera la raíz del problema, relacionada con el incentivo al desempeño (ver el recuadro de la pág. 15).

Frente a varias causas radicales, las partes interesadas deben identificar las que mayor efecto tienen en el desempeño. Las causas que constituyen la raíz de los problemas son limitaciones u obstrucciones en el sistema o proceso laboral. Los esfuerzos dirigidos a las pequeñas limitaciones no servirán de mucho si persisten en el proceso las obstrucciones más serias (27).

El proceso también induce a las partes interesadas a ver más allá de la explicación de que ellas no pueden hacer nada. Los integrantes del personal suelen atribuir los problemas a la falta de fondos, la mala administración o la corrupción cuando hay otras causas en las que ellos pueden influir, como las expectativas vagas o las valoraciones infrecuentes del desempeño (63). La aparente falta de fondos podría en cambio estar causada por la asignación inadecuada de recursos, la planificación deficiente o la mala coordinación, que podrían corregirse. Los facilitadores del MD deberán estimular las opiniones positivas acerca de las causas que pueden abordarse.

### **Técnicas de análisis de la raíz de los problemas**

Las partes interesadas encuentran la raíz de los problemas cuando hablan sobre la información recopilada en los registros, visitan los lugares de servicios, realizan entrevistas y reuniones y usan técnicas de análisis. Hay dos técnicas que han demostrado ser útiles para los programas de salud reproductiva: la técnica del Árbol del Porqué y el diagrama de causa y efecto. Ambas técnicas estimulan la indagación meticulosa de las causas y desalientan las conclusiones precipitadas.

**El Árbol del Porqué.** Las partes interesadas identifican cadenas de causas de la deficiencia del desempeño con la Técnica del Árbol del Porqué, también conocida como la Técnica de los Porqués. Cuando a las partes interesadas no se les ocurre ninguna otra causa en una cadena, o sea, ninguna otra respuesta a la pregunta "¿Por qué?", el facilitador del MD pregunta si hay otras causas de la deficiencia y comienza otra cadena. En una hoja de papel, la deficiencia del desempeño aparece en la parte superior de la hoja con una raigambre de causas debajo (ver la figura 3 en la pág. siguiente).

Un proyecto llevado a cabo en Ghana para fortalecer los equipos especializados regionales recurrió al Árbol del Porqué para explorar la falta de visitas de supervisión a una gran proporción de proveedores de servicios. Las partes interesadas identificaron dos causas principales: los equipos especializados no sabían cuántas visitas de supervisión hacer y no tenían transporte. La primera causa, la carencia de conocimientos, tenía tres raíces: la falta de descripción del trabajo, la falta de un sistema de apoyo y la falta de información durante el adiestramiento acerca de la frecuencia de la supervisión. La segunda causa, la carencia de transporte, tenía una sola raíz: la falta de adiestramiento en la redacción de propuestas para obtener fondos para el transporte.

Cada raíz del Árbol del Porqué describe una causa de la deficiencia del desempeño, y al pie de la raíz se indica cómo abordar la causa, que en este caso sería redactar una descripción del trabajo, establecer un sistema de apoyo para los equipos de Ghana e impartir adiestramiento (87). La Técnica del Árbol del Porqué ayudó a las partes interesadas a dejar al descubierto una causa radical inesperada: la falta de adiestramiento para redactar propuestas. Ese tipo de adiestramiento ayudaría a resolver el problema del transporte y otros problemas causados por la falta de financiamiento. Si las partes interesadas acaban con una cadena de causas relacionadas con el sector salud o problemas sociales que no pueden controlar, tendrán que abordar la causa siguiente más alta bajo su control (63).

**Diagramas de causa y efecto.** La clasificación de las causas radicales de acuerdo con los factores que inciden en el desempeño indica el tipo de soluciones que abordarían la raíz de los problemas. Para ayudar con la clasificación, las partes interesadas pueden usar un diagrama de causa y efecto, conocido también como diagrama en espina de pescado o como diagrama de Ishikawa, por haberlo inventado Kaoru Ishikawa (70, 108) (ver la figura 4 en la pág. 18). El espinazo del diagrama en espina de pescado se extiende desde la deficiencia del desempeño en un recuadro a la derecha. Las largas espinas que se extienden desde el espinazo representan los factores que inciden en el desempeño. Las causas se representan en el diagrama con líneas que se extienden desde cada uno de los factores que inciden en el desempeño, y las explicaciones adicionales se extienden a partir de cada una de las causas (98).

Puesto que los factores que inciden en el desempeño se superponen, algunas causas pueden corresponder a más de un factor. En la figura 4 del ejemplo de Ghana, "no había supervisor" podría colocarse bajo expectativas, retroalimentación o apoyo de la organización. Además, la explicación de una causa bajo un factor puede conectar esa causa con otro factor. De modo que la falta de transporte, una causa clasificada bajo ámbito de trabajo/equipo/suministros, resultó estar relacionada con conocimientos/destrezas y expectativas.

### Causas radicales comunes

Las causas radicales de los problemas en los programas de salud reproductiva que han utilizado el proceso de MD se extienden a través de todos los factores que inciden en el desempeño. Los diferentes proveedores carecen de los conocimientos y destrezas necesarios, ya sea en materia de

orientación, logística, servicios integrados de salud reproductiva, estimación del costo de los servicios o prevención de infecciones (20, 90, 91, 135, 136). No saben qué se espera de ellos porque no tienen una descripción por escrito del trabajo, las normas son anticuadas o los supervisores no les dicen a los proveedores de servicios qué es lo que deben hacer (46, 90, 91, 130, 135).

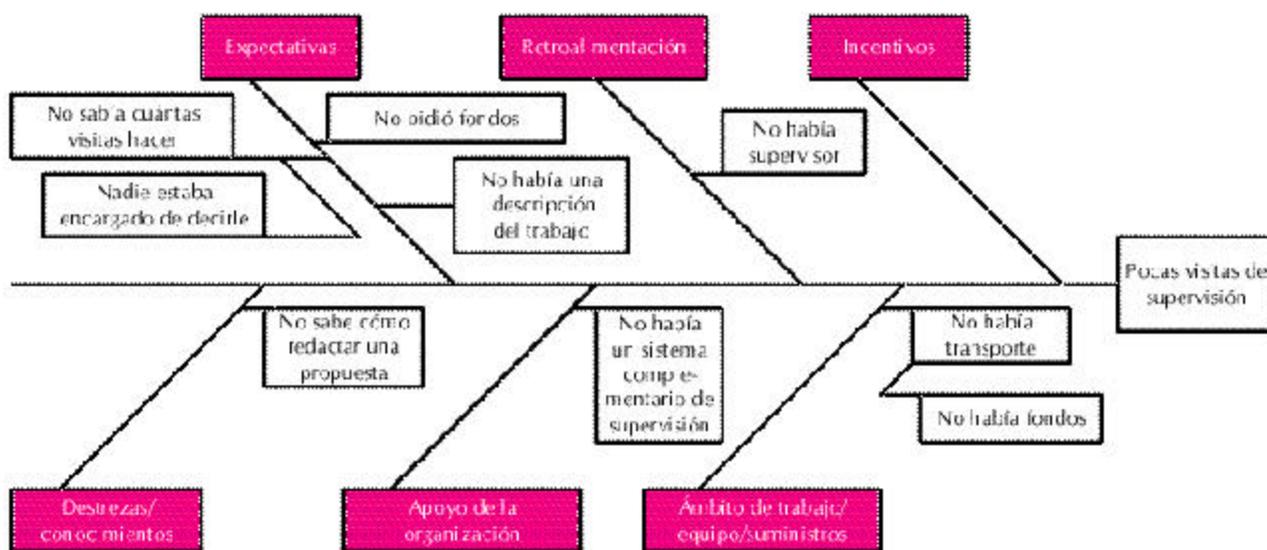
Los dispensarios carecen de los suministros necesarios para ofrecer los servicios solicitados por los clientes, para practicar la prevención de infecciones o para distribuir material educativo sobre la salud. Sin vehículos o combustible, los supervisores no pueden visitar los dispensarios (130). En algunos programas no existe un sistema de incentivos, los supervisores no prestan apoyo al personal y los proveedores de servicios carecen de la autoridad para tomar decisiones o se sienten incapacitados para resolver problemas y esperan las instrucciones de un nivel superior (38, 46, 91, 114, 130).

Individualmente, estas causas son bien conocidas, pero al surgir juntas del proceso de MD indican la naturaleza generalizada de los problemas del desempeño. De ahí que en la República Dominicana el IDSS se ocupó de las expectativas, la retroalimentación, los incentivos y los conocimientos y destrezas para alienta a los proveedores de servicios a que trataran a los clientes de manera más considerada (91). En Ghana el adiestramiento de los equipos especializados regionales no resultaría efectivo a menos que las expectativas se reforzaran mediante las descripciones del trabajo y la provisión de supervisión y transporte (130). Las organizaciones generalmente deben abordar varias causas radicales para mejorar el desempeño.

Figura 3. Análisis de la raíz de los problemas con el Árbol del Porqué para los equipos regionales especializados de Ghana



**Figura 4. Diagrama de causa y efecto, o en espina de pescado, de la deficiencia de supervisión del desempeño en Ghana**



Fuente: Adaptado del Grupo Consultivo sobre el Mejoramiento del Desempeño, 1991 (174).

Population Reports

## Seleccione las intervenciones

Una vez definidos sistemáticamente los problemas del desempeño por las partes interesadas, estas proceden a seleccionar las intervenciones con el mismo cuidado. Proponen soluciones, las evalúan según su eficacia, factibilidad y otros criterios de prioridad, y luego deciden qué hacer. Las partes interesadas pueden elegir entre una variedad de métodos que abordan los puntos débiles de los factores que inciden en el desempeño.

Los facilitadores del MD alientan a los integrantes del personal cuyo desempeño se está analizando a sugerir soluciones. Las personas a cargo del trabajo son las que mejor lo conocen y generalmente aportan las ideas más prácticas. Si los integrantes mismos del personal desempeñan un papel importante en la creación de soluciones, será menos probable que sientan que se les imponen las soluciones y también menos probable que se opongan a los cambios (94).

Las partes interesadas se apoyan en criterios de diseño de proyectos para clasificar las posibles soluciones. Con la ayuda de facilitadores del MD, las partes interesadas contestan a las siguientes preguntas:

**¿Resolverá realmente el problema la solución propuesta?** El uso de las mejores prácticas tomadas de las publicaciones sobre salud reproductiva puede convencer a las partes interesadas de que las soluciones propuestas resultarán eficaces. Las partes interesadas también pueden adaptar la experiencia de los programas locales que han resuelto problemas parecidos. Expertos en logística, comunicación o adiestramiento, por ejemplo, pueden participar y resumir las lecciones aprendidas.

**¿Brindará la solución propuesta los mejores resultados con el mínimo de recursos?** Una evaluación de costos y beneficios sencilla, subjetiva y rápida puede ser la respuesta a esta pregunta. Las partes interesadas asignan puntos en una escala de 1 a 10 a los costos y beneficios por cada solución propuesta. En los costos están incluidos los factores políticos, sociales, culturales, logísticos y técnicos así como los costos monetarios. El puntaje asignado a los beneficios es la estimación

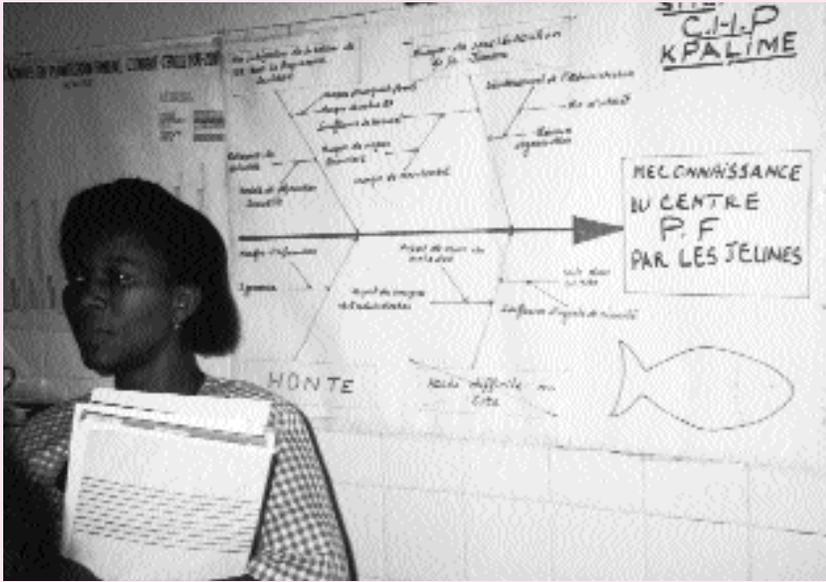
alcanzada por consenso de cuán eficazmente resolverá el problema la solución propuesta o cuánto del problema ha de resolver. Con este rápido análisis se evita efectuar un análisis de costos y beneficios que requiere mucho tiempo y conocimientos especializados (102).

Las partes interesadas pueden comparar la relación entre los costos y beneficios para una variedad de soluciones propuestas. En el programa del IDSS de la República Dominicana la relación entre los costos y beneficios para las soluciones propuestas fluctuaba de 1,4 a 4,0 (ver la figura 2 en la pág. 7).

**¿Es factible la solución propuesta?** ¿Puede la solución propuesta resolver el problema a tiempo y con los fondos y el personal disponibles? En caso negativo, ¿puede asignarse más tiempo, encontrarse más fondos o contratarse más personal especializado?

Las dudas acerca de la factibilidad no deberán hacer desistir a las partes interesadas de esforzarse por objetivos que pueden parecer imposibles de alcanzar al principio. En el proyecto del IDSS de la República Dominicana, por ejemplo, los facilitadores del MD pensaban que no era posible que los servicios de salud reproductiva se convirtieran de un proyecto especial en un departamento, de más categoría, con un mayor presupuesto y más espacio. Se demostró, en cambio, que era posible porque el IDSS estaba proyectando reestructurarse y porque las mejoras introducidas en los servicios de salud reproductiva como resultado del proceso de MD motivaron al personal de varios niveles a apoyar el ascenso de categoría. Además, los facilitadores del MD produjeron un folleto ampliamente difundido que informaba al personal del IDSS acerca de los servicios de salud reproductiva y los persuadía de la importancia de los servicios (63, 82, 101).

**¿Cuenta la solución propuesta con la aceptación de los clientes, la comunidad y los integrantes del personal que llevarán a la práctica la solución?** ¿Piensan las partes interesadas que representan a estos grupos que sus representados aceptarán con agrado la solución? ¿Es esta culturalmente aceptable? Por lo común el público valora los cambios en vista de las ventajas, la simplicidad, la compatibilidad con lo que está acostumbrado a hacer, la facilidad con que pueden adaptarse a los



En un dispensario de salud de Togo se ha colocado en la pared un cartel con el "diagrama en espina de pescado". También conocido con el nombre de diagrama de causa y efecto, se trata de una técnica que puede ayudar a los programas a resolver los problemas del desempeño mediante la clasificación de las causas radicales según factores clave que afectan el desempeño.

de servicios en el dispensario (88). Por lo tanto, las soluciones que abordan la disponibilidad de anticonceptivos, el acceso a servicios de planificación familiar en las zonas rurales y las técnicas de orientación tenían mayor prioridad que las soluciones que abordan la administración, la planificación y la sostenibilidad financiera. Los criterios menos cruciales pero aún importantes pueden clasificarse por consenso o votación (89).

Las partes interesadas deberán considerar la conveniencia de dar una clasificación más alta a ciertas soluciones que pueden llevarse a cabo rápidamente. Si los integrantes del personal pueden mejorar ellos mismos los servicios de salud en poco tiempo sin esperar la ayuda de los supervisores o ministerios, los rápidos resultados demuestran el valor del proceso de MD, demuestran que los cambios son posibles y motivan a los integrantes del personal a mejorar su desempeño. Los inmediatos resultados positivos también alientan a los integrantes del personal a intentar soluciones más difíciles (92) y pueden persuadir a los administradores a proporcionar los recursos para proyectos más ambiciosos (1, 9, 41, 97, 161).

cambios y el efecto de esos cambios en su vida personal (29). Las partes interesadas deben llegar a un consenso para reducir la resistencia que los cambios suelen provocar. También pueden discutir cómo conducir los cambios y anticipar aquellos que podrían originar la resistencia más fuerte (ver la pág. 25)

**¿Es sostenible la solución propuesta?** ¿Cuánta ayuda necesita la organización de los consultores o del ministerio de salud para aplicar la solución? ¿Se continuará aplicando la solución después de que se retire un donante o una agencia cooperante? Los cambios introducidos en la estructura de la organización para acomodar la solución y la participación del personal directivo superior contribuyen a aumentar la probabilidad de que la solución sea sostenible (77).

En general, unas pocas soluciones bien ejecutadas son más sostenibles que muchas soluciones obstaculizadas por los recursos limitados. Los criterios de categoría ayudan a las partes interesadas a concentrarse en las soluciones que más han de contribuir a mejorar el desempeño.

### Elección de soluciones

Los criterios de categoría no dictan, sino que guían la elección de soluciones propuestas. Las partes interesadas pueden optar por algunas soluciones aunque la relación entre los costos y beneficios sea alta, a menudo porque deben preceder a las soluciones de mayor categoría. En el proyecto de la India que trabaja con proveedores de servicios privados, por ejemplo, una solución de alta categoría instaba a estos proveedores a comprar suministros el último día del programa de capacitación. Pero era poco probable que los compraran si no existía una estrategia de fijación de precios, ni tampoco una fuente de suministros regular y no se les había impartido adiestramiento en comercialización y el arte de vender, todas ellas soluciones de menor categoría (90).

Algunos criterios pueden ser irrevocables, como la financiación o el plazo inflexible, mientras otros son menos estrictos. En la evaluación de necesidades de Nigeria, por ejemplo, las partes interesadas insistían en abordar cualquier deficiencia que afectara directamente el desempeño de los proveedores

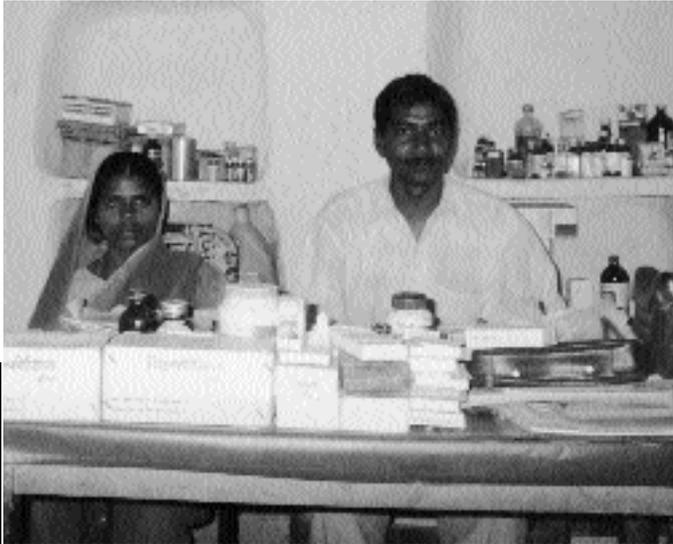
## Lleve a cabo las intervenciones

Las partes interesadas pueden sacar conclusiones de la experiencia mundial de los programas e investigar cómo resolver los problemas del desempeño. La literatura sobre el Mejoramiento del Desempeño, la literatura sobre la salud reproductiva y la literatura médica indican las distintas maneras de abordar los puntos débiles en los seis factores que inciden en el desempeño.

La aplicación de soluciones a los problemas del desempeño requiere buenas técnicas de administración de proyectos. Los integrantes del personal que llevan a la práctica las soluciones, generalmente con la ayuda de facilitadores, planean, programan, presupuestan, coordinan y mantienen a la gente informada. Los administradores generalmente participan en la implementación porque son expertos en administración de proyectos y son finalmente responsables de los resultados del proceso. De ser necesario, los administradores o facilitadores invitan a individuos u organizaciones con experiencia en intervenciones tales como adiestramiento, comunicación o logística, para ayudar con la puesta en marcha (129). Los encargados de la implementación también planean la evaluación de las soluciones y los cambios de la organización que ayudarán a iniciar y sostener las soluciones.

### Esclarecimiento de las expectativas

Una variedad de enfoques pueden ayudar a esclarecer las expectativas acerca del trabajo, como por ejemplo, la distribución de normas con los programas de adiestramiento y de certificación de idoneidad, descripciones claras del trabajo, carteles, conversaciones para refrescar la memoria de los proveedores de servicios antes de la visita del cliente, mensajes de la administración, discusiones con colegas respetados, participación de la comunidad y promoción a través de los medios de difusión.



*En la India, proveedores privados de atención de salud participaron en un proyecto para orientar a más clientes y mejorar los servicios de planificación familiar. Valiéndose del proceso de MD, las partes interesadas encontraron que la falta de incentivos para la orientación era un problema clave.*

**Normas junto con adiestramiento.** Para aclarar las expectativas acerca del trabajo, las organizaciones por lo común distribuyen una lista de normas y esperan que los integrantes del personal las lean y las sigan. Generalmente no basta sólo distribuir las normas. Su lectura debe reforzarse con adiestramiento o mediante la evaluación del desempeño (24, 52, 59, 91, 118, 149).

Uno de los pocos programas en el que se ha medido la eficacia y el costo de la difusión de normas y sesiones de adiestramiento lo llevó a cabo en 1999 el Ministerio de Salud de Kenia. Dos mil proveedores de servicios recibieron normas revisadas y adiestramiento en 1999, 274 fueron adiestrados directamente y unos 1.700 fueron adiestrados posteriormente en sus respectivos dispensarios por los 274 ya capacitados. El material para ayudar a los proveedores de servicios a adiestrar a sus compañeros de trabajo contribuyó a aumentar levemente el puntaje en 38 indicadores a un costo de aproximadamente US\$12 por proveedor de servicios. El agrega supervisión para 54 proveedores de servicios a fin de reforzar el adiestramiento de estos contribuyó a elevar los puntajes por un factor de nueve sobre el adiestramiento solo, a un costo de unos US\$377 por proveedor de servicios (149).

**Certificación de idoneidad.** Un programa de certificación de idoneidad o acreditación aclara las expectativas al especificar los cambios que los dispensarios necesitan introducir para cumplir con los estándares de idoneidad. Esos programas se están llevando a cabo en Brasil, Egipto, Guatemala, Honduras, Malawi y otros países (16, 44, 69, 99, 126).

**Descripción del trabajo.** Redactadas con cuidado, las descripciones del trabajo especifican la contribución de este a los objetivos de la organización, el producto principal o servicio producido por ese trabajo (por ejemplo, servicios de planificación familiar centrados en la comunidad), los logros del trabajo (ayudar a los clientes a elegir y usar anticonceptivos), las tareas que el empleado debe llevar a cabo (visitar a los clientes en su domicilio) y tasas o cantidades (se visitará a los clientes por lo menos una vez por mes) (102). Tales descripciones del trabajo también ayudan a los administradores a contratar o ascender a empleados que pueden cumplir con las expectativas del trabajo (80).

**Carteles o folletos.** Si se colocan carteles donde trabajan los integrantes del personal, o se distribuyen folletos se estará

ayudando a recordar a los empleados qué se espera de ellos (91). El cuadro mural del IPPF con una lista de los derechos de los clientes y de las necesidades de los proveedores de servicios, por ejemplo, se exhibe en las oficinas de la mayoría de las organizaciones afiliadas al IPPF (146).

**Recordatorios para los proveedores de servicios.** Las hojas adjuntadas a los ficheros de los clientes en las que se enumeran las pruebas o procedimientos por realizar han ayudado a los médicos británicos y estadounidenses a mejorar el cumplimiento de las normas. También ha resultado útil entregar fichas a los clientes en las que se enumeran los servicios que han de recibir y que estos, a su vez, entregan a los proveedores de servicios como recordatorio durante la visita. Los médicos cumplen mejor las normas cuando los recordatorios incluyen una lista de instrucciones destinadas a un determinado paciente en lugar de instrucciones generales (24, 31, 52, 53).

**Mensajes del personal directivo superior.** En la República Dominicana, en una carta de la oficina central del IDSS se informó a los integrantes del personal de los centros de salud que se contaba con que ellos ofrecerían cinco servicios de salud reproductiva, a saber: planificación familiar, atención de la salud materno-infantil, prevención y tratamiento del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, promoción de la lactancia materna, y detección del cáncer de mama y cervicouterino y la remisión de casos para el tratamiento. La carta ayudó a reducir una laguna en el conocimiento de los proveedores acerca de los servicios de salud reproductiva (63, 91).

**Discusiones con colegas respetados.** Cuando discuten la atención adecuada en pequeños grupos o con un proveedor de servicios, los colegas respetados pueden ser persuasivos (6, 24). Las visitas personales de los colegas, conocidas como análisis educativo o académico, han ayudado a mejorar las prácticas de prescripción de los médicos de Estados Unidos (117).

**Participación de la comunidad.** Una estrecha relación entre los proveedores de atención de salud y las comunidades posibilita el diálogo honesto y una mejor comprensión mutua de las respectivas expectativas y necesidades (8, 28, 34, 57, 99, 169). Por ejemplo, en el proyecto de Perú "Construir puentes para la calidad", iniciado en 1998 y llevado a cabo por el Ministerio de Salud de Perú, los proveedores de servicios y agrupaciones de la comunidad produjeron videos que mostraban la atención de salud ideal para ellos y la impresión que tenían de la atención realmente prestada. Los proveedores de servicios recorrieron las comunidades atendidas por ellos, los integrantes de la comunidad recorrieron el centro de salud y juntos hicieron planes para mejorar los servicios de salud a fin de que los proveedores de servicios satisfagan las expectativas de los clientes y estos a su vez satisfagan las expectativas de aquellos (8, 57). Las comunidades tienen ahora la impresión de que los proveedores de servicios son más atentos y respetuosos con los clientes, y los proveedores de servicios dicen que la gente de la comunidad tiene mejor conocimiento de los servicios de salud y pide que se la eduque sobre la atención de salud (7).

**Medios de difusión.** Los medios de difusión han presentado la imagen de proveedores de servicios diestros y atentos a fin de mostrar a los proveedores el nivel de atención que se espera de ellos y para indicar a los clientes la atención que pueden esperar de aquellos. Se ha procedido de esta manera en varios países, como Brasil, Egipto, Ghana, Indonesia y Nepal (19, 67, 68, 126).

## ■ Retroalimentación

En varios estudios y programas se han ensayado distintas maneras de suministrar a la gente información sobre su desempeño en el trabajo. A fin de incentivar que se hagan valoraciones más frecuentes del desempeño, las organizaciones

han trabajado con los supervisores para presentar retroalimentación cuantitativa, han instado a los clientes a hacer comentarios o han alentado a los proveedores a evaluarse a sí mismos y a sus compañeros de trabajo.

**Retroalimentación cuantitativa.** Las organizaciones han capacitado a los supervisores para que evalúen a los integrantes del personal con listas de verificación y para que provean de valoraciones detalladas y cuantitativas (15, 22). En Burkina Faso, por ejemplo, un programa llevado a cabo en 1994 por el Programme Elargi de Vaccination (Programa Ampliado de Inmunización) y el Ministerio de Salud, recurrió a la retroalimentación cuantitativa para promover las vacunaciones contra el sarampión. Seis meses después de un curso práctico para adiestrar a los trabajadores de salud en técnicas de comunicación, los supervisores visitaron dispensarios y observaron a los trabajadores de salud, señalaron los puntos débiles y ofrecieron soluciones. Los supervisores prepararon diagramas de barras en diapositivas que, cuando se superponían, permitían que un trabajador de salud comparara su desempeño actual con su desempeño anterior y los promedios de sus compañeros y un grupo testigo. Los trabajadores de salud apreciaron la retroalimentación cuantitativa y se sintieron motivados a mejorar las destrezas que habían declinado desde que habían recibido adiestramiento, como suministrar información a las madres sobre el cuidado de los niños con sarampión, programar visitas de retorno para las vacunaciones y responder a las preguntas (15).

**Observación, presentación y discusión.** En un programa de Níger se introdujo en 1997 y 1998 el Tratamiento Integrado de las Enfermedades de la Niñez por el cual se impartió capacitación a los proveedores de servicios y luego se observó y discutió su desempeño con ellos. Los observadores presentaron sus valoraciones a los proveedores de servicios en una reunión de trabajo. Los proveedores de servicios se reunieron en pequeños grupos y discutieron las valoraciones con la ayuda de un facilitador. Después de ser valorados, los proveedores de servicios realizaban mejor algunas de las tareas, como reconocer los síntomas de enfermedades graves y malnutrición y averiguar los antecedentes de vacunación, pero las mejoras no se mantuvieron después de ocho meses. Además, las técnicas de orientación declinaron pese a la retroalimentación. El sistema de valoración costó US\$108 por proveedor de servicios. El agregó a un promedio de 11 días de capacitación tuvo un impacto más grande y general en las destrezas, pero costó un total aproximado de US\$430 por proveedor de servicios (72).

**Comentarios de los clientes.** En la República Dominicana el IDSS colocó buzones para sugerencias y ofreció fichas para hacer comentarios, pidiéndoles a los clientes que calificaran la atención que recibían en cuanto a cordialidad, respeto por la vida privada y la información confidencial, comunicación y solución de problemas (ver la figura 5). Las respuestas se recogían todas las semanas y los directores de los centros de salud las discutían en las reuniones de personal o con cualquiera de los proveedores de servicios mencionados por los clientes. Las partes interesadas dijeron que los comentarios llevaron a que los proveedores de servicios atendieran mejor a los clientes y que, como resultado, estos últimos estaban más satisfechos con los servicios y los proveedores estaban más contentos con su trabajo (91). El sistema no se mantuvo, sin embargo, debido a problemas administrativos (119).

En Perú, Max Salud, una organización de atención de salud privada sin fines de lucro, estableció un sistema en 1998 y 1999 con seis maneras de recoger comentarios de los clientes: entrevistas finales de 10 minutos en la sala de espera o afuera del dispensario; visitas de seguimiento en el domicilio de los clientes; discusiones de grupos de enfoque grabadas con permiso de los clientes; entrevistas

domiciliarias a las personas que habían dejado de atenderse en los servicios; buzones para sugerencias y reuniones de la comunidad. Entre las lecciones aprendidas cabe mencionar que los clientes eran excesivamente corteses durante las entrevistas finales, pero estaban más dispuestos a expresar críticas cuando se los entrevistaba en su domicilio. Además, los comentarios de los clientes deberán distribuirse lo más pronto posible entre los proveedores de servicios para que estos puedan responder rápidamente, y los comentarios tendrán que recogerse con frecuencia puesto que las expectativas de los clientes cambian. Se encontró en el estudio que los buzones para sugerencias eran el método menos costoso de recolección de comentarios de los clientes (145).

**Autoevaluación.** En un estudio realizado en Indonesia por el Ministerio Estatal de Población/Consejo Nacional de Coordinación de la Planificación Familiar (BKKBN) se evaluó el efecto de la autoevaluación y del examen por los colegas sobre las técnicas de orientación después de un taller de adiestramiento. Los proveedores de servicios utilizaron formularios de autoevaluación para evaluar diariamente sus técnicas de orientación durante 16 semanas. También evaluaron el comportamiento de los clientes y la influencia que ejercían en los clientes. Además, algunos proveedores de servicios se reunían semanalmente en grupos de tres o cuatro para hablar sobre su desempeño.

Las evaluaciones ayudaron a los proveedores de servicios a recordar qué habían aprendido en el taller, aclarar los estándares normas del desempeño y reconocer y ocuparse de los puntos débiles. Cuatro meses después del adiestramiento, los proveedores que habían reforzado su adiestramiento con la autoevaluación tenían mejores técnicas de orientación que el grupo testigo. Por ejemplo, suministraron más información y desarrollaron una mejor relación con los clientes, quienes a su vez hablaban más y estaban más satisfechos con la orientación. Las charlas con los colegas contribuyeron a mejorar aún más las técnicas de orientación, pero no ayudaron a aumentar la satisfacción de los clientes (74).

### Figura 5. Ficha de retroalimentación de los clientes que evaluaron los servicios de salud reproductiva de los dispensarios del Instituto Dominicano de Seguridad Social

**¡Háblenos!**

Estamos haciendo todo lo posible para brindarle la más alta calidad de servicio de salud. Ayúdenos a tratarle mejor diciendo qué tal le pareció su visita hoy a este centro de salud. Favor de llenar esta tarjeta y depositarla en el buzón.

	Sí	Más o Menos	No
¿El personal de salud le preguntó sobre el motivo de su visita?	☺	☹	☹
¿El personal de salud le habló sobre sus asuntos de una manera discreta?	☺	☹	☹
¿El personal de salud le dió información correspondiendo a sus preguntas o necesidades?	☺	☹	☹
¿El personal de salud le ayudó a tomar una decisión para resolver un problema?	☺	☹	☹

Si desea decirnos algo más, escriba aquí: \_\_\_\_\_

Source: FRIME Project

Population Reports



Agentes de salud de Nepal escuchan una serie de transmisiones radiofónicas de educación a distancia. Los métodos principales para mejorar los conocimientos y destrezas son el adiestramiento en el servicio y la educación previa al servicio. También pueden servir de guía medios auxiliares del trabajo como listas de verificación o diagramas de flujo.

## Ámbito de trabajo, equipo y suministros adecuados

Los problemas comunes del entorno en los programas de salud reproductiva son la falta de espacio privado para impartir orientación, el desabastecimiento de anticonceptivos y la falta de equipo o suministros para desinfectar los instrumentos. Para resolver estos problemas, las organizaciones:

- Mejoran el sistema logístico e imparten capacitación o adiestramiento (35) (ver **Population Reports, Logística en Planificación Familiar: Cómo fortalecer la cadena de suministros**, Serie J, No. 51, invierno de 2002).
- Trabajar con el gobierno local y las comunidades para mejorar el ámbito de trabajo y proveer de suministros. Municipalidades de Brasil financiaron las mejoras de los dispensarios que participaron en el programa de acreditación PROQUALÍ llevado a cabo por las Secretarías de Salud de los estados de Bahía y Ceará. Con esos fondos se pagaron las reparaciones y remodelación, una computadora, un automóvil y un autoclave. Una ciudad cavó un pozo para suministrar el agua necesaria para llevar a cabo los procedimientos de prevención de infecciones (69).
- Piden ayuda de donaciones para comprar equipo y establecer un sistema sostenible de suministros o estimulan las asociaciones entre el sector público y privado para suministrar anticonceptivos (46). El IDSS recibió ayuda del programa de Gestión Logística de Planificación Familiar financiado por USAID, que condujo talleres de gestión logística de dos días de duración y negoció donaciones de anticonceptivos de USAID y el Consejo Nacional para la Población y la Familia (CONAPOFA) en la República Dominicana. El IDSS comenzó entonces a comprarle anticonceptivos al FNUAP (91, 134).

## Incentivos

La gente trabaja en programas de atención de la salud por una variedad de razones. A algunos les gusta atender a las personas y valoran el aprecio de estas, o el prestigio social acordado a los proveedores de atención de salud y el respeto de los clientes y las comunidades (3, 23, 38, 92, 148). El equipo y la capacitación que trae consigo el trabajo y la oportunidad de asistir a reuniones también atraen a la gente (10, 23, 111, 169). Algunos proveedores de servicios valoran tanto su trabajo que permanecen en él aunque se les pague con atraso (13).

Naturalmente, muchos proveedores de servicios trabajan sólo porque necesitan un sueldo (5).

Para estimular un mejor desempeño, las organizaciones han recurrido a incentivos como más dinero, reconocimiento del trabajo bien hecho y la oportunidad de proporcionar mejor atención.

**Incentivos monetarios.** Un sueldo básico atrae a los trabajadores y los mantiene en su puesto de trabajo, pero no los motiva necesariamente a desempeñarse bien (47). Los incentivos monetarios incluyen los aumentos de sueldo, estipendios para la ropa, vivienda o capacitación; licencia paga o vacaciones extra; comidas gratis o regalos como artefactos o bicicletas (9, 155). En Tanzania, un programa de distribución centrado en la comunidad paga a los agentes con equipo que sirve para generar ingresos como botes, tractores o máquinas de coser (62).

Por otra parte, la idea de vincular la remuneración al desempeño puede crear controversia. En Zimbabwe, los empleados públicos se declararon en huelga en 1996, cuando el gobierno propuso ligar los aumentos de sueldo, la gratificación anual y los ascensos al desempeño en el trabajo. Los agentes de salud pen-

saban que era injusto establecer objetivos altos para el desempeño en vista de la escasez de personal y recursos. Los agentes de salud, ya mal remunerados, desafiaron cualquier amenaza a sus bajos sueldos. La experiencia de Zimbabwe dio lugar a varios otros posibles problemas con un esquema de incentivos como este. La remuneración ligada al desempeño puede inspirar desconfianza o el abuso del proceso de valoración, algunos supervisores se resisten a presentar informes desfavorables y los supervisores tal vez no sepan cómo evaluar a los empleados o quizá estén demasiado ocupados (110).

Las organizaciones de salud reproductiva asistidas por USAID no están autorizadas a recompensar a los empleados por llenar las cuotas o alcanzar las cifras fijadas de usuarios de métodos de planificación familiar (156, 158). Pueden recompensarlos, empero, por distinguirse en otros esfuerzos que ayudan a las organizaciones a alcanzar sus objetivos.

**Reconocimiento.** Para reconocer el trabajo sobresaliente, las organizaciones pueden exhibir fotos de los integrantes del personal (163), elegir al empleado del mes (9) o hacer mención del personal en el boletín informativo. También pueden anunciar los ascensos y publicar la noticia en los medios de difusión locales o declarar días especiales para los distintos grupos de empleados, como el día de las enfermeras obstétricas.

El reconocimiento manifestado mediante la retroalimentación positiva estimula a los empleados al mostrarles cómo están mejorando. Por ejemplo, la autoevaluación y el examen por los colegas en el estudio sobre orientación de Indonesia motivó a los proveedores de servicios al permitirles dar seguimiento su propio mejoramiento y reconocer y corregir sus puntos débiles (74). En el proyecto de acreditación clínica de PROQUALI en Brasil, los proveedores de servicios se sintieron motivados a mejorar su desempeño merced a la retroalimentación recibida de los funcionarios, supervisores, compañeros de trabajo y clientes estatales y municipales (69).

Los programas de acreditación o certificación de idoneidad, al reconocer el buen desempeño, han motivado a los integrantes del personal a trabajar con ahínco para satisfacer los estándares. En un programa llevado a cabo en el occidente de Guatemala se está mejorando la salud materna y neonatal mediante la certificación de idoneidad de hospitales, centros de salud y puestos de salud. En encuestas de referencia conducidas entre marzo y agosto de 2001, siete hospitales satisficieron un promedio del 11% de los criterios de acreditación, y en una encuesta de seguimiento realizada en diciembre de 2001, el cumplimiento se había elevado al 40% (113).

**Ofrecimiento de mejor atención.** El hecho de dar al personal la oportunidad de mejorar la atención es en sí mismo un incentivo. En el proyecto "Construir puentes para la calidad" de Perú, por ejemplo, los integrantes del personal del Ministerio de Salud dijeron que nunca habían considerado que mejorar de las relaciones entre los clientes y los proveedores de servicios era parte de su trabajo. En su nuevo papel aprendieron técnicas de facilitación, como hacer preguntas que admiten más de una respuesta, estimular la participación y exponer en forma resumida. Pensaban que estaban esforzándose más por mejorar los servicios y no sólo supervisando a los proveedores de servicios, recibiendo informes y organizando el adiestramiento (57).

Cuando los supervisores les preguntan a los empleados qué es lo que los motiva, evitan las conjeturas. En el proyecto del IDSS, los facilitadores del MD condujeron discusiones de grupos de enfoque con los proveedores de servicios y entrevistas con los directores de los hospitales para explorar los incentivos, aparte de los aumentos salariales, que motivarían el trato considerado a los clientes. Al preguntárseles qué tipo de incentivos preferirían, los empleados enumeraron recompensas tales como oficinas limpias y bien ventiladas, más días libres, viáticos para el adiestramiento, mayor intercambio de información con el personal, reconocimiento público y un seguro contra los riesgos que se corren en el trabajo. Los proveedores de servicios que trabajaban solos en dispensarios querían tener la oportunidad de trabajar en equipo (157). Ofrecer una variedad de incentivos permite que los empleados elijan los que ellos prefieren (12, 169).

## Apoyo de la organización

Para fortalecer el apoyo de la organización al desempeño de los empleados, los administradores deberán prestar atención a los demás factores que inciden en el desempeño, como las expectativas, el equipo y los incentivos. También pueden:

- Aclarar y comunicar la misión de la organización, preparar una estrategia de trabajo para cumplir con la misión y asegurar que la estructura de la organización, es decir, la estructura jerárquica y la asignación de recursos, apoye la estrategia (13, 95, 142).
- Buscar la participación del personal de oficina en los esfuerzos por incrementar el apego a las normas. Los pacientes de médicos estadounidenses recibían mejores servicios cuando, por ejemplo, el personal de oficina suministraba información y comentarios de apoyo como parte de una campaña para dejar de fumar (24).
- Establecer un sistema de apoyo a la supervisión que fomenta las sugerencias y la solución de problemas por los integrantes del personal de todos los niveles de la organización (11, 22). Por ejemplo, ASHONPLAFA, una organización privada de planificación familiar de Honduras, fortaleció su sistema de supervisión en 1999 y 2000 al combinar un mayor apoyo de los supervisores (actividades normativas, planificación de reuniones, retroalimentación y evaluación, visitas de observación y reconocimiento del buen desempeño) y consejos a los empleados de que se observen a sí mismos (26).

## Conocimientos y destrezas

El fortalecimiento de la educación previa al servicio o impartir adiestramiento o capacitación en el servicio son las maneras principales de mejorar los conocimientos y las destrezas. Los medios auxiliares de trabajo como las listas de verificación o los diagramas de flujo también son una ayuda al proveer de información u orientación mientras se está trabajando, pero generalmente es necesario recibir adiestramiento para usar los medios auxiliares (30, 76).

El adiestramiento para la atención de la salud reproductiva pone énfasis en la transferencia del aprendizaje al lugar de trabajo y la demostración de la competencia por los que fueron (65, 132, 152). La transferencia del aprendizaje es difícil. En general, los que asisten a los programas de adiestramiento usan sólo 10% a 20% de lo que han aprendido en el trabajo porque el adiestramiento estuvo mal diseñado o porque no se les ayudó a cambiar la manera de trabajar (150). Capacitadores, expertos en la materia y profesionales dedicados al MD están trabajando juntos para mejorar la eficacia de la educación en atención de la salud reproductiva.

El fortalecimiento de la educación previa al servicio puede tener un efecto mayor y más duradero que el adiestramiento en el servicio. La educación previa al servicio influye en un número mayor de personas, y el conocimiento y las destrezas aprendidas en las escuelas profesionales determinan las prácticas de muchos estudiantes a lo largo de sus carreras. Las lecciones aprendidas en los programas para fortalecer la educación previa al servicio en las Filipinas y Turquía, por ejemplo, incluyen la importancia de contratar a alguien experimentado en abogar por los cambios en las escuelas y que forje una estrecha relación entre las escuelas profesionales y los dispensarios donde se realizan las prácticas. (171).

En el adiestramiento en el servicio se perfeccionan los conocimientos y destrezas o se introducen nueva información y nuevas técnicas. El adiestramiento en el servicio se lleva a cabo en el trabajo o fuera del lugar de trabajo. El adiestramiento en el trabajo puede ser informal o estructurado (61, 150). El programa PAC de Kenia citaba, entre las ventajas del adiestramiento estructurado en el trabajo el hecho de que el adiestramiento satisfacía las necesidades específicas de cada dispensario, que se escogía a los proveedores de servicios que mejor podían aprovechar el adiestramiento, y que los servicios del dispensario no se alteraban gran cosa (168).

En el diseño del adiestramiento están incluidos el formato, los métodos y el material didáctico. El adiestramiento puede adquirirse a través del aprendizaje individual, la autoevaluación, el aprendizaje en parejas, el examen por los colegas o el aprendizaje en grupos (74, 105, 150). Entre los métodos de adiestramiento cabe señalar la preparación individual con preceptor, el aprendizaje con mentor, el análisis de estudios de casos y las dramatizaciones (109, 150, 166). Mediante el adiestramiento en microtécnicas, en el cual la técnica se divide en los elementos que la componen y se imparten a los participantes en el adiestramiento lecciones sobre cada uno de los elementos, se ha logrado mejorar la orientación dada por los proveedores de servicios (170). Las combinaciones de métodos suelen dar los mejores resultados (25).

Los manuales impresos se suplementan ahora con CD-ROM, instrucción mediante la Red Mundial (World Wide Web) preparación individual con preceptor por correo electrónico. Por ejemplo, PROCOSI, una red de organizaciones no gubernamentales de atención de salud en Bolivia, se vale del CD-ROM y el correo electrónico para adiestrar al personal en liderazgo y administración (167).

Para transferir el aprendizaje al lugar de trabajo se requiere la cooperación entre los supervisores, capacitadores y compañeros de trabajo. Cada uno de ellos tiene un papel que desempeñar antes, durante y después del adiestramiento. Antes del adiestramiento, los supervisores ayudan a seleccionar a los participantes, se ocupan de los objetivos del adiestramiento, informan a los participantes acerca de las expectativas respecto del desempeño una vez adiestrados y reasignan las labores de los participantes entre sus compañeros de trabajo. Después del adiestramiento, los supervisores y capacitadores deberán visitar a los participantes en el trabajo para observar, apoyar y prepararlos mientras aplican sus nuevos conocimientos y destrezas (132). Lo que se busca con esto es forjar un vínculo más estrecho entre el adiestramiento y el desempeño (21, 152).

# Monitoree y evalúe el desempeño

Los integrantes del personal o los consultores monitorean las soluciones para asegurarse de que se llevan a cabo de acuerdo con los planes y las evalúan para valorar los resultados. Este seguimiento permite que el personal responda a problemas inesperados o aproveche oportunidades imprevistas. Algunas de las tareas del monitoreo consisten en verificar que todas las partes interesadas estén participando, que el personal directivo superior manifieste públicamente su apoyo y que los integrantes del personal cuyo desempeño se está analizando estén participando y aceptando las soluciones.

Los monitores del programa notifican a otros integrantes del equipo la existencia de problemas o los cambios de horario que afecten otros plazos (102). Si los resultados no son satisfactorios, pueden hacerse ajustes a medio camino. En un programa de adiestramiento de adiestradores, por ejemplo, los monitores pueden observar las clases dictadas por los adiestradores, tomar nota de cualquier punto débil y sugerir cambios en el currículo (126).

Para evaluar las soluciones, los integrantes del personal o los consultores miden el desempeño real después de que las soluciones surten efecto y lo comparan con el desempeño deseado convenido por las partes interesadas. Los evaluadores se valen de los mismos indicadores del desempeño usados para medir la deficiencia inicial del desempeño. Los datos provienen de las observaciones, entrevistas o encuestas al personal y a los clientes, cuestionarios de autoevaluación o registros de los dispensarios.

Pocas organizaciones de atención de la salud reproductiva han evaluado el uso que hacen del proceso de MD. Sólo en el proyecto piloto llevado a cabo por el Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS) se ha documentado su evaluación. Los consultores midieron para el IDSS el desempeño real en tres provincias: San Cristóbal, La Romana y La Vega. Condujeron una encuesta de referencia en marzo/abril de 1999 y encuestas de seguimiento en agosto de 1999, seis semanas después de aplicarse las soluciones, y en julio/agosto de 2000. Se abordaron tres preguntas:

- **¿Corrigió el proyecto las deficiencias del desempeño?** El equipo de evaluación analizó el desempeño a lo largo del tiempo en la provincia de San Cristóbal, donde el IDSS aplicó toda una serie de soluciones para abordar las expectativas, la valoración del desempeño y los conocimientos y destrezas.
- **¿Diferían entre sí las provincias?** El equipo de evaluación comparó los resultados de San Cristóbal con los de La Romana, donde los proveedores de servicios se ocuparon de las expectativas y la retroalimentación, pero no estaban especialmente adiestrados, y en La Vega, la provincia testigo donde no se aplicaron las soluciones.
- **¿Diferían entre sí los servicios?** El equipo de evaluación comparó las deficiencias del desempeño de los integrantes del personal en los tres tipos de servicios de atención de salud que participaron en el proyecto: hospitales, dispensarios y consultorios médicos.

## ¿Corrigió el proyecto las deficiencias del desempeño?

En la evaluación del IDSS se midieron las deficiencias del desempeño en el trato considerado a los clientes y el conocimiento de los proveedores sobre los servicios de salud reproductiva ofrecidos por el IDSS.

**Trato considerado a los clientes.** La evaluación constaba de dos partes: los clientes se entrevistaban después de atenderse en los servicios de salud reproductiva y los observadores se fijaban en el comportamiento de los proveedores de servicios mientras estos atendían a los clientes. Entrevistadores y observadores llenaron un cuestionario que medía los indicadores del trato considerado a los clientes. Los cuestionarios evaluaban las cuatro áreas de la orientación: cortesía (¿Lo saludó el proveedor y lo llamó por su nombre?); protección de la vida privada (¿Se aseguró el proveedor de que la consulta fuera lo más confortable y privada posible?); información (¿Le proporcionó el proveedor información que respondía a todas sus preguntas o necesidades?); y solución de problemas (¿Le ayudó el proveedor a llegar a una decisión que resolviera un problema?). El puntaje máximo para el desempeño deseado basado en el cuestionario era de 12 puntos.

En San Cristóbal la deficiencia del desempeño disminuyó significativamente. De acuerdo a los clientes, la deficiencia disminuyó de 5,2 en el punto de referencia a 4,7 (una diferencia del 10% con el punto de referencia) en la primera encuesta de evaluación y a 3,9 (una diferencia del 25%) en la segunda encuesta. De acuerdo con los observadores, la deficiencia del desempeño disminuyó de 7,9 a 4,3 (46%) en la primera encuesta y luego aumentó a 5,6 (29%) en la segunda encuesta (120).

**Conocimiento sobre de los servicios de salud reproductiva.** Los facilitadores del MD entrevistaron a unos 80 proveedores de servicios para evaluar el conocimiento que poseen de toda la gama de servicios de salud reproductiva ofrecidos por el IDSS. Los facilitadores hicieron tres preguntas a los proveedores de servicios y los clasificaron de acuerdo con el número de servicios que mencionaron en sus respuestas: 1) ¿Qué entiende usted por servicios de salud reproductiva? 2) ¿Qué servicios de salud reproductiva se ofrecen en este establecimiento? y 3) ¿A qué servicios de salud reproductiva puede usted remitir clientes? En San Cristóbal la deficiencia del desempeño había experimentado una disminución del 32% al realizarse la primera encuesta de seguimiento, pero luego registró un aumento del 4% al realizarse la segunda encuesta en comparación con la deficiencia registrada en la encuesta de referencia, probablemente debido al movimiento de personal (120).

## ¿Diferían entre sí las provincias?

Las diferencias entre San Cristóbal y La Romana indican los relativos puntos fuertes de las soluciones para los problemas del desempeño. En La Romana las deficiencias del desempeño respecto al trato considerado a los clientes aumentaron o no cambiaron apreciablemente, y la laguna en el conocimiento de los proveedores sobre los servicios de salud reproductiva registró un aumento en la primera encuesta de seguimiento. En comparación con la disminución de las deficiencias del desempeño en San Cristóbal, los resultados de La Romana indican que a los proveedores les faltaban conocimientos y destrezas, y que necesitaban adiestramiento y seguimiento, los cuales no se ofrecían ahí (37, 101). También puede darse que los administradores no hayan transmitido tan clara y vigorosamente las nuevas expectativas (37).

Las expectativas de los clientes, superiores a las reales, también pueden explicar el aumento de la deficiencia del desempeño respecto al trato a los clientes que se registró en la primera encuesta de seguimiento. Haciendo eco de los carteles que describían la calidad de los servicios de salud reproductiva, probablemente los clientes esperaban que la calidad de la atención fuera mejor que la que podían prestar los proveedores de La Romana (63).

Los resultados de La Vega, la provincia testigo, indican la eficacia general del proyecto piloto. Los pequeños cambios

introducidos en las lagunas en el desempeño en La Vega muestran que el mejor desempeño registrado en San Cristóbal fue más bien el resultado del proyecto piloto y no un mejoramiento general del desempeño en todas las provincias.

## ¿Diferían entre sí los servicios?

Los servicios diferían considerablemente en su respuesta al proyecto piloto. El desempeño mejoró más en los consultorios de los médicos. Por ejemplo, según la clasificación de los clientes, la deficiencia del desempeño en lo referente al trato considerado a los clientes disminuyó considerablemente en los consultorios de los médicos entre el punto de referencia y la primera encuesta de evaluación, de 5,8 a 5,1 (12%) en una escala de 12 puntos. En cambio, la deficiencia aumentó en los hospitales y dispensarios (120).

La burocracia y el movimiento de personal quizá expliquen las diferencias entre los servicios. En los hospitales y otras instituciones grandes resulta difícil cambiar los procedimientos, sobre todo como resultado de proyectos a corto plazo. Los cambios institucionales necesarios para mejorar el desempeño requieren más tiempo en una institución grande que en una oficina (37). Además, el movimiento de personal probablemente impidió que se mejorara el desempeño porque el nuevo personal no hubiera participado en el proyecto (120).

## Introducción de los cambios

El mejoramiento del desempeño requiere que las personas y las organizaciones aprendan y cambien. En una organización descentralizada los empleados aprenden a obrar con más autoridad y a tomar decisiones que los administradores tomaban antes por ellos. La puesta en práctica del proceso mismo de MD trae aparejada la introducción de cambios.

Los cambios traen consigo tensiones, provocan temor, ansiedad y resentimiento en mucha gente. Las personas se resisten a los cambios pues temen tener que adoptar procedimientos desacostumbrados (148), trabajar más sin recibir más pago, o perder el empleo porque se les ha de juzgar según estándares superiores que no pueden satisfacer (22). Algunas personas no están dispuestas a asumir más responsabilidades (119, 148). Otras tienen aversión a los cambios impuestos por extraños (29), o están a disgusto con sus condiciones de trabajo y se oponen a los cambios para manifestar su protesta (4, 22, 112, 144, 147).

Los líderes de una organización que aplican el proceso de MD necesitan tener en cuenta las distintas respuestas de los integrantes del personal a los cambios y hacer los planes correspondientes. En su mayoría, las personas cambian lentamente y en etapas. En una teoría del cambio de comportamiento se identifica un proceso en cinco pasos: el de precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (160). Las personas varían en su respuesta a los cambios, dividiéndose en grupos de innovadores,

adoptadores tempranos, mayoría temprana, mayoría tardía y adoptadores tardíos. La tasa de adopción depende de las ventajas percibidas que traerán los cambios, cuán difícil es adoptarlos y la habilidad con que se introducen, entre otros factores (77, 138).

## Se necesita un liderazgo imaginativo

La introducción y mantenimiento de cambios institucionales requiere líderes fuertes e imaginativos. Ellos tendrán que inspirar y persuadir a los empleados a completar un proceso a veces difícil y de larga duración. Los líderes comprometidos al cambio pueden surgir en cualquier nivel de una organización, no sólo del personal directivo superior. Para poner en marcha el proceso del cambio, los líderes:

- Articulan y dan a conocer la urgente razón para los cambios. La urgencia generalmente se debe a un cambio fuera de la organización, como una reducción de la financiación o un cambio en la clientela (104). En la República Dominicana, a principio de los años noventa, el Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS) comenzó a atender a más mujeres que hombres, y las mujeres estaban insatisfechas con los servicios ofrecidos por el Instituto (91).
- Incluyen un amplio espectro de empleados en la planificación de los cambios. En el proceso de MD, la participación de todas las partes interesadas crea un núcleo de personas que apoyan los cambios y reducen la probabilidad de resistencia a estos. La experiencia de la industria en Estados Unidos indica que las organizaciones pueden cambiar cuando al menos la cuarta parte de los empleados se declaran a favor del cambio (77).
- Crean una visión de la organización. Los líderes comunican una visión de la organización y vinculan los cambios a esa visión a fin de que los empleados vean la razón de los cambios.

La comunicación de la visión demanda persistencia e imaginación. Los líderes deben poner énfasis repetidamente en la visión, en presentaciones, discusiones extraoficiales, cartas, memorandos y boletines informativos, para convertirla en el principio rector de los empleados (77). Los cambios se vuelven permanentes cuando los empleados cambian de manera de pensar acerca de su trabajo y se dedican a este (77, 84).

\*\*\*\*\*

El mejoramiento del desempeño promete hacer por las organizaciones y programas de salud reproductiva de los países en desarrollo lo que ha hecho para las empresas alrededor del mundo: mejorar los servicios con soluciones bien diseñadas para los problemas del desempeño. El proceso de MD ayuda a las organizaciones a inspirar, guiar, equipar y permitir a los empleados que estos cumplan la misión de su organización y se desempeñen al más alto nivel. Como resultado se pueden obtener empleados más productivos, programas de atención de la salud reproductiva más eficaces y clientes más satisfechos. (*La versión en español de este número se publicó en abril de 2003.*)

## Bibliografía

Se señalan con un asterisco (\*) los artículos que fueron de especial valor en la preparación de este número de **Population Reports**.

1. ADDISON, R.M., and HAIG, C. Human performance technology in action. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of human performance technology. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 298-318.
2. ADETUNJI, A. (EngenderHealth) [Performance Improvement in Nigeria] Personal communication, May 10, 2001.

3. AHMED, A.M., MUNG'ONG'O, E., and MASSAWE, E. Tackling obstacles to health care delivery at district level. World Health Forum 12: 483-489. 1991.
4. AINSLIE, R. (Johns Hopkins University/Center for Communication Programs) [Performance Improvement in Brazil (PRO-QUAL) and Guatemala (CallRed)] Personal communication, June 9, Oct. 16, 2001; May 2, 2002.
5. AITKEN, J.-M. Voices from the inside: Managing district health services in Nepal. International Journal of Health Planning and Management 9(4): 309-340. 1994.
6. ALLERY, L.A., OWEN, P.A., and ROBLING, M.R. Why general practitioners and consultants change their clinical practice: A critical incident study. British Medical Journal 314: 870. Mar. 22, 1997.
7. ANONYMOUS. Puentes hacia la calidad de atención en salud [Bridges toward the quality of care in health]. [manuscript]. Save the Children, Oct. 15, 2001. 4 p.

8. ANONYMOUS. "Building bridges for quality": A community mobilization project to improve quality. [draft]. no date. 3 p.
9. ASKOV, K., MACAULAY, C., MILLER FRANCO, L., SILIMPERI, D., and VAN ZANTEN VELDHUYZEN, T. Institutionalization of quality assurance. Bethesda, Maryland, Center for Human Services, No date. (Project Report) 38 p.
10. BAYA, B., GUIELLA, G., OUEDRAOGO, C., and PICTET, G. Evaluation de la stratégie de distribution à base communautaire [Evaluation of the strategy of community-based distribution]. [CD-ROM, "Electronic Library, 1990-1999," from Population Council, Frontiers in Reproductive Health]. Laboratoire de Santé Communautaire du Bazega, Dec. 1998. 123 p.
11. BEN SALEM, B., and BEATTIE, K.J. Facilitative supervision: A vital link in quality reproductive health service delivery. New York, AVSC International, Aug. 1996. (Working Paper No. 10) 19 p.
12. BENNETT, S., and MILLER FRANCO, L. Summary proceed-

- ings: Workshop on health worker motivation and health sector reform. Bethesda, Maryland, Oct. 1998. Partnerships for Health Reform/Abt Associates, 37 p.
13. BENNETT, S., and MILLER FRANCO, L. Public sector health worker motivation and health sector reform: A conceptual framework. Bethesda, Maryland, Abt Associates/ Partnerships for Health Reform, Jan. 1999. (Major Applied Research 5, Technical paper 1) 45 p.
  14. BENNIS, W.G., and NANUS, B. Leaders: Strategies for taking charge. New York, Harper & Row, 1985. 244 p.
  15. BHATTACHARYYA, K., SHAFRITZ, L., and GRAEFF, J.A. Sustaining health worker performance in Burkina Faso. Arlington, Virginia, BASICS, 1997. 45 p.
  16. BLAKE, S.M., NECOCHEA, E., BOSSEMEYER, D., GRIFFEY BRECHIN, S.J., LEMOS DA SILVA, B., and MAFALDA ILDEFONSO DA SILVEIRA, D. PROQUALI: Development and dissemination of a primary care center accreditation model for performance and quality improvement in reproductive health services in northern Brazil. Baltimore, JHPIEGO, July 1999. (JHP No. 03) 77 p.
  17. BORNSTEIN, T. (Center for Human Services/Quality Assurance Project) [Performance Improvement and quality assurance] Personal communication, Apr. 17, 2001.
  18. BORNSTEIN, T. Quality Improvement and Performance Improvement: Different means to the same end? QA Brief, Vol. 9 No. 1, Spring 2001. p. 4-12.
  19. BOULAY, M. (Johns Hopkins University/Center for Communication Programs) [The client as performer in Nepal] Personal communication, Apr. 3, 2001.
  20. CAIOLA, N. Application of the PI process in Ghana. PI-L listserv. Posted to the PI-L e-mail listserv Apr. 27, 2000. (Available: <http://community.jhpiego.jhu.edu/archives/pi-l.html>, Accessed May 17, 2001).
  21. CAIOLA, N., and SULLIVAN, R.L. Performance Improvement: Developing a strategy for reproductive health services. Baltimore, JHPIEGO, May 2000. (Strategy paper No. 9) 12 p.
  22. CAIOLA, N., SULLIVAN, R.L., LYNAM, P., and TRANGSRUD, R. Supervising health services: Improving the performance of people. [draft]. Baltimore, JHPIEGO, Jan. 11, 2001. 122 p. [available on CD-ROM, May 2002].
  23. CHEGE, J., SANOGO, D., ASKEW, I., BANNERMAN, A., GREY, S., GLOVER, E.K., YANKEY, F., and NEROUAYE-TETTEH, J. An assessment of the community based distribution programmes in Ghana. Nairobi, Kenya, Population Council, Planned Parent Association of Ghana, Nov. 2000. 36 p.
  24. COHEN, S.J., HALVORSON, H.W., and GOSSELINK, C.A. Changing physician behavior to improve disease prevention. Preventive Medicine 23: 284-291. 1994.
  25. DAVIS, D.A., THOMSON, M.A., OXMAN, A.D., and HAYNES, B. Changing physician performance: A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. Journal of the American Medical Association 274(9): 700-705. Sep. 6, 1995.
  26. DE LA PEZA, L., and ELLIS, A. Case: PI work with ASHONPLAFA in Honduras. PI-L listserv. Posted to the PI-L e-mail listserv May 29, 2001. (Available: <http://community.jhpiego.jhu.edu/archives/pi-l.html>), Accessed May 29, 2001)
  27. DETTIMER, H.W. Goldratt's theory of constraints: A systems approach to continuous improvement. Milwaukee, Wisconsin, American Society for Quality, 1997. 378 p.
  28. DOHLIE, M., MIELKE, E., BWIRE, T., ADRIANE, D., and MUMBA, F. COPE: A model for building community partnerships that improve care in East Africa. Journal for Healthcare Quality 22(5). Sep/Oct. 2000.
  29. DORMANT, D. Implementing human performance technology in organizations. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 237-259.
  30. ELLIOTT, P.H. Job aids. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 430-441.
  31. EMSLIE, C., GRIMSHAW, J.M., and TEMPLETON, A. Do clinical guidelines improve general practice management and referral of infertile couples. British Medical Journal 306: 1728-1731. 1993.
  32. ENGENDERHEALTH. COPE: Self-assessment guides for reproductive health services. New York, EngenderHealth, 1999. (No. SM-15).
  33. ENGENDERHEALTH. What Is COPE? <<http://www.engenderhealth.org/la/sfq/qcope.html>>. EngenderHealth, January 3, 2002.
  34. ENGENDERHEALTH. Community COPE. New York, EngenderHealth, 2002. (No. SM-23).
  35. FAMILY PLANNING LOGISTICS MANAGEMENT/JOHN SNOW, INC. (FPLM/JSI). Programs that deliver: Logistics contributions to better health in developing countries. Arlington, Virginia, FPLM/JSI, 2000. 117 p.
  36. FELLING, B. (John Snow) [Performance Improvement in the Deliver project] Personal communication, Mar. 28, 2001; Feb. 26, 2002.
  37. FORT, A. (Intrah/PRIME) [Evaluation of the Dominican Republic pilot project] Personal communication, Aug. 21, 2001.
  38. FORT, A., CALIX, M., CARIAS, D., CORDERO, M., ESCOTO, H., ESPADA, S.L., JASKIEWICZ, W., KILLIAN, R., LUOMA, M., and VALLEJO, F. Baseline survey on licensing and the performance of primary health care providers in Region 7-Olancho, Honduras: primary provider performance, its factors and client perception. Chapel Hill, North Carolina, PRIME II, Feb. 2002. (PRIME II Technical Report No. 29A) 58 p.
  39. FOSHAY, W.R., MOLLER, L., SCHWEN, T.M., KALMAN, H.K., and HANEY, D.S. Research in Human Performance Technology. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 895-915.
  40. FOX, D., BYRNE, V., and ROUAULT, F. Performance improvement: What to keep in mind. Alexandria, Virginia, American Society for Training & Development (ASTD), 2001. (Available: <[http://www.astd.org/CMS/templates/index.html?template\\_id=1&articleid=23620](http://www.astd.org/CMS/templates/index.html?template_id=1&articleid=23620)>)
  41. FULLER, J. From training to performance. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of human performance technology. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 281-297.
  42. GARRISON, K. From training to performance: Issues in planning. Proceedings of the Performance Improvement: Orientation, programming & skill building course [CD-ROM], Alexandria, Virginia, Oct. 15-19, 2001. Available from JHPIEGO (see box, p. xx).
  43. GARRISON, K. Performance Improvement in preservice. PI-L listserv. Posted to the PI-L e-mail listserv Oct. 10, 2001. (Available: <<http://community.jhpiego.jhu.edu/archives/pi-l.html>>, Accessed Oct. 10, 2001)
  44. GARRISON, K. (JHPIEGO) [JHPIEGO projects using the Performance Improvement approach] Personal communication, Jan. 4, 2002.
  45. GARRISON, K. Supervision in Kenya. PI-L listserv. Posted to the PI-L e-mail listserv May 6, 2002. (Available: <<http://community.jhpiego.jhu.edu/archives/pi-l.html>>, Accessed May 6, 2002)
  - \*46. GAYE, P., SIDHOM, Y., ADENIRAN, B., OJEDIRAN, M., LUOMA, M., HEEREY, M., AWOSIYAN, M., ADETUNJI, A., DOSUMU, B., CORDERO, C., JOHNSON, S., and ANYANWU, L. Assessing the performance of family planning service at the primary care level in Nigerian local government area health centers and NGO clinics: Final report. Chapel Hill, North Carolina, PRIME II, Jan. 2001. 70 p.
  47. GELLERMAN, S.W. Motivation in the real world: The art of getting extra effort from everyone. New York, Penguin, 1992. 324 p.
  - \*48. GILBERT, T.F. Human competence: Engineering worthy performance. Washington, D.C., International Society for Performance Improvement, 1996. 376 p.
  49. GREER, M. Planning and managing human performance technology projects. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 96-121.
  50. GRIFFIN, J. (US Agency for International Development) [Performance Improvement] Personal communication, Dec. 6, 2000; Oct. 16, 2001.
  51. GRIMES, D.A. The need for systematic reviews in family planning. WHO Reproductive Health Library (3): 2. 2000.
  52. GRIMSHAW, J.M. and RUSSELL, I.T. Effect of clinical guidelines on medical practice: A systematic review of rigorous evaluation. Lancet 342: 1317-1322. 1993.
  53. GRIMSHAW, J.M. and RUSSELL, I.T. Achieving health gain through clinical guidelines. II: Ensuring guidelines change medical practice. Quality in Health Care 3: 45-52. 1994.
  54. GROL, R. Implementing guidelines in general practice care. Quality in Health Care 1(3): 184-191. Sep. 1992.
  55. HARBER, L. (Intrah/PRIME) [Material production for the PI project in the Dominican Republic] Personal communication, Aug. 23, 2001.
  56. HEEREY, M. Bauchi State. Presented at the Nigeria Performance Needs Assessment Briefing, USAID, Washington, D.C., Jan. 8, 2001.
  57. HOWARD-GRABMAN, L. (Save the Children) [Community mobilization in Peru] Personal communication, Aug. 2, 2001.
  58. HUEZO, C., and DIAZ, S. Quality of care in family planning: Clients' rights and providers' needs. Advances in Contraception 9: 129-139.
  59. HULSCHER, M.E.J.L., WENSING, M., GROL, R., VAN DER WEIJDEN, T., and VAN WEEEL, C. Interventions to improve the delivery of preventive services in primary care. American Journal of Public Health 89(5): 737-746. May 1999.
  60. HUNTINGTON, D., LETTENMAIER, C., and OBENG-QUAIDOO, I. User's perspective of counseling training in Ghana: The "mystery client" trial. Studies in Family Planning 21(3): 171-177. May/June 1990.
  61. JACOBS, R.L. Structured on-the-job training. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 606-625.
  62. JANOWITZ, B., CHEGE, J., THOMPSON, A., RUTENBERG, N., and HOMAN, R. Community-based distribution in Tanzania: Costs and impacts of alternative strategies to improve worker performance. International Family Planning Perspectives 26(4): 159-160, 193-195. Dec. 2000.
  63. JASKIEWICZ, W. (PRIME) [Performance improvement in Latin America] Personal communications, July 10, 2001-May 24, 2002.
  64. JHPIEGO. Defining and strengthening the MAQ/PI relationship at JHPIEGO. [http://www.reproline.jhu.edu/english/6read/6pi/pi\\_maq.htm](http://www.reproline.jhu.edu/english/6read/6pi/pi_maq.htm), JHPIEGO, April 23, 2001.
  65. JHPIEGO. JHPIEGO's Instructional Design Process. <<http://www.reproline.jhu.edu/english/6read/6training/process/3ids.htm>>. JHPIEGO, Dec. 25, 2001.
  66. JHPIEGO. Report of analysis of performance improvement under the MNH Koupéla project. [draft translation from French], Baltimore, JHPIEGO, Nov. 2001. 21 p.
  67. JOHNS HOPKINS UNIVERSITY/CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS. Distance education works: Communication Impact! (1). Jan. 1998. (Available: <<http://www.jhuccp.org/centerpubs/impact/number1/index.htm>>)
  68. JOHNS HOPKINS UNIVERSITY/CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS. PROQUALI improves health services in Brazil. Communication Impact! (10): 2. Aug. 2000. (Available: <<http://www.jhuccp.org/centerpubs/impact/number10/index.htm>>, Accessed Sep. 20, 2001)
  69. JOHNS HOPKINS UNIVERSITY/POPULATION COMMUNICATION SERVICES (JHU/PCS). PROQUALI technical document. [draft]. Baltimore, JHU/PCS, May 9, 2000. 48 p.
  70. JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH-CARE ORGANIZATIONS (JCAHO). Performance improvement in ambulatory care. Oakbrook Terrace, Illinois, JCAHO, 1997. 212 p.
  71. KEARNY, L., and SMITH, P. Workplace design for creative thinking. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 464-484.
  72. KELLEY, E., GESLIN, C., DJIBRINA, S., and BOUCAR, M. The impact of QA methods on compliance with the Integrated Management of Childhood Illness Algorithm in Niger. Bethesda, Maryland, Center for Human Services/Quality Assurance Project, 2000. (Operations Research Results No. 1(2)) 16 p.
  73. KEPNER-TREGOE. People and their jobs: What's real, what's rhetoric? [http://www.kepner-tregoe.com/pdf/people\\_jobs\\_KL445a.pdf](http://www.kepner-tregoe.com/pdf/people_jobs_KL445a.pdf). Kepner-Tregoe, Nov. 2, 2001.
  74. KIM, Y.M., PUTJUK, F., KOLS, A.J., and BASUKI, E. Improving provider-client communication: Reinforcing IPC/C training in Indonesia with self-assessment and peer review. Bethesda, Maryland, Quality Assurance Project, 2000. (Operations Research Results No. 1(6)) 18 p.
  75. KIM, Y.M., TAVROW, P., MALIANGA, L., SIMBA, S., PHIRI, A., and GUMBO, P. The quality of supervisor-provider interactions in Zimbabwe. Bethesda, Maryland, Center for Human Services, Quality Assurance Project, 2000. (Operations Research Results No. 1(5)) 16 p.
  76. KNEBEL, E., LUNDAHL, S., EDWARD-RAJ, A., and ABDALLAH, H. The use of manual job aids by health care providers: What do we know? Bethesda, Maryland, Quality Assurance Project/Center for Human Services, Feb. 2000. (Operations Research Issues Paper No. 1) 24 p.
  77. KOTTER, J.P. Leading change. Boston, Harvard Business School Press, 1996. 187 p.
  78. KUMAR, K. Rapid, low-cost data collection methods for A.I.D. Washington, D.C., US Agency for International Development, Dec. 1987. (Program Design and Evaluation Methodology Report No. 10) 34 p.
  79. KUMAR, V., RUDY, S., and SHAH, S. Improving the performance of community midwives in Yemen. [draft]. New Delhi, India, Intrah/PRIME II, 2000. 15 p.
  80. LEIBLER, S.N., and PARKMAN, A.W. Human resources selection. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 351-372.
  81. LEÓN, F.R., QUIROZ, G., and BRAZZODURO, A. The reliability of simulated clients' quality-of-care ratings. Studies in Family Planning 25(3): 184-190. May-June 1994.
  82. LION COLEMAN, A. (Intrah/PRIME) [Performance improvement in the Dominican Social Security Institute] Personal communication, May 17, 2001.
  83. LOMAS, J., ENKIN, M., ANDERSON, G.M., HANNAH, W.J., VAYDA, E., and SINGER, J. Opinion leaders vs audit and feedback to implement practice guidelines. Journal of the American Medical Association 265(17): 2202-2207. May 1, 1991.
  84. LOZARE, B. (Johns Hopkins Center for Communication Programs) [Leadership and change] Personal communication, Apr. 10, 2001.
  85. LUOMA, M. Performance improvement and quality improvement. PI-L listserv. Posted to the PI-L e-mail listserv Jan. 6, 2000. (Available: <<http://community.jhpiego.jhu.edu/archives/pi-l.html>>)
  86. LUOMA, M. Armenia debrief. Technical leadership area: Systems for improved performance. [PowerPoint presentation]. Chapel Hill, North Carolina, PRIME II, Aug. 24, 2001. 14 p.
  87. LUOMA, M. Ghana Why Tree. [draft]. Chapel Hill, PRIME, June 19, 2001.
  88. LUOMA, M. (Training Resources Group (TRG)/PRIME) [Performance improvement] Personal communications, June 28, 2001-Apr. 22, 2002.
  89. LUOMA, M. Selecting interventions. [draft]. Chapel Hill, July 10, 2001. 1 p.
  - \*90. LUOMA, M., GAUTHAM, M., and KUMAR, V. Performance assessment of Indigenous Systems of Medicine and rural practitioners in Uttar Pradesh, India. Chapel Hill, North Carolina, PRIME, Feb./Mar. 1999. 29 p.
  - \*91. LUOMA, M., JASKIEWICZ, W., MCCAFFERY, J., and CATOTTI, D. Dominican Republic Performance Improvement project evaluation. Chapel Hill, NC, PRIME, Jan. 2000. (Technical report No. 19) 87 p.
  92. LYNAM, P., RABINOVITZ, L.M., and SHOBOWALE, M. The use of self-assessment in improving the quality of family planning clinic operations: The experience with COPE in Africa. New York, EngenderHealth, Dec. 1992. (AVSC Working Paper No. 2) 15 p.
  93. MADDEN, J.M., QUICK, J.D., ROSS-DEGNAN, D., and KAFLE, K.K. Undercover careseekers: Simulated clients in the study of health provider behavior in developing countries. Social Science and Medicine 45(10): 1465-1482. Nov. 1997.

94. MAGER, R.F. and PIPE, P. Analyzing performance problems: Or you really oughta wanna. 3rd ed. Atlanta, Center for Effective Performance, 1997. 183 p.
95. MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH (MSH). Family Planning Management Development <[http://www.msh.org/FPM/management\\_areas/index.html](http://www.msh.org/FPM/management_areas/index.html)>. MSH, May 13, 2002.
96. MARQUEZ, L. Helping healthcare providers perform according to standards. Bethesda, Maryland, Center for Human Services/Quality Assurance Project, 2001. (Operations Research Issues Paper No. 2(3)) 36 p.
97. MASSOUD, R. (Quality Assurance Project/Center for Human Services) [Quality assurance and performance improvement] Personal communication, July 25, 2001.
- \*98. MASSOUD, R., ASKOV, K., REINKE, J., MILLER FRANCO, L., BORNSTEIN, T., KNEBEL, E., and MACAULAY, C. A modern paradigm for improving healthcare quality. Bethesda, Maryland, Center for Human Services/Quality Assurance Project, 2001. (QA Monograph No. 1) 78 p.
99. MATERNAL AND NEONATAL HEALTH PROGRAM. Country Profile: Guatemala. [newsletter]. Baltimore, JHPIEGO, no date. 2 p. (Available: <<http://www.mnh.jhpiego.org/where/guatemala1.asp>>, Accessed Sep. 4, 2001)
100. MAU, K. (Kendall Philip Consulting) [Performance improvement in developing countries] Personal communication, June 26, 2001.
101. MCCAFFERY, J. (Training Resources Group (TRG)/PRIME II) [Performance Improvement: Overview and the pilot project in the Dominican Republic] Personal communications, Mar. 28, Aug. 22, 2001; Mar. 7, 2002.
- \*102. MCCAFFERY, J., LUOMA, M., NEWMAN, C., RUDY, S., FORT, A., and ROSENSWEIG, F. Performance Improvement: Stages, steps and tools. Chapel Hill, North Carolina, PRIME, 2000. 95 p.
103. MCINTOSH, N., KINZIE, B., and BLOUSE, A. IUD guidelines for family planning services: A problem-solving reference manual. Baltimore, JHPIEGO Corporation, 1993. 191 p.
104. MCNAMARA, C. Basic context for organizational change. <[www.mapnp.org/library/mgmt/orgchng.htm](http://www.mapnp.org/library/mgmt/orgchng.htm)>. Management Assistance Program for Nonprofits, Jan. 24, 2002.
105. MCNAMARA, C. Strong value of self-directed learning in the workplace: How supervisors and learners gain leaps in learning. <[http://www.mapnp.org/library/rng\\_dev/methods/slf\\_drct.htm](http://www.mapnp.org/library/rng_dev/methods/slf_drct.htm)>. Management Assistance Program for Nonprofits, Nov. 20, 2001.
106. MENSCH, B. Using data on client-provider interactions to assess the quality of family planning services. [unpublished]. Washington, D.C., Sep. 9-10, 1993. (Presented at the Expert meeting on information systems and measurement for assessing program effects, sponsored by the National Academy of Sciences Committee on Population) 19 p.
107. MILLER FRANCO, L., KANFER, R., MILBURN, L., QARRAIN, R., and STUBBLEBINE, P. Determinants of health worker motivation in Jordan: A 360 degree assessment in two hospitals. Bethesda, Maryland, Partnerships for Health Reform/Abt Associates, July 2000. (Major Applied Research 5, Working Paper 7) 67 p.
108. MORGAN, C., and MURGATROYD, S. Leading thinkers for Total Quality Management. In: Total Quality Management in the public sector: An international perspective. Buckingham, England, Open University Press, 1994. p. 35-41.
109. MURRAY, M. Performance improvement with mentoring. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 545-563.
110. MUTIZWA-MANGIZA, D. The impact of health sector reform on public sector health worker motivation in Zimbabwe. Bethesda, Maryland, Abt Associates, Nov. 1998. (Major Applied Research 5, Working Paper 4) 28 p.
111. NAVRONGO HEALTH RESEARCH CENTRE and POPULATION COUNCIL. The Navrongo community health and family planning project: Lessons learned 1994-1998. [CD-ROM, "Electronic Library, 1990-1999," from Population Council, Frontiers in Reproductive Health]. Navrongo Health Research Centre, Population Council, Apr. 1999. (Operations Research Technical Assistance, Africa Project II) 204 p.
112. NECOCHEA, E. (JHPIEGO) [Performance Improvement in Latin America] Personal communication, Aug. 3, 2001.
113. NECOCHEA, E., AINSLIE, R., BOSSEMEYER, D., CORDON, O., GARCIA COLINDRES, J., METCALFE, G., PEINADO, L., and POPPE, P. CaliRed: A performance and quality improvement model for maternal and neonatal health services in Guatemala. [abstract]. Baltimore, JHPIEGO, 2002. 1 p.
114. NEWMAN, C. PRIME's Performance Improvement initiative underway in Burkina Faso. PRIME Perspectives, No. 3, Aug. 1998. p. 1-5.
115. NEWMAN, C. Following up performance: Lessons from the field. Performance Improvement 41(1): 11-18. Jan. 2002.
116. O'BRIEN, P. The Cochrane Collaboration: Preparing, maintaining and disseminating systematic reviews in fertility regulation. British Journal of Family Planning 23: 37-38. July 1997.
117. O'BRIEN, T., OXMAN, A.D., DAVIS, D.A., HAYNES, R.B., FREEMANTLE, N., and HARVEY, E.L. Educational outreach visits: Effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev (2): CD000409. 2000.
118. OXMAN, A.D., THOMSON, M.A., DAVIS, D.A., and HAYNES, R.B. No magic bullets: A systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. Canadian Medical Association Journal (153): 1423-1431. 1995.
119. PADILLA, M. Performance Improvement: Lessons from the experience with a client feedback system in the Dominican Republic (PowerPoint presentation). Chapel Hill, North Carolina, PRIME, May 1, 2001, 22 p.
120. PADILLA, M., and FORT, A. Addendum to Technical Report 19: Results from the second follow-up study of the Dominican Republic performance improvement project evaluation. Chapel Hill, North Carolina, Intrah, Nov. 2001. (PRIME II Technical Report No. 28) 23 p.
121. PELOQUIN, J. (Population Leadership Program) [Applying Performance Improvement in developing countries] Personal communication, Mar. 29, 2002.
- \*122. PERFORMANCE IMPROVEMENT CONSULTATIVE GROUP (PICG). Frequently asked questions about Performance Improvement. <[http://www.pihealthcare.org/pi\\_faqs.htm](http://www.pihealthcare.org/pi_faqs.htm)>. PICG, May 2, 2002.
123. PERFORMANCE IMPROVEMENT CONSULTATIVE GROUP. Descriptions of desired performance: How detailed? Proceedings of the Orientation, programming, and skill building course (CD-ROM), Alexandria, Virginia, Oct. 15-19, 2001. Available from JHPIEGO, Baltimore.
- \*124. PERFORMANCE IMPROVEMENT CONSULTATIVE GROUP. Improving performance to maximize access and quality for clients [PowerPoint presentation]. July 6, 2001. (Available: <<http://www.reproline.jhu.edu/english/6read/6pi/pp/maqip/maqip.htm>>)
125. PETERS, P. Seven tips for delivering performance feedback. <[http://zignonperf.com/PMNews/7\\_feedback\\_tips.html](http://zignonperf.com/PMNews/7_feedback_tips.html)>. Zigon Performance Group, May 1, 2001.
126. PIOTROW, P.T., KINCAID, D.L., RIMON, J.G., and RINEHART, W. Health communication: Lessons from family planning and reproductive health. Westport, Connecticut, Praeger, 1997. 307 p.
127. PRIME. Performance factors. [draft]. Chapel Hill, North Carolina, PRIME, July 9, 2001. 4 p.
128. PRIME. A performance improvement approach: Lessons learned [PowerPoint presentation]. Chapel Hill, North Carolina, PRIME II, 2001.
129. PRIME. The role of the PI facilitator. [draft]. Chapel Hill, North Carolina, PRIME, July 12, 2001. 4 p.
130. PRIME. RRT (regional resource team) performance improvement tables (Ghana). [draft]. Chapel Hill, North Carolina, PRIME, June 19, 2001. 21 p.
131. PRIME. Yemen performance improvement: Connecting midwives and communities. [draft]. Chapel Hill, North Carolina, PRIME, June 16, 2001. 2 p.
132. PRIME II and JHPIEGO. Transfer of learning: A guide for strengthening the performance of health care workers. Chapel Hill, North Carolina: Baltimore, PRIME II and JHPIEGO, Mar. 2002. 36 p. (Available: <<http://www.reproline.jhu.edu/english/6read/6pi/tol/index.htm>> Accessed June 4, 2002)
133. PRIME II. India: Multiple strategies in Uttar Pradesh. <<http://www.prime2.org/india.shtml>>. PRIME, April 5, 2002.
134. QUESADA, N. and NOGUERA, M. FPLM technical assistance record [Dominican Republic]. John Snow, Mar. 2000. 2 p.
- \*135. REPRODUCTIVE AND CHILD HEALTH SECTION, MINISTRY OF HEALTH, UNITED REPUBLIC OF TANZANIA. Report on performance needs assessment of Zonal Training Centre capacity to implement the reproductive and child health program in Tanzania. [draft]. Dar es Salaam, Ministry of Health, United Republic of Tanzania, Jan. 2001. 88 p.
136. REPRODUCTIVE AND CHILD HEALTH SECTION, MINISTRY OF HEALTH, UNITED REPUBLIC OF TANZANIA. Tanzania Performance Improvement initiative: Assessment of community perceptions of quality health services, Preliminary Report. Baltimore, Johns Hopkins University, Center for Communication Programs, Feb. 21, 2001. 19 p.
137. RIFKIN, H. Performance feedback: Getting past avoidance in the quest for excellence. Insights: Quarterly Newsletter of ACEC/MA (American Council of Engineering Companies of Massachusetts), May/Jun. 1999. (Available: <<http://www.engineers.org/acec-ma/rifkin.html>> Accessed June 5, 2001)
138. ROGERS, E.M. Diffusion of innovations. 4th ed. New York, Free Press, 1995. 519 p.
139. ROSENBERG, M.J. The origins and evolution of the field. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 24-46.
140. ROSETT, A. Analysis for human performance technology. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 139-162.
141. RUDY, S. (Intrah/PRIME) [Advantages and applications of the PI process] Personal communication, Mar. 23, 2001; Feb. 25, 2002.
- \*142. RUMMLER, G.A., and BRACHE, A.P. Improving performance: How to manage the white space on the organization chart. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 226 p.
143. SAFFITZ, G. (Johns Hopkins Center for Communication Programs) [Performance improvement] Personal communication, Mar. 19, 2001.
144. SANCHEZ, C.M. Performance improvement in international environments: Designing individual performance interventions to fit national cultures. Performance Improvement Quarterly, Vol. 13 No. 2, 2000. p. 56-70. (Available: <[http://www.ispi.org/pdf/PIQVol13\\_02\\_Sanchez.pdf](http://www.ispi.org/pdf/PIQVol13_02_Sanchez.pdf)> Accessed Sep. 9, 2001)
145. SANTILLAN, D., and FIGUEROA, M.E. Implementing a client feedback system to improve the quality of NGO healthcare services in Peru. Bethesda, Maryland, Center for Human Services/Quality Assurance Project, 2001. (Operations Research Results No. 2) 15 p.
146. SENENAYAKE, P. (IPPF) [IPPF wall chart] Personal communication, Mar. 5, 2002.
147. SENGE, P., KLEINER, A., ROBERTS, C., ROSS, R., ROTH, G., and SMITH, B. The dance of change: The challenges to sustaining momentum in learning organizations. New York, Doubleday, 596 p.
148. SHELTON, J. The provider perspective: Human after all. International Family Planning Perspectives 27(3): 152-153. 161. Sep. 2001.
149. STANBACK, J., GRIFFEY BRECHIN, S.J., LYNAM, P., TOROITICH-RUTO, C., SMITH, T., KUYOH, M., WELSH, M., CUMMINGS, S., CUTHBERTSON, C., BRATT, J., HOMAN, R., TOROITICH, N., GACHUHI, N., CHIKAMATA, D., SUELLEN, M., HASSAN, D., MAKUMI, D., GITONGA, J., and QURESHI, Z. The effectiveness of national dissemination of updated reproductive health/family planning guidelines in Kenya. Durham, North Carolina, Family Health International, Aug. 2001. 19 p.
150. STOLOVITCH, H., and KEEPS, E. Implementation phase: Performance Improvement interventions. In: Robinson, D.G., and Robinson, J.C. Moving from training to performance: A practical guidebook. Alexandria, Virginia San Francisco, California, American Society for Training and Development Berrett-Koehler Publishers, Inc., p. 95-133.
- \*151. STOLOVITCH, H., and KEEPS, E. What Is Human Performance Technology? In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 3-23.
152. SULLIVAN, R.L. The competency-based approach to training. Baltimore, Maryland, JHPIEGO, Sep. 1995. (Strategy paper No. 1) 9 p.
153. SULLIVAN, R.L. Performance feedback to improve worker performance. Pi-L Iisterv. Posted to the Pi-L e-mail listserve May 30, 2001. (Available: <<http://community.jhpiego.jhu.edu/archives/pi-l.html>> Accessed May 30, 2001)
154. TAMBERG, A. (JHPIEGO) [Performance Improvement in the Central Asian Republics] Personal communication, May 18, 2001.
155. THIAGARAJAN, S., ESTES, F., and KEMMERER, F.N. Designing compensation systems to motivate performance improvement. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 411-429.
156. TIAHRT, T. Population Assistance Legislation: Omnibus Appropriations for FY 1999. H.R. 4328, U.S. House of Representatives, 105th Cong. 2nd Sess. Oct. 21, 1998.
157. UREÑA, D., and HERASME, L. Grupos focales y entrevistas a profundidad, IDSS: Incentivos No-Financieros (no incluye aumento de salario) [Focus groups and interviews in depth, IDSS: Nonfinancial incentives (not including salary increase)]. [manuscript]. Santo Domingo, Intrah/PRIME, Apr. 1999. 4 p.
158. US AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID). Voluntary participation and informed choice in family planning. <[http://www.usaid.gov/pop\\_health/pop/tiahtpolicy.html#box](http://www.usaid.gov/pop_health/pop/tiahtpolicy.html#box)>. USAID, Sep. 11, 2001.
- \*159. VAN TIEM, D.M., MOSELEY, J.L., and DESSINGER, J.C. Fundamentals of performance technology: A guide to improving people, process, and performance. Washington, D.C., International Society for Performance Improvement, 228 p.
160. WILLEY, C., LAFORGE, R., BLAIS, L., PALLONEN, U., PROCHASKA, J., and BOTELHO, R. Public health and the science of behavior change. Current Issues in Public Health 2(1): 18-25. Jan. 1996.
161. WINTER, L., BOUCAR, M., STINSON, W., MASON, D., and MURPHY, G. Niger country report: Tahoua project. Bethesda, Maryland, Center for Human Services, Quality Assurance Project, 1997. 28 p.
162. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Implementing best practices in reproductive health. [brochure]. Geneva, WHO, 2002. 8 p.
163. YOUNG, C.F. (Quality Assurance Project) [Saving mothers and newborns: Improving the quality of obstetric and neonatal care in rural Nicaragua] Personal communication, Feb. 22, 2001.
164. YUMKELLA, F. FPAK/PRIME performance improvement stakeholders' meeting. [report]. Nairobi, Intrah/PRIME II, May 11, 2001. 9 p.
165. YUMKELLA, F. (Intrah/PRIME II) [Performance Improvement in Kenya and Tanzania] Personal communication, Jun. 22, 2001, Jul. 10, 2001.

## ADENDA

166. GORMLEY, W., and MCCAFFERY, J. Case studies and role plays: "Getting them right". [PowerPoint presentation]. Presented at the Training: Best practices, lessons learned and future directions conference, Washington, D.C., May 22-23, 2002. 16 p.
167. GUSSEIN, G. A comparison of four e-learning modalities. [PowerPoint presentation]. Presented at the Training: Best practices, lessons learned and future directions conference, Washington, D.C., May 22-23, 2002. 15 p.
168. LYNAM, P., and PLEAH, T. Using on-the-job training for expansion of postabortion care services [PowerPoint presentation]. Presented at the Training: Best practices, lessons learned and future directions conference, Washington, D.C., May 22-23, 2002. 16 p.
169. RAWLINS, B., GARRISON, K., LYNAM, P., SCHNELL, E., CAIOLA, N., and GRIFFEY BRECHIN, S.J. Focusing on what works: A study of high-performing healthcare facilities in Kenya. Baltimore, JHPIEGO, May 2001. 17 p.
170. RUDY, S. Designing counseling training that works. Presented at the Training: Best practices, lessons learned and future directions conference, Washington, D.C., May 22-23, 2002. 14 p.
171. SCHAEFER, L., WYSS, S., and ÖZEK, B. Strengthening pre-service education: A systematic approach and lessons learned [PowerPoint presentation]. Presented at the Training: Best practices, lessons learned and future directions conference, Washington, D.C., May 22-23, 2002. 15 p.