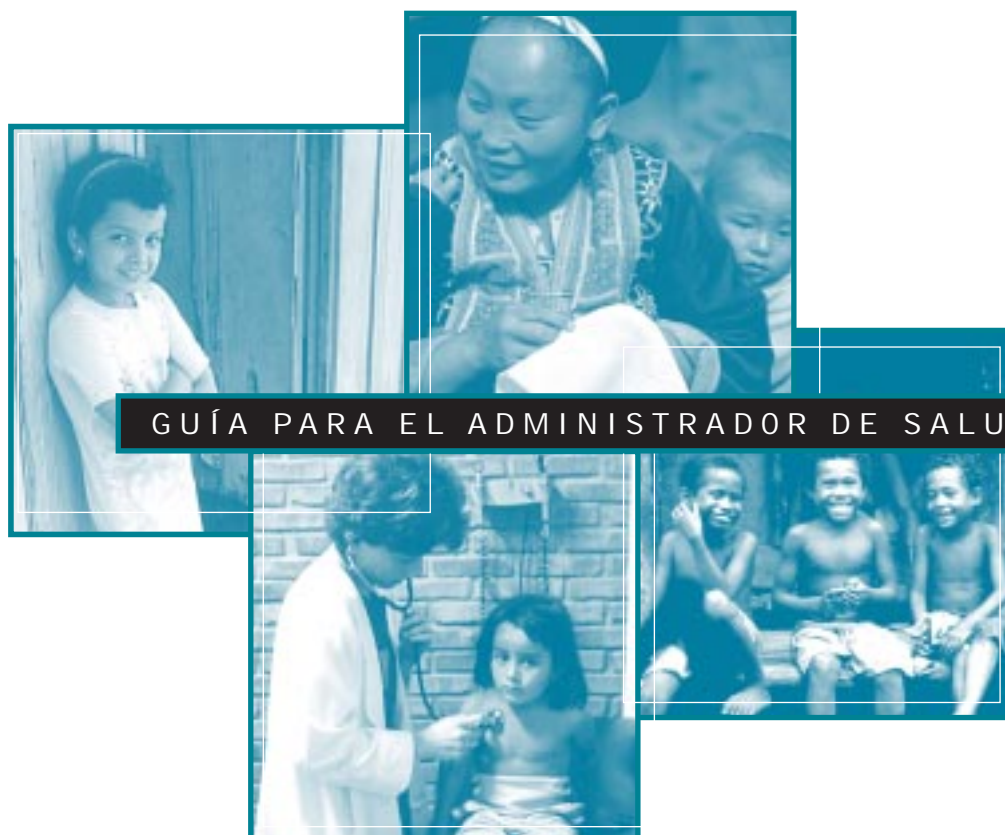


PROYECTO

DE GARANTÍA

DE CALIDAD



GUÍA PARA EL ADMINISTRADOR DE SALUD

Vigilancia de la calidad de la atención primaria





Contenido

Resumen	1
Objetivo de la guía	2
Temas claves en la vigilancia de la calidad	2
La importancia de una visión global del sistema	2
La elaboración de guías clínicas y el énfasis en la evolución de la calidad de la atención	3
Medición del cumplimiento de las normas	3
El equilibrio entre la medición y el mejoramiento	3
Introducción a la vigilancia	4
Definición del sistema de vigilancia	4
Características del sistema de vigilancia	4
La diferencia entre la vigilancia y la evaluación	5
Descripción general del proceso de vigilancia de la calidad: El camino a la vigilancia de la calidad	5
Método gradual de vigilancia	5
Inicio de la vigilancia con un alcance limitado	5
Ampliación del sistema de vigilancia	6
Mantenimiento del sistema de vigilancia	7
Creación del sistema de vigilancia de la calidad: Un enfoque paso a paso	8
Primer paso: Decida qué información necesita	8
Elija el (los) servicio(s) de salud que se vigilará(n)	8
Describa el proceso de atención	9
Describa la visión global de los servicios	10
Describa gráficamente las normas críticas	11
Elabore los indicadores de los resultados	14
Segundo paso: Recopile los datos	15
Elija los métodos apropiados para la recopilación de datos	15
Prepare las herramientas para la vigilancia	19
Pruebe las herramientas para la vigilancia	21
Elija la estrategia de vigilancia	21
Recopile los datos	24
Tercer paso: Use la información y los resultados	26
Tabule los resultados	26
Analice la información	28
Interprete y use los resultados	30
Prepare un sistema para el almacenamiento y la recuperación de los datos	31
Disemine la información	32



El Proyecto de Garantía de Calidad (PGC) está financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional en función del Contrato Número HRN-C-00-96-90013 con el Center for Human Services [Centro de Servicios Humanos]. El PGC ofrece apoyo técnico a los países elegibles para recibir la asistencia de la USAID, las misiones y oficinas de la USAID y otras agencias y organizaciones no gubernamentales que colaboran con la USAID. El equipo del PGC, integrado por el contratista principal Center for Human Services, Joint Commission Resources, Inc. [Recursos de la Comisión Conjunta] y la Universidad Johns Hopkins, brinda capacidad técnica amplia en el diseño, administración y ejecución de programas de garantía de calidad en los países en desarrollo. El Center for Human Services, compañía afiliada sin fines de lucro de la University Research Co., LLC, presta asesoría técnica en materia de diseño de calidad, gestión de la calidad, el mejoramiento de procesos y la vigilancia de la calidad para fortalecer la administración de los sistemas de salud y la prestación de los servicios de salud materno infantil en más de 30 países.

Menciones

Esta guía es el resultado del trabajo en equipo. El autor quiere agradecerles a los colegas que han contribuido al desarrollo de esta guía, especialmente al doctor David Nicholas (Proyecto de Garantía de Calidad/Center for Human Services), y al doctor James Heiby, el Gerente del Proyecto en USAID, quienes colaboraron en el desarrollo de la guía. Este documento fue escrito por el doctor Bruno Bouchet, Asesor Principal en GC, Proyecto de Garantía de Calidad (PGC). Diseño gráfico: Maureen Berg. Editores: Donna Vincent Roa, Sean Yu, Shirley Rosenberg, Jane Vaughn, y Peggy Koniz-Booher.

Este documento no necesariamente representa la opinión de USAID. La opinión vertida es del autor. Se puede reproducir otorgando crédito al Proyecto de Garantía de Calidad (PGC).

Quality Assurance Project
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600
Bethesda, MD 20814-4811
301-941-8550
www.qaproject.org



Vigilancia de la calidad de la atención primaria

Dr. Bruno Bouchet

Resumen

Sha acrecentado el interés en los sistemas destinados a documentar el cumplimiento de las pautas y a vigilar la calidad de la atención de la salud como consecuencia del uso cada vez mayor de guías clínicas basadas en las pruebas para la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia, la atención obstétrica básica, el VIH / SIDA y demás servicios de salud críticos. La presente guía, que está destinada a los administradores de nivel medio encargados de mejorar la calidad de la atención en el ámbito de los establecimientos de atención primaria, explica cómo crear los sistemas de vigilancia para evaluar la calidad de la atención primaria mediante la medición del desempeño de los proveedores de salud y cómo los establecimientos cumplen las normas de atención. La guía describe un método de vigilancia de la calidad en tres pasos para evaluar la calidad de la atención del paciente: (a) la determinación de los sistemas de atención que se vigilarán y la definición de las normas y los indicadores del desempeño, (b) la elección de los métodos apropiados para la recopilación de la información y el diseño y la comprobación de las herramientas de vigilancia, y (c) el análisis y la aplicación de los datos de calidad. Los métodos que se describen en la guía abarcan la observación directa de la prestación de los servicios, entrevistas con pacientes a la salida del establecimiento, entrevistas con los proveedores que prestan los servicios y el análisis de las historias clínicas. Se ilustra cada elemento del método de vigilancia de la calidad con el ejemplo de



un caso de diseño del sistema de vigilancia de la calidad para el control de casos de infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años.

La creación de un sistema para la vigilancia eficaz de la calidad depende de la participación de los administradores y proveedores locales en la preparación del mismo y de la responsabilidad que asumen con respecto al proceso de vigilancia, así como el compromiso de las autoridades en cuanto a usar información de calidad para efectuar mejoras. La vigilancia de la calidad es solamente una parte del método global para mejorar la calidad de la atención de salud, que debe incluir también la retroalimentación que se brinde a los proveedores de salud, la capacitación y motivación del personal para que emprenda mejoras de la calidad y el diseño de soluciones para llenar los vacíos que haya en materia de calidad.

Objetivo de la guía

La presente guía de referencia está destinada a aquellos administradores de establecimientos de salud que deseen crear un sistema formal de evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención primaria que se presta en dichos establecimientos. La guía describe la forma en que los administradores pueden utilizar el cumplimiento de las normas de atención para vigilar el desempeño de los proveedores de salud y el funcionamiento de los establecimientos de salud. Además,

brinda un procedimiento detallado para la elaboración e implementación de un sistema de vigilancia de la calidad y está dirigida a fomentar la participación y la responsabilidad del usuario mediante el diseño de las herramientas que mejor respondan a las necesidades del usuario.

La evaluación de la calidad de la atención involucra la recopilación de información sobre distintos aspectos de los servicios médicos (ver el Cuadro 1). Esta guía se concentra fundamentalmente en la primera dimensión: el desempeño de los proveedores de la atención de la salud como factor determinante clave de la calidad y, en menor medida, en su competencia técnica y la eficacia de la atención que prestan.

El público primario está compuesto por **administradores de nivel medio** encargados de mejorar la calidad de la atención primaria en el ámbito de su establecimiento, ya se trate de funcionarios médicos regionales o de distrito, directores de hospitales o sus respectivos equipos. A los administradores de hospitales esta guía les resultará útil, especialmente para la vigilancia de la calidad de atención prestada por sus departamentos de servicios ambulatorios.

Temas claves en la vigilancia de la calidad

Al elaborar sistemas de vigilancia hay que tener en cuenta una serie de cuestiones importantes:

La importancia de una visión global del sistema

La visión global del sistema promueve la identificación de los recursos y las actividades necesarias para producir los efectos deseados. Bajo esta visión global del sistema, los recursos se llaman *insumos*, las actividades son *procesos* y los efectos son *resultados*. El Cuadro 2 presenta la visión global del sistema para tres programas de salud: la sesión de capacitación para los trabajadores

Cuadro 1: Dimensiones de la calidad de la atención

Dimensiones	Definiciones
Desempeño técnico	El grado en que las tareas de los trabajadores de salud y los establecimientos llenan las expectativas de calidad técnica (cumplimiento de las normas)
Eficacia de la atención	El grado de consecución de los resultados deseados
Eficiencia de la atención	La relación que hay entre los resultados de los procesos de servicio y los costos correspondientes
Seguridad de la atención	El grado de minimización de los riesgos de lesión, infección y otros efectos secundarios negativos
Acceso a los servicios de atención de la salud	El grado en que los servicios de atención de la salud no están restringidos por barreras geográficas, económicas, sociales, culturales, institucionales o lingüísticas
Relaciones interpersonales	Confianza, respeto, confidencialidad, amabilidad, receptividad, empatía, atención eficaz y comunicación entre los proveedores y los clientes
Continuidad de la atención	La prestación de servicios por el mismo proveedor de salud durante todo el curso de atención (mientras sea apropiado), la referencia apropiada y oportuna de pacientes y comunicación entre los proveedores
Infraestructura física y comodidad	Aspecto físico del establecimiento, limpieza, comodidad, privacidad y otros aspectos que son importantes para los clientes
Elección	Cuando sea apropiado, la elección del cliente de su proveedor, su seguro médico o su tratamiento

comunitarios, el programa de control de diarrea y la provisión de medicamentos.

Los resultados de un sistema pueden convertirse en insumos de otro. Por ejemplo, los trabajadores comunitarios competentes son los resultados de la capacitación, pero son también los insumos del programa de control de diarrea. La disponibilidad de los medicamentos en el establecimiento de salud es el resultado del sistema de provisión de medicamentos, además de ser el insumo de todos los programas que involucren tratamientos farmacéuticos. En otras palabras, todos estos sistemas interrelacionados son subsistemas de un sistema de atención de salud más comprensivo.

Las ventajas de la visión global del sistema son numerosas. La visión global del sistema ayuda a lo siguiente: a) identificar los elementos del proceso que a menudo se pasa por alto, b) ilustrar enlaces explícitos entre los insumos, procesos y resultados, c) proporcionar un marco para el análisis estructurado de los temas claves de calidad en el diseño del sistema de vigilancia y d) explorar las causas del mal desempeño.

La elaboración de guías clínicas y el énfasis en la evolución de la calidad de la atención

La calidad de la atención es un tema prioritario en todo el mundo. Todos los países tratan de mejorar la eficacia y eficiencia de la atención que prestan sus sistemas médicos. Como consecuencia, cada vez se usan más las guías clínicas basadas en las pruebas. Estas guías explican los distintos pasos del proceso de control de determinadas condiciones de salud. Se han elaborado guías clínicas basadas en las pruebas para la Atención integral de las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI), las enfermedades de transmisión sexual (ETS), la prestación de los servicios de atención obstétrica básica y tuberculosis, entre otros problemas de salud. El auspicio oficial de las guías

Cuadro 2: Descripción general de los sistemas de los programas relativos a la salud

	Insumos	Procesos	Resultados
Capacitación de los trabajadores comunitarios de salud (TCS)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Trabajadores comunitarios de salud ■ Material de capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sesión de capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> ■ TCS competentes
Programa de control de la diarrea	<ul style="list-style-type: none"> ■ TCS capacitados ■ Sales para rehidratación oral 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sesiones educativas para las madres 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Niños tratados con terapia de rehidratación oral
Provisión de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Farmacéutico ■ Medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Control de suministros 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Medicamentos disponibles en los establecimientos de salud

clínicas destaca la necesidad de administradores de establecimientos de salud para documentar el cumplimiento normativo.

Medición del cumplimiento de las normas

La existencia de normas explícitas, ya sea para los insumos, procesos o resultados, facilita la evaluación de la calidad de la atención. Las normas proporcionan un punto de referencia para evaluar el desempeño del proveedor o el funcionamiento del sistema. Al identificar el nivel actual de la calidad y el nivel previsto, se puede medir el cumplimiento con facilidad.

El equilibrio entre la medición y el mejoramiento

La vigilancia de la calidad de la atención es solamente una parte de un método más comprensivo para mejorar la calidad que incluye la retroalimentación de los proveedores de salud acerca de su desempeño y la formulación de soluciones para llenar los vacíos que hay en materia de calidad. Dado que la vigilancia es un componente fundamental del sistema de atención de la salud, la vigilancia de la calidad es importante para todos los programas, aun en los países de menos recursos.

El riesgo de todos los sistemas de medición es que pueden llegar a tener vida propia. La cantidad de datos que se puede llegar a recopilar podría aumentar rápidamente hasta alcanzar un nivel incontrolable. El sistema de vigilancia debe recopilar datos para mejorar la calidad de la atención. El sistema de vigilancia no es un fin en sí mismo, sino un paso intermedio necesario. Se debe tener en cuenta también que la calidad de la atención podría mejorar sin que se realice una recopilación formal de datos con la consiguiente presentación de informes por escrito. Este aspecto controvertido se puede ilustrar con situaciones en las que los supervisores observan informalmente la atención y proporcionan retroalimentación verbal que contribuye a mejorar la calidad de la atención aun cuando nunca se escriba un informe al respecto.

Introducción a la vigilancia

Definición del sistema de vigilancia

El sistema de vigilancia consiste en un proceso de recopilación y análisis periódicos de una serie de indicadores principales. El sistema proporciona datos que pueden usarse para evaluar problemas, tomar decisiones para mejorar la situación y vigilar la labor realizada. Para que el sistema de vigilancia sea eficaz debe cumplir los siguientes criterios:

- Se usan los datos para identificar la presencia y las causas de los problemas de desempeño.
- Se recopilan datos periódicamente para vigilar la tendencia que siguen los indicadores con el transcurso del tiempo.
- Se usan los datos como guía para las decisiones que tome la administración.
- La recopilación de datos es una actividad rutinaria que se integra en las tareas diarias.

El sistema tradicional de información sobre salud, que la mayoría del personal de atención de la salud conoce, es el tipo de sistema de vigilancia que se concentra en los recursos y efectos de la atención primaria. Los que incluyen:

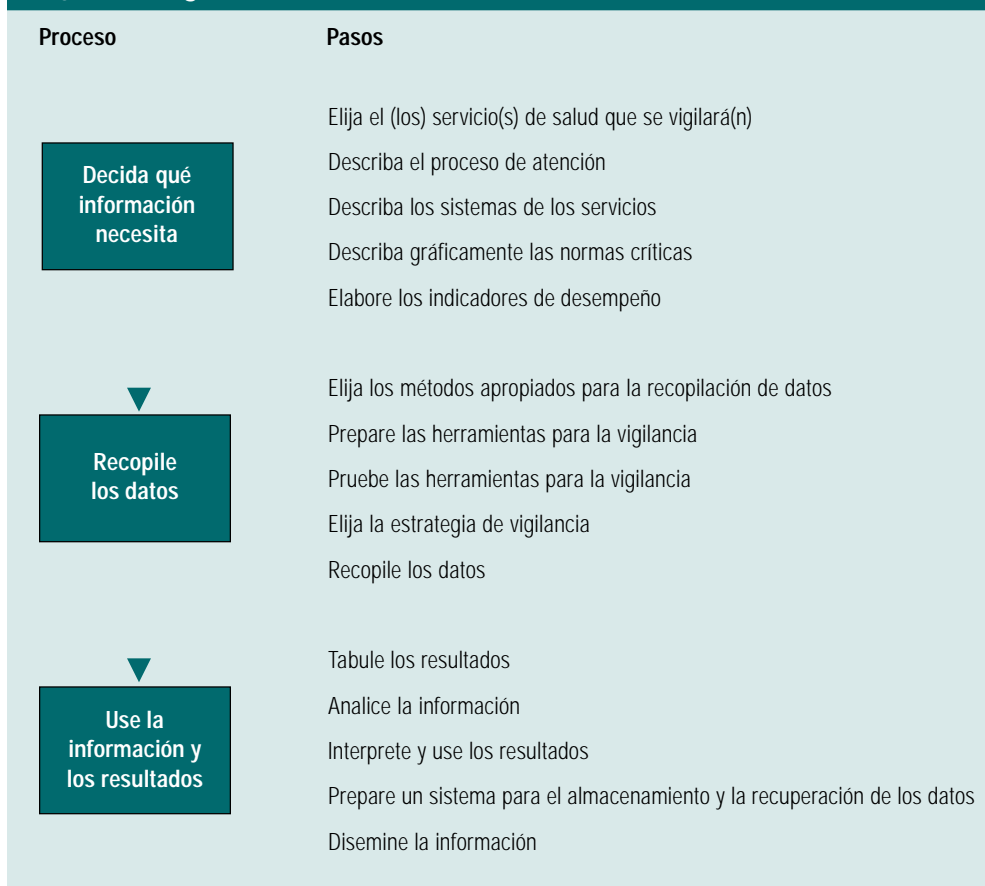
- Equipamiento médico del establecimiento
- Datos demográficos sobre la población de la zona de captación.
- Número y lista de los casos nuevos de enfermedades o síntomas observados en el establecimiento de salud.
- Utilización de los servicios (número de clínicas) y cantidad de visitas.
- Pacientes nuevos y anteriores registrados.
- Actividades de promoción.
- Porcentajes de cobertura (inmunización o vacunación, etc.)

Normalmente, los miembros del personal que recopilan estos datos de vigilancia no toman decisiones en función de estos datos. Sin embargo, los administradores tratan de diseñar sistemas de información para facilitar el uso de estos datos para tomar decisiones mediante la inclusión de los indicadores de calidad del proceso (por ejemplo, el desempeño de los proveedores de salud, el cumplimiento de las normas, etc.). Con estos datos los equipos pueden evaluar su propio desempeño y los administradores pueden identificar los problemas de desempeño y efectuar las correcciones necesarias para lograr de los resultados deseados.

Características del sistema de vigilancia

El sistema que vigila la calidad no solamente recopila información sobre los insumos (la estructura) y los resultados, sino que se concentra también en el proceso para determinar si los servicios cumplen las normas definidas.

Figura 1: Vigilancia de la calidad



La diferencia entre la vigilancia y la evaluación

La mayoría de los expertos están de acuerdo con que los sistemas de vigilancia difieren de la evaluación por el carácter rutinario de la recopilación de datos y el alcance más concentrado del sistema. La evaluación consume más recursos, tiene una duración limitada y un alcance más amplio.

Descripción general del proceso de vigilancia de la calidad: El camino a la vigilancia de la calidad

En la Figura 1 aparecen los distintos pasos involucrados en el diseño y la implementación del sistema de vigilancia, y se los explica en forma detallada más adelante.

Método gradual de vigilancia

La mejor manera de crear un sistema de vigilancia de la calidad de la atención es proceder en forma gradual. Empiece con un sistema sencillo concentrado en un servicio, o unos pocos servicios, y amplíelo a medida que la experiencia y los recursos lo permitan. Por último, mantenga el sistema con los recursos necesarios y convierta a la vigilancia en una parte rutinaria de las actividades laborales.

Inicio de la vigilancia con un alcance limitado

El mejoramiento de la calidad puede ser una meta unificadora, es decir algo que una a los proveedores de salud y a los administradores y redunde en beneficio de las comunidades a las que prestan servicios.



Si bien puede tener un alcance limitado al principio, el sistema de vigilancia sirve de mapa al equipo del establecimiento de salud porque les muestra el destino a seguir y la duración del viaje a emprender. Los proveedores aprecian también la sensación de control de la labor a realizar que les brinda el sistema de vigilancia.

La estrategia para la vigilancia de la calidad debe basarse en los sistemas de información que ya existan, de manera que no se duplique ni complique la recopilación de la información. Es probable que ya se disponga de parte de la información necesaria, ya sea en el sistema de información del establecimiento de salud o en las historias clínicas. Sin embargo, las fuentes de información en uso a veces no proporcionan información sobre la prestación de la atención de salud en sí. Si fuera así, se debe crear herramientas especiales para recabar la información necesaria. Al principio se debe restringir la cantidad de información recopilada a lo que sea más imprescindible.

El sistema de información es una herramienta poderosa para tomar decisiones y mejorar la calidad. El conocimiento de la situación que impera en el momento servirá para que el equipo fije las prioridades correctas, controle la labor realizada y proporcione la documentación necesaria para justificar las decisiones tomadas para efectuar mejoras. Se debe utilizar la información con el propósito de mejorar el desempeño en el ámbito del sistema de salud sin presentar amenaza alguna a la gente cuyo desempeño sea objeto de la evaluación. Al usar la información de vigilancia de esta manera se acrecienta la capacidad de dirección del administrador y se sustenta su concepto de los posibles logros del sistema de salud.

Ampliación del sistema de vigilancia

El sistema de vigilancia puede ampliarse de cuatro maneras distintas pero complementarias:

- **Ampliación del alcance geográfico:** Aumente el alcance geográfico del sistema de vigilancia. Si la iniciativa de calidad comenzó en el departamento de servicios ambulatorios de un hospital, se podrá elegir algún centro de salud rural periférico para que sea el siguiente sitio. De esta manera el proceso de vigilancia de la calidad puede evolucionar hasta que llegue a cubrir todos los establecimientos de salud de la zona.
- **Ampliación de la frecuencia:** Modifique la frecuencia de la vigilancia y trate de lograr un equilibrio entre los recursos disponibles y las necesidades. Por ejemplo, se puede adaptar la frecuencia de la vigilancia en función del funcionamiento del establecimiento de salud. Aquellos establecimientos que funcionen mejor necesitan menos atención, mientras que los que tengan problemas de funcionamiento tienen que visitarse más a menudo.
- **Ampliación del alcance del sistema de vigilancia:** Agregue actividades o cambie las que sean objeto de la vigilancia. Los establecimientos de salud prestan

muchos servicios y los proveedores de salud llevan a cabo muchas actividades. A menudo es imposible que el sistema de vigilancia obtenga información sobre todos los servicios y las actividades. Por otra parte, si se vigilan siempre los mismos servicios, podría producirse el efecto no deseado de que los proveedores de salud creen que son esas las únicas actividades importantes que valen la pena mejorar. Es probable que se concentren en esos pocos servicios a fin de demostrar un buen desempeño. Una manera posible de evitar este efecto de “juego” pero seguir ampliando el alcance de la vigilancia es cambiar el foco de atención mediante la vigilancia de uno o dos servicios básicos al mismo tiempo. La desventaja obvia de esta práctica es que los administradores tienen menos datos, en comparación, sobre la labor realizada y los logros de las actividades que ya se habían vigilado. En realidad, no hay una solución sencilla para la tarea difícil de vigilar todas las actividades mediante la rotación a la vez que se continúa controlando el desempeño para comprobar ciertas prioridades.

- **Ampliación del alcance de los métodos:** Combine los métodos de recopilación de datos. Esta combinación genera más confianza en la validez de los resultados. Por ejemplo, si la observación directa de los proveedores de salud proporciona la misma información que las entrevistas de los pacientes a la salida del establecimiento, se puede confiar más en la integridad de los datos. Pero la combinación de los métodos de recopilación de datos requiere más recursos y, por ende, es más costosa. Se debe buscar una solución de compromiso entre la validez de los datos y la factibilidad y el costo de la combinación de los métodos.

La decisión de ampliar el sistema de vigilancia depende mucho del contexto y de la seguridad que tenga el administrador de salud de que el sistema puede absorber una mayor carga de trabajo. No hay criterios especiales que ayuden a decidir cuándo es el momento justo para dicha ampliación.

Mantenimiento del sistema de vigilancia

La incorporación de la sostenibilidad en el sistema de vigilancia implica garantizar que se destinen los recursos adecuados a la vigilancia, que la calidad de la atención siga siendo objeto de vigilancia y que los distintos pasos del proceso se lleven a cabo como corresponde. Además, se debe modificar periódicamente el sistema de vigilancia a medida que cambien las situaciones y necesidades. En caso contrario, la vigilancia podría convertirse en una tarea automática en que la gente se concentra en la recopilación de datos sin usar la información en sí.

Una manera de mantener la vigilancia adecuada de la calidad de la atención primaria es integrar las actividades de control en la labor diaria de aquellas personas encargadas de mejorar la calidad de la atención en todo el sistema de salud: el equipo de administración de la salud del distrito, la junta directiva del hospital o el equipo del centro de salud. Las visitas periódicas de supervisión que realizan los administradores a los establecimientos periféricos representan una buena oportunidad para vigilar la calidad. Es así que la vigilancia de la calidad de la atención puede formar parte de sus funciones, sin limitarse a ser una actividad adicional que se lleva a cabo si el tiempo lo permite. La ventaja de integrar las actividades de vigilancia en la labor cotidiana es el aumento de la frecuencia de la recopilación de datos.

La vigilancia de la calidad de la atención debe considerarse entre las funciones prioritarias del sistema de atención de la salud. Para mantener el sistema de vigilancia de la calidad, se debe asignar un presupuesto especial a esta función, así como el personal necesario. Es difícil determinar qué porción del presupuesto de salud debe dedicarse a la vigilancia; pero pareciera que el cinco por ciento es una cifra razonable y conservadora. Además, el personal debe dedicar tiempo a la vigilancia de la calidad como parte de sus funciones cotidianas.

Creación del sistema de vigilancia de la calidad: Un enfoque paso a paso

Tres de los principales pasos involucrados en la creación del sistema de vigilancia de la calidad son: (a) decidir qué información se necesita, (b) recopilar los datos y (c) usar la información y los resultados. La mayoría de las decisiones relacionadas con la creación del sistema de vigilancia de la calidad requieren la participación de varios tipos de personal. Un equipo, en vez de una sola persona, debe trabajar en la configuración y creación del sistema. Las sesiones de lluvia de ideas y los análisis sirven para llegar a un consenso sobre los temas y métodos de vigilancia. Se pueden tomar decisiones mediante el análisis de los datos disponibles (por ejemplo, las



estadísticas de servicio) y la comparación de las necesidades de vigilancia.

Primer paso: Decida qué información necesita

Elija el (los) servicio(s) de salud que se vigilará(n)

Todo sistema de salud presta una amplia serie de servicios. Debido a las limitaciones en materia de tiempo y recursos que dispone el establecimiento de salud, no se puede vigilar todos los servicios. Elija los servicios de salud que el administrador o equipo considere más importantes. Al elegir los servicios de salud que serán objeto de la vigilancia, el administrador de salud tiene que tener en cuenta los tipos de situaciones que pueden presentarse, incluso los siguientes:

- **Identificación de las actividades prioritarias.** Algunos distritos tienen un plan anual de actividades o un plan estratégico que describe sus prioridades en materia de atención de la salud. En este caso, el sistema de vigilancia debiera concentrarse en estas prioridades.
- **No se han identificado las actividades prioritarias, pero el establecimiento de salud tiene conocimiento de cuáles son los servicios que tiene que prestar.** Algunos establecimientos de salud han identificado un “conjunto básico o mínimo de actividades”. En este caso, el sistema de vigilancia debiera concentrarse en estas actividades.
- **No se han definido actividades prioritarias y los establecimientos de salud no saben a ciencia cierta qué servicios deben prestar.** En este caso, es necesario fijarse en las estadísticas de servicios para ver cuáles se prestan.

Los criterios para la fijación de prioridades pueden ser útiles. Un conjunto de criterios que se han usado para elegir esos servicios son: gran volumen, alto riesgo o tendencia a ser problemáticos. Identifique las condiciones o los servicios de salud que sean más comunes y/o los más graves (es decir, mayor riesgo de mortalidad,

complicaciones o incapacidad) y/o los más difíciles de manejar (por ejemplo, el mayor número de quejas de clientes). El administrador del establecimiento de salud puede elegir los servicios o las condiciones que ya tengan protocolos que conozcan y empleen los proveedores de salud. A continuación, se puede vigilar la calidad de la atención mediante la aplicación de estas normas explícitas.

La **matriz para la fijación de prioridades** es una herramienta conveniente que puede usarse para elegir el servicio de salud que será objeto de vigilancia. Para crear la matriz para la fijación de prioridades, enumere los servicios de salud a priorizar (en columnas) y los criterios para la fijación de prioridades (en hileras) en un cuadro. Cada integrante del equipo vota por cada servicio de salud. El servicio que obtiene el mayor puntaje total se convierte en la primera prioridad de vigilancia, ya se trate del control de un problema de salud en especial (por ejemplo, alguna infección respiratoria aguda, tuberculosis en adultos), o bien la prestación de un servicio preventivo (por ejemplo, la atención prenatal).

El ejemplo que aparece a continuación ilustra el primer paso del proceso de fijación de prioridades y los distintos pasos de la creación del sistema de vigilancia. En este ejemplo, se supone que el equipo de administración de salud del distrito desea vigilar la calidad de algunos servicios prestados por la red de centros de salud.

Describa el proceso de atención

El proceso de atención primaria que será objeto de vigilancia tiene que estar descrito explícitamente en una lista ordenada de las actividades que se realizarán para el control correcto de casos de algún trastorno de salud o prestación de servicios de atención médica. Para evitar que la lista sea muy larga, se debe elegir las **actividades críticas** que sean fundamentales para lograr el resultado deseado. Por ejemplo, para identificar la neumonía es fundamental tomar la frecuencia respiratoria de niños menores de cinco años que tengan tos.

Elija los servicios de salud que desee vigilar

El equipo de administración de salud del distrito ha analizado el conjunto básico de servicios que los centros de salud tienen que prestar y ha elegido tres servicios prioritarios por consenso: la atención prenatal, el control de casos de infecciones respiratorias agudas entre los niños menores de cinco años y el control de casos de tuberculosis en adultos. El equipo decidió que no tenía suficiente experiencia con los sistemas de vigilancia como para poder vigilar los tres servicios desde el comienzo. Entonces el equipo decidió comenzar a vigilar un servicio, pero no pudo ponerse de acuerdo unánimemente en qué servicio. Decidió también crear una matriz para la fijación de prioridades y se votó por cada servicio. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Matriz para la fijación de prioridades

	Atención prenatal	Infecciones respiratorias agudas en niños	Tuberculosis en adultos
Volumen y frecuencia de los servicios o de las condiciones de salud	2	3	1
Riesgo relacionado con el servicio o el trastorno de salud	1	2	3
Procedimiento de control de los casos problemáticos o prestación del servicio	1	3	3
TOTAL	4	8	7

En función de los puntos de la matriz, el equipo eligió el control de casos de infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños menores de cinco años. Por IRA se entiende todo niño que tenga tos o dificultad para respirar.

El número de casos de IRA que trata un proveedor de salud de este distrito representa una gran carga de trabajo y una causa frecuente de consultas entre los niños menores de cinco años (**situación de gran volumen**). La mayoría de las muertes atribuibles a las IRA se deben a casos de neumonía, como consecuencia de agentes bacterianos (*Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*) en la mayoría de los casos. Sin el tratamiento oportuno con el correspondiente antibiótico, el riesgo de muerte es relativamente alto porque la desnutrición crónica y las infecciones parasitarias que por lo general acompañan a las IRA debilitan el sistema de defensa inmunológica natural del niño (**situación de alto riesgo**).

El control correcto de los casos de IRA exige que el proveedor de salud conozca los síntomas clínicos, los reconozca y efectúe el diagnóstico correcto, prescriba el tratamiento apropiado y aconseje a quien se encargará de cuidar al enfermo. El cumplimiento de las normas clínicas con fundamentos científicos por parte de los proveedores de salud depende de muchos factores (**situación con tendencia a ser problemática**), incluso la capacitación de los proveedores y la disponibilidad de medicamentos. En función de estos criterios, el equipo decidió concentrarse en el control de los casos de neumonía.

Normalmente se eligen las actividades cruciales en función de alguno de los siguientes tres métodos, o de una combinación de los mismos:

- **Criterio basado en la política oficial:** Por ejemplo, el Ministerio de Salud de un

Cuadro 3: Lista de control para identificar el proceso de atención

Control de casos de algún problema de salud	Servicio de atención médica
¿Cuáles son las preguntas clave que el proveedor de salud debe formular al paciente que tenga síntomas relacionados con el problema de salud elegido?	¿Cuáles son las preguntas clave que el proveedor de salud debe formular al paciente que vaya a recibir este servicio?
¿Cuáles son los exámenes físicos clave que debe realizar el proveedor de salud para efectuar un diagnóstico correcto y evaluar el nivel de gravedad del caso?	¿Cuáles son los exámenes físicos clave que debe realizar el proveedor de salud para prestar el servicio correctamente?
¿Cuáles son los principales análisis, radiografías y demás exámenes que deben realizarse?	¿Cuáles son los principales análisis, radiografías y demás exámenes que deben realizarse?
¿Cuáles son las principales decisiones que deben tomarse para el diagnóstico?	¿Cuáles son las principales decisiones que deben tomarse?
¿Qué atención o tratamiento debe prescribir o administrar el proveedor de salud?	¿Qué atención o tratamiento debe prescribir o administrar el proveedor de salud?
¿Cuáles son los mensajes clave que el proveedor de salud tiene que transmitir al paciente y/o al cuidador del paciente para explicarle el problema de salud, su nivel de gravedad y su control/tratamiento?	¿Cuáles son los mensajes clave que el proveedor de salud tiene que transmitir al paciente y/o al cuidador del mismo?
¿Qué seguimiento se recomienda o es necesario?	¿Qué seguimiento se recomienda o es necesario?

país ha aprobado una serie de instrucciones especiales (por ejemplo, guías clínicas, protocolos, algoritmos, etc.) para el control adecuado de los casos de algunas enfermedades.

- **Criterio basado en las investigaciones del proveedor** en materia de normas internacionales y adaptado a su situación.
- **Criterio basado en la opinión de un experto o especialista** cuando ninguno de los dos métodos anteriores es el apropiado y es necesario lograr consenso para tomar una decisión.

Se puede usar las preguntas del Cuadro 3 para identificar actividades críticas para el control correcto de casos de un determinado trastorno de salud o servicio de atención médica.

Para entender el proceso de atención que se lleva a cabo en los centros de salud, a algunos administradores de salud les resulta útil escribir descripciones de un renglón solamente para cada paso del proceso.

Puede ser útil crear un diagrama de flujo para planificar los principales pasos del proceso de atención.

Describe la visión global de los servicios

Es útil crear un cuadro de tres columnas para mostrar los servicios desde la perspectiva de los sistemas que se van a vigilar y para poder entender los procesos e identificar los insumos críticos y resultados previstos. El equipo puede usar esta herramienta para lograr consenso y definir la situación ideal para el establecimiento.

Los sistemas auxiliares constituyen un insumo importante. Permiten al proveedor de salud prestar un servicio de atención clínica de primera calidad. Como se explicó antes, los resultados de los sistemas auxiliares se convierten en insumos del sistema de prestación de servicios de salud. Por ende, pueden ejercer una influencia indirecta sobre el desempeño de los proveedores de salud y pueden constituir la fuente de problemas que den lugar a un mal desempeño.

Los sistemas auxiliares que más a menudo están relacionados con la calidad de la atención primaria son: (a) provisión de medicamentos, (b) administración financiera, (c) supervisión, (d) capacitación, (e) sistema de información sobre salud, (f) sistema de remisión de pacientes y (g) transporte.

Describa gráficamente las normas críticas

Una vez identificados los elementos del sistema, se debe definir las normas de la manera más explícita posible. Como se mencionó antes, por norma se entiende la descripción de la calidad prevista. Si por calidad se entiende “*hacer lo correcto enseguida*”, entonces la norma debe indicar quién debe hacer qué, de qué manera, en qué nivel del sistema de salud y en qué momento.

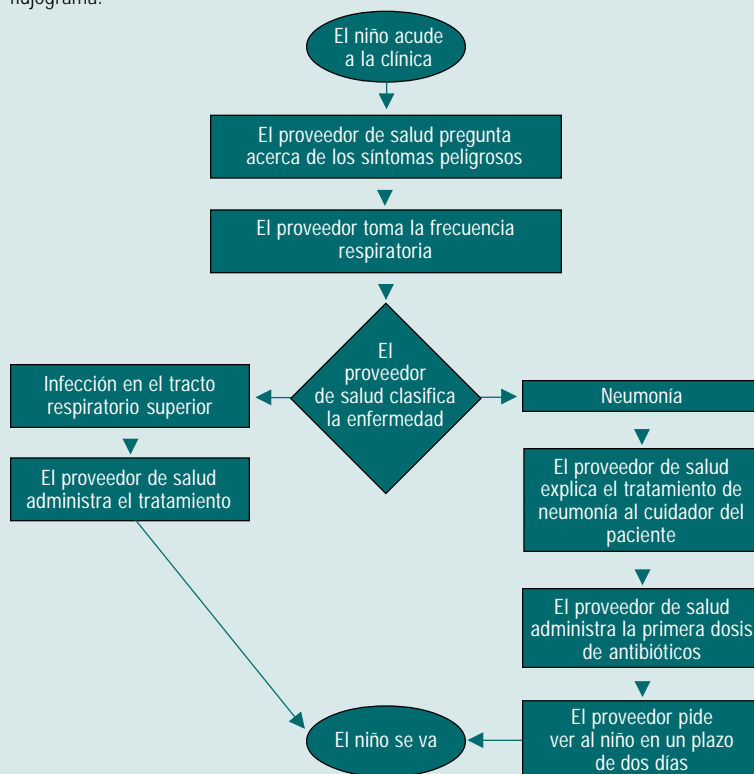
Se deben establecer normas para cada componente del sistema.

- Las **normas de insumo** definen los recursos que debe suministrar el sistema de salud. Por ejemplo: “*Cada clínica debe tener por lo menos un proveedor de salud bien capacitado en el control de casos de tuberculosis.*”
- Las **normas de proceso** describen las actividades y la forma en que se deben llevar a cabo. Por ejemplo: “*A todo paciente hospitalizado por paludismo (malaria) cerebral se le debe controlar la temperatura cada cuatro horas.*”
- Las **normas de resultado** describen el resultado directo del control de casos en términos de las unidades de atención, el efecto de la atención sobre el paciente individual y el impacto sobre el estado de salud (por ejemplo, los índices de mortalidad). Por ejemplo: “*El porcentaje de inmunización de la población debe ser del 80 por ciento como mínimo.*”

Las normas de proceso tienen fundamentalmente dos formas: **normas clínicas** (por ejemplo, guías para las prácticas clínicas, protocolos) y **normas administrativas** (por ejemplo, procedi-

El proceso de atención de las IRA¹

El equipo identificó las actividades críticas y elaboró el siguiente diagrama de flujo o flujograma:



¹ Se da como ejemplo el proceso de control para el caso de un niño con IRA.

Visión global del sistema de control de casos de IRA

El equipo del distrito identificó los insumos fundamentales y los resultados previstos del control de casos de IRA a partir de los elementos del proceso que se describieron antes en el flujograma. Lograron consenso en la mayoría de los elementos críticos necesarios para vigilar y desarrollar su visión global del sistema de control de casos de IRA según se ilustra en el siguiente cuadro:

Insumos	Procesos	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> ■ Proveedor de salud competente ■ Temporizador o reloj ■ Antibióticos ■ Cuidador del niño y el niño o la niña 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pregunte acerca de los síntomas peligrosos ■ Tome la frecuencia respiratoria ■ Identifique la neumonía y evalúe su gravedad ■ Explique el tratamiento al cuidador ■ Administre el antibiótico si se diagnostica neumonía ■ Indique al cuidador y al niño que regresen en dos días si se diagnostica neumonía 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se reconoce la neumonía ■ Se somete al niño al tratamiento correspondiente ■ El cuidador conoce el diagnóstico y el plan de tratamiento ■ Se remiten al hospital los casos de neumonía grave ■ Disminuye el porcentaje de casos fatales ■ Disminuye el índice de mortalidad infantil

Defina las normas críticas para el control de casos de IRA

Se adaptaron las normas del distrito para el control correcto de casos de neumonía entre los niños menores de cinco años a partir de la política nacional de salud. El equipo eligió cuidadosamente las normas que podía vigilar en la forma adecuada.² Eliminaron algunas normas para resultados (por ejemplo, el índice de mortalidad infantil) porque sería necesario efectuar una encuesta compleja.

Las normas de procesos elegidas para la vigilancia:

- El proveedor de salud debe preguntar al cuidador o persona a cargo del niño acerca de la presencia de tres síntomas peligrosos. ¿El niño puede beber o lactar? ¿El niño vomita todo lo que ingiere? ¿Ha tenido alguna convulsión?
- El proveedor de salud toma por lo menos un minuto de frecuencia respiratoria, para lo cual utiliza un reloj o temporizador cuando el niño está tranquilo.
- El proveedor de salud explica al cuidador el tratamiento para la neumonía.
- El proveedor de salud indica al cuidador que administre una primera dosis de cotrimoxazol o amoxicilina al niño con diagnóstico de neumonía.
- Si se diagnosticó neumonía, el proveedor de salud explica al cuidador que el niño debe regresar a los dos días.

Las normas de insumos elegidas para la vigilancia:

- No ha habido escasez de cotrimoxazol o amoxicilina en los últimos tres meses.

Las normas de resultados elegidas para la vigilancia:

- Se remiten al hospital los casos de neumonía grave.

² Las normas que se mencionan aquí son ejemplos y es probable que no gocen de aceptación universal.

mientos operativos estándar). Las guías para las prácticas clínicas constituyen un conjunto de normas simples y bien definidas que estipulan los organismos oficiales, como por ejemplo el Ministerio de Salud, y que permiten a los proveedores de salud entender el proceso de atención y les ayudan a tomar decisiones sobre la atención médica a prestar. Estas guías abarcan normalmente todos los pasos

recomendados que están involucrados en el control de un problema clínico.

Por ejemplo, las *guías para la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia* de la OMS sirven de guía al proveedor de salud en la evaluación, clasificación, tratamiento, orientación y seguimiento de los niños menores de cinco años que tengan tos, diarrea, fiebre, sarampión, desnutrición e infecciones de oído. Los procedimientos operativos estándar indican las actividades auxiliares previstas de la organización y sirven de guía para el personal de administración y personal auxiliares en su labor. Los ejemplos de los procedimientos analizados abarcan lo siguiente: el control de los medicamentos y vacunas básicas, las normas de higiene en los establecimientos de salud, las relaciones entre los pacientes y los proveedores de salud, la administración de los recursos humanos y los procesos de vigilancia y supervisión.

Se considera que una norma es buena cuando es **válida, confiable, clara y realista**. Es una norma válida aquella que se basa en pruebas científicas o alguna otra experiencia aceptable. Es una norma confiable aquella que conduce al mismo resultado cada vez que se aplica en las mismas circunstancias para las que está destinada. Es una norma clara aquella que todos entienden de la misma manera y que no es objeto de tergiversaciones o interpretaciones erróneas. Es una norma realista aquella que puede aplicarse o utilizarse con los recursos disponibles.

Se debe identificar las mejores fuentes para cada norma. Una fuente de información podría ser el Ministerio de Salud. Otra fuente de normas podría ser alguna institución internacional reconocida, como por ejemplo la OMS o algún órgano de habilitación proveedor. También se podría emplear un conjunto de normas elaboradas por algún grupo local de expertos. Estudie los documentos de referencia que ya estén en uso para ver si responden a sus necesidades.

Son tres los problemas comunes que a menudo surgen cuando se intenta identificar las normas: (a) no hay normas formales escritas, (b) no se les ha comunicado las normas a los proveedores ni a las instituciones de salud, o bien (c) las normas que ya hay no responden a la definición de una buena norma. A raíz de estas tres situaciones se podría cuestionar la validez de los resultados de la evaluación. Cuando no hay normas, o bien no se las han comunicado como corresponde, no se puede pretender que los proveedores de salud sigan las normas. Si las normas no son buenas, es probable que el personal las observe, pero que los resultados no representen una buena atención de salud. A continuación figuran las recomendaciones para manejar dichas situaciones:

- **Las normas no están enunciadas de manera explícita:** Las normas existen implícitamente, o bien no hay normas. Por ejemplo, en el caso de las normas de supervisión, la disponibilidad de los insumos necesarios para visitar las unidades de salud periódicamente no está indicada formalmente, pero es fácil saberlo (por ejemplo, supervisores, vehículos, etc.). Pero es más difícil definir las normas de procesos: ¿Con qué frecuencia el supervisor debe visitar el centro de salud? ¿Cómo se debe formular la retroalimentación sobre las observaciones del proveedor de salud?

En estos tipos de situaciones, el equipo involucrado debiera usar el mejor criterio experto disponible para decidir qué normas va a emplear. En algunos casos, el desarrollo del sistema de vigilancia de la calidad brinda la oportunidad de formular normas.

- **Hay normas, pero no se han comunicado.** Si las normas son satisfactorias, se debe usarlas. Es obvio que los resultados de la evaluación de la calidad podrían no ser tan buenos como debieran, pero parte de la solución a los problemas descubiertos consistirá en comunicar las normas que ya existan a quienes las necesiten.

Indicadores de desempeño para el control de casos de IRA

El equipo de distrito decidió mantener el número de indicadores³ en un nivel controlable y preparó el siguiente cuadro de indicadores:

Indicadores	Numeradores	Denominadores
La proporción de niños con síntomas de IRA para los que el proveedor de salud indagó acerca de la presencia de los tres síntomas peligrosos	El número de niños con síntomas de IRA para los que el proveedor de salud indagó acerca de la presencia de los tres síntomas peligrosos	El número total de niños con síntomas de IRA
La proporción de niños con síntomas de IRA a los que el proveedor de salud les tomó la frecuencia respiratoria de acuerdo con la norma	El número de niños con síntomas de IRA a los que el proveedor de salud les tomó la frecuencia respiratoria de acuerdo con la norma	El número total de niños con síntomas de IRA
Proporción de presuntos casos de neumonía para los que el proveedor de salud explicó el tratamiento correctamente al cuidador o persona a cargo del niño	Número de presuntos casos de neumonía para los que el proveedor de salud explicó el tratamiento correctamente al cuidador o persona a cargo del niño	Número total de presuntos casos de neumonía
Proporción de niños con neumonía cuyos cuidadores administraron una dosis de antibióticos en el establecimiento de salud	Número de niños con neumonía cuyos cuidadores administraron una dosis de antibióticos en el establecimiento de salud	El número total de niños con neumonía
Proporción de cuidadores de niños con neumonía a los que se les indicó que volvieran a traer el niño al establecimiento de salud en dos días	Número de cuidadores de niños con neumonía a los que se les indicó que volvieran a traer el niño en dos días	El número total de niños con neumonía
Disponibilidad de antibióticos	Número de días en que hubo falta de existencias de medicamentos durante los últimos tres meses	
Proporción de casos de neumonía grave que se remitieron a un hospital en los últimos tres meses	Número de casos de neumonía grave que se remitieron a un hospital en los últimos tres meses	Número total de casos de neumonía grave que se registraron en los últimos tres meses

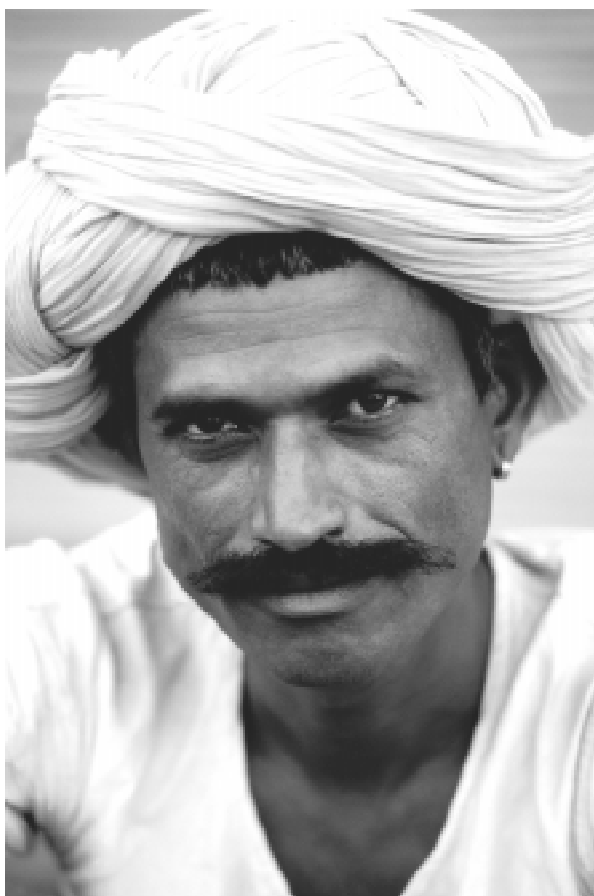
³ Los indicadores que se presentan aquí son ejemplos.

- **Hay normas, pero no cumplen los criterios básicos de las normas buenas.** En este caso, hay que tomar una decisión entre mejorar o adaptar las normas, o bien emplear las normas reconocidas en el ámbito internacional

(por ejemplo, las de la OMS y UNICEF). Aquellas normas que no tengan fundamento científico o que sean potencialmente perjudiciales deben descartarse.

Elabore los indicadores de resultados

El próximo paso consiste en elaborar indicadores para cada norma elegida. El indicador es la variable medible que puede emplearse para determinar el grado de cumplimiento de una norma. Los indicadores traducen un enunciado cualitativo (según lo expresa la norma) en uno cuantitativo. Por ejemplo: “*la proporción de proveedores de salud que saludan a sus pacientes*” mide el grado en que cumple la norma de calidad para recibir al paciente. Los indicadores sirven para que los evaluadores midan toda discrepancia o brecha que haya entre el desempeño previsto y el observado.



Normalmente, los indicadores se expresan en la forma de números (recuento), promedios y coeficientes (proporción o porcentaje). El indicador que se presenta como coeficiente consta de un denominador y un numerador. Por lo general, el denominador especifica la población total observada y el numerador es el número de veces en que se produjo el evento. Por ejemplo: “*La proporción de médicos que se lavan las manos entre un paciente y otro está determinada por la cantidad de médicos observados que se lavan las manos (numerador) dividido por el total de médicos observados (denominador)*”.

Los indicadores pueden definirse por los tres componentes básicos del sistema (insumo, proceso y resultado). A continuación aparecen algunos ejemplos:

- “*La proporción de clínicas que tienen por lo menos un proveedor de salud bien capacitado en el control de casos de tuberculosis*” es un **indicador de insumo**, ya que indica los recursos humanos que se disponen para controlar la tuberculosis.
- “*El número de veces en un plazo de 24 horas que se ha tomado la temperatura de un paciente con paludismo (malaria) cerebral*” es un **indicador de proceso**, ya que indica si las actividades se llevan a cabo con respecto a lo que dicen los protocolos.
- “*El porcentaje de la cobertura de inmunización de niños de uno a dos años de edad*” es un **indicador de resultado**, ya que indica el efecto de las actividades de inmunización.

Al elaborar los indicadores, se debe procurar disponer “fácilmente” de los datos necesarios. Es necesario responder a dos preguntas cruciales:

- **¿Qué información es necesaria para calcular los indicadores?** Por ejemplo, en el caso de la determinación de un coeficiente, ¿cuáles son los numeradores y denominadores? Los dos deben estar expresados y definidos en forma explícita. Por ejemplo, el cálculo del porcentaje de cobertura de la inmuniza-

ción o vacunación exige el conocimiento del número de niños que han recibido las vacunas correspondientes a tiempo (numerador) y el total de niños de ese grupo etario que tiene que recibir las vacunas en el mismo período (denominador).

- **¿Cuáles son las fuentes de información?** En la medida de lo posible, debiera usarse la información que tienen las historias clínicas de los pacientes, los diversos registros del establecimiento y los informes del sistema de información de salud. Sin embargo, es poco probable que se puede obtener todos los datos deseados de estas fuentes. Es probable que se tenga que crear formularios nuevos, o adaptar los que ya hayan, para recopilar la información adecuada.

Se puede poner la información sobre los indicadores en un cuadro, como el que se presenta en este estudio de un caso. Los documentos de referencia, como por ejemplo el tesoro de PRICOR⁴ y el módulo N° 5 de MAP,⁵ incluyen también una lista de indicadores.

Segundo paso: Recopile los datos

En la siguiente etapa del proceso, el equipo tiene que formular los métodos, las herramientas y la estrategia para la recopilación de datos y luego recolectar la información. El método de recopilación de datos que se describe aquí se concentra en el desempeño del proveedor de salud.

Elija los métodos apropiados para la recopilación de datos

- Son cuatro los métodos que se emplean con más frecuencia para recolectar la información: (a) observación directa,

Elija los métodos más apropiados para la recopilación de datos

Para medir los indicadores seleccionados, el equipo del distrito eligió los siguientes métodos de recopilación de datos:

- **La observación directa** brinda información sobre si el **proveedor de salud**: (a) preguntó al cuidador sobre los síntomas peligrosos, (b) tomó la frecuencia respiratoria, (c) explicó correctamente el tratamiento para la neumonía y (d) le dijo al cuidador que regresara en dos días con el niño con neumonía.
- **Las entrevistas con el cuidador a la salida del establecimiento** proporcionan información sobre la administración de la primera dosis de antibiótico.
- **La inspección de la farmacia** proporciona información sobre las existencias de antibióticos.
- **El análisis de los registros o libros** proporciona información sobre: (a) el número de casos de neumonía bien clasificados y (b) el número de casos de neumonía grave que se remitieron al hospital.

- (b) entrevista con el paciente a la salida,
- (c) entrevista con el proveedor de salud y
- (d) análisis de las historias clínicas.

Observación directa: En este método el supervisor, o alguna otra persona designada, observa y registra la conducta del proveedor de salud (es decir, las actividades que realiza) durante la atención real de algún paciente. El observador puede decirle, o no, al proveedor de salud qué control de casos de enfermedades está observando y puede repetir, o no, el examen clínico para confirmar el diagnóstico. La observación directa es una forma eficaz de medir el desempeño en una situación

⁴ El proyecto llamado *Primary Health Care Operations Research* (PRICOR – Investigaciones de las operaciones de la atención primaria de la salud) elaboró una lista de indicadores para siete servicios de salud maternoinfantil y sus sistemas auxiliares. PRICOR, *Primary Health Care Thesaurus*, Volumes I & II. Bethesda, MD: Center for Human Services, 1988.

⁵ El programa llamado *Primary Health Care Management Advancement Programme* (Programa de perfeccionamiento de los servicios de atención primaria de la salud) ha elaborado un módulo sobre la vigilancia y evaluación de programas que contiene una lista de indicadores para 19 servicios de atención primaria de la salud. *Primary Health Care Management Advancement Programme*. Washington, DC: Aga Khan Foundation y University Research Corporation, 1993.

real de trabajo. Es fácil integrar este método con un plan de supervisión porque se puede realizar la evaluación de una serie completa de competencias, incluso la capacidad de comunicación interpersonal.

La principal limitación del método es que la presencia del observador puede tener influencia sobre el desempeño del proveedor de salud. A pesar de ello, la observación directa se considera a menudo el método más seguro y se usa como punto de referencia.

Entrevista con el paciente a la salida del establecimiento: El entrevistador capacitado pide al paciente que describa lo que sucedió durante la consulta. Si el paciente es un niño, se debe entrevistar a la persona adulta que lo acompaña. El entrevistador usa una lista de verificación que tenga preguntas del tipo “sí” o “no” relativas a las actividades desarrolladas por el proveedor de salud y/o formula preguntas generales sobre el grado de satisfacción del paciente o de su cuidador. El entrevistador puede optar por examinar al paciente nuevamente para confirmar si el diagnóstico fue preciso. Si bien es probable que la entrevista a la salida no altere de manera alguna la relación entre el paciente y el proveedor, puede tener influencia sobre el desempeño del proveedor de salud. La información recabada con este método está limitada por la capacidad de observación del paciente o de su cuidador, la comprensión de la situación y el recuerdo de la consulta. El valor de la información recabada en una entrevista a la salida disminuye a veces por la tendencia a ser cortés y amable con el entrevistador (por ejemplo, la gente no quiere expresar su insatisfacción). Algunos estudios han demostrado diferencias entre la información que los pacientes proporcionan cuando se los entrevista después de una consulta y la información obtenida mediante un grupo focal realizado posteriormente con los mismos pacientes.

Entrevista con el proveedor de salud:

Este método involucra la entrevista con el proveedor de salud para preguntarle cómo manejó determinadas situaciones.

El entrevistador formula preguntas al proveedor de salud que siguen los pasos de la consulta. Se puede presentar las preguntas en una lista de verificación y registrarse las respuestas como “sí” o “no”. Con las preguntas abiertas se evita el riesgo de ejercer influencia sobre las respuestas al formular preguntas específicas sobre cada paso, por ejemplo: “¿Qué hace cuando el niño tiene fiebre?”

Algunas veces, los proveedores de salud tienden a sobrevaluar su desempeño para complacer al entrevistador y evitar que se los evalúe mal o porque creen que realizan estas actividades cotidianamente cuando en realidad no lo hacen. La entrevista brinda una buena oportunidad para comprobar la competencia, pero en realidad no mide el desempeño en sí.

Análisis de los registros: Este método comprende el estudio de todos los registros que describan las actividades de atención primaria y los problemas de salud del paciente, incluso las historias clínicas del paciente, los formularios con datos para el sistema de información de salud, el registro oficial del establecimiento y los archivos del hospital. La información de las historias clínicas de los países en desarrollo se limita, normalmente, a los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento. A menos que las historias clínicas estén bien organizadas, sean muy detalladas y proporcionen información precisa, es probable que no permitan realizar una evaluación exacta del proceso de atención del paciente por no haberse registrado parte de la información deseada. En este caso, la observación directa es la única manera de obtener información.

- Se pueden emplear otros dos métodos para conseguir información que pueda servir para explicar los niveles bajos de desempeño: las pruebas del conocimiento del proveedor de salud y la evaluación de la disponibilidad de recursos.

Pruebas del conocimiento del proveedor de salud:

Se puede comprobar el conocimiento del proveedor de salud mediante una entrevista o una prueba por escrito. Cualquiera de los dos métodos brinda información sobre la competencia del proveedor de salud, lo que representa una forma de predecir el desempeño. Se supone que aquellos empleados que han sido observados por los administradores y son considerados buenos proveedores tienen los conocimientos teóricos y prácticos correspondientes y no es necesario someterlos a una prueba para determinar su competencia.

Evaluación de la disponibilidad de recursos: Este método involucra algún grado de inspección a realizarse en el lugar, si bien se podría limitar al análisis de los registros e informes de inventario. Normalmente se concentra la atención en los medicamentos, las provisiones, los equipos médicos y en el establecimiento en sí.

The Center for Human Services ha realizado dos estudios para comparar la validez de los distintos métodos para recopilar datos sobre el desempeño de los proveedores.^{6 7} Las principales conclusiones son las siguientes:

⁶ Hermida, Jorge, David D. Nicholas y Stewart Blumenfeld. *Comparative Validity of Three Methods for the Assessment of the Quality of Primary Health Care: Guatemala Field Study*. Bethesda, MD: Quality Assurance Project, Center for Human Services, 1993.

⁷ Miller Franco, Lynne, Ciro Franco y Newton Wilfred Nkhoma. *Malawi Field Study: Comparison of Methods for Assessing Quality of Health Provider Performance Related to the Management of Ill Children*. Bethesda, MD: Quality Assurance Project, Center for Human Services, 1996.

Preparación de las herramientas de vigilancia para el control de casos de IRA

El equipo del distrito decidió crear sus propios formularios para la recopilación de datos y presentación de informes. Dichos formularios incluyeron:

- Una lista de verificación para las observaciones directas del proveedor de salud.
- Un cuestionario con preguntas abiertas para la entrevista a la salida con el cuidador del niño.
- Una lista de verificación para la inspección de la farmacia.
- Una lista de verificación para el análisis de los registros.

Lista de verificación para las observaciones directas del proveedor de salud

Control de casos de IRA

Llene un formulario por niño.

Codificación

Información general

1. Identificación clínica:
2. Fecha de observación:
3. Nombre del observador:
4. Nombre del proveedor de salud:

Antecedentes o historia clínica

5. ¿El proveedor de salud preguntó lo siguiente al cuidador?:
 - a. Si el niño puede beber o lactar Sí [] No []
 - b. Si el niño vomita todo lo que ingiere Sí [] No []
 - c. Si el niño ha tenido alguna convulsión Sí [] No [] []

Examen físico

6. ¿El proveedor de salud tomó la frecuencia respiratoria? Sí [] No [] []
Si la respuesta es afirmativa, ¿lo hizo durante un minuto (para lo cual usó un temporizador)? Sí [] No [] []

Consejería

7. En caso de tratarse de neumonía, ¿el proveedor de salud explicó el tratamiento correctamente al cuidador o persona a cargo del niño? Sí [] No [] []

Seguimiento

8. En caso de tratarse de neumonía, ¿el proveedor de salud indicó al cuidador que volviera a llevar al niño a los dos días? Sí [] No [] []

Comentarios:

Cuestionario para la entrevista a la salida con el cuidador

Control de casos de neumonía

Llene un formulario por niño / cuidador

Codificación

Información general

1. Identificación clínica:
2. Fecha de observación:
3. Nombre del observador:
4. Nombre del proveedor de salud:

Tratamiento

5. ¿Dio la primera dosis de tratamiento al niño? Si [] No [] []

Comentarios:

Lista de verificación para la inspección de la farmacia

Control de casos de neumonía

Llene un formulario por establecimiento de salud

Codificación

Información general

1. Identificación clínica:
2. Fecha de observación:
3. Nombre del observador:
4. Nombre del proveedor de salud:
5. Cantidad de días en que no hubo existencias de amoxicilina o cotrimoxazol en los últimos tres meses:
(según los registros de existencias del establecimiento de salud) []

Comentarios:

- Si los observadores están bien capacitados, la observación directa es, por lo general, el método más válido para recopilar la información.
- Las entrevistas a la salida pueden proporcionar datos válidos, pero los resultados varían de acuerdo con la actividad observada. Las conclusiones sugieren que son varios los factores que contribuyen a estos resultados, incluso la capacidad de los pacientes de describir con precisión lo que sucedió en realidad, el grado de atención que prestaban a lo que hacía el proveedor de salud y sus expectativas con respecto a lo que debe hacer el proveedor de salud.
- El análisis de los registros brinda suficientes datos sobre el tratamiento provisto, pero no sobre otras actividades. En los países en desarrollo, los proveedores de salud a menudo registran solamente la información sobre el tratamiento dado y muy poco más.
- Las entrevistas con los proveedores de salud no siempre brindan datos válidos sobre el desempeño del proveedor de salud. Es probable que los entrevistados describan actividades que en realidad no realizan. Por lo tanto, la entrevista comprueba fundamentalmente su competencia (conocimiento) y no su verdadero desempeño en una situación laboral real. Pero la información sobre su conocimiento específico del control de casos es útil y no debe desestimarse.

Cada uno de los métodos tiene sus ventajas y limitaciones y ninguno es suficiente para todas las situaciones. Por estos motivos, por lo general es mejor recurrir a una combinación de métodos. La elección de la combinación correcta de métodos dependerá de los recursos disponibles (incluso del tiempo), la familiaridad que los encargados de recopilar los datos tengan con el método y la información que se procura obtener. Para cada indicador, el equipo debe identificar el método más viable de recopilación de datos.

Prepare las herramientas para la vigilancia

El próximo paso es preparar las herramientas para la vigilancia que se utilizarán para recopilar los datos y presentar informes sobre los resultados. Estas herramientas (por ejemplo, ayudas memorias de trabajo, formularios, listas de verificación o una lista de preguntas) deben ser sencillas y fáciles de entender.

- **Invite a los usuarios a participar en la preparación de los formularios o herramientas.** No solamente son importantes los aportes de los usuarios, sino que su participación en el proceso crea un sentido de propiedad que puede motivarlos a hacer una buena labor. Si se va a integrar la vigilancia con la supervisión cotidiana, los supervisores van a ser los usuarios.
- **En función de los métodos de recopilación de datos que se elijan, las herramientas para recabar datos podrían ser una lista de verificación para las observaciones o un cuestionario.** La lista de verificación incluye las actividades a observar, los aspectos a tener en cuenta o los elementos que se contarán, etc. Cada observación produce una respuesta que se registra con un “sí” o “no” o con un número. El cuestionario contiene una lista de preguntas que pueden ser de carácter general (es decir, cada respuesta se registra exactamente como la formula el entrevistado) o específico (es decir, la respuesta tiene que ser exacta, “sí” o “no”).

Normalmente hay tres partes en un formulario para recopilar datos: (a) la parte administrativa, (b) la parte técnica y (c) el sistema de codificación. La parte administrativa sirve para registrar información del tipo del tema, la fecha, el lugar, nombre del entrevistador y del entrevistado y, algunas veces, el período durante el que se están recopilando los datos. La parte técnica describe los aspectos técnicos que se van a observar o sobre los que se va a preguntar.

Lista de verificación para el análisis de historias clínicas

Control de casos de neumonía

Llene un formulario por establecimiento de salud

Codificación

Información general

1. Identificación clínica:
2. Fecha de observación:
3. Nombre del observador:
4. Nombre del proveedor de salud:
5. ¿Cuál es el número total de casos de neumonía grave que se registraron en los últimos tres meses?
6. ¿Cuál es el número total de casos de neumonía grave que se remitieron a un hospital en los últimos tres meses?
7. Porcentaje de casos graves remitidos al hospital (*divida el punto 6 por el punto 5 y multiplique por 100 por ciento*): % []

Comentarios:

Prueba de las herramientas de vigilancia para el control de casos de IRA

Para verificar que los formularios creados fueran fáciles de llenar, el equipo del distrito organizó una sesión para revisar todos los formularios y formularse las preguntas entre ellos. Además, hicieron pruebas de los formularios en el departamento de servicios ambulatorios del hospital del distrito. Ninguno de los supervisores tuvo grandes problemas con los formularios; pero algunos tuvieron algo de dificultad para comprender si la explicación del tratamiento prescrito que el proveedor de salud había dado al cuidador del niño, era precisa. El equipo decidió escribir el tratamiento correcto en el formulario a efectos de recordar cuál era la norma. Después de esta modificación, los encargados de recopilar datos se sintieron más cómodos al usar los formularios.



Por lo tanto, se debe crear una codificación especial para ingresar los datos en forma correcta y homogénea. El sistema de codificación facilita el rápido análisis de los resultados de las observaciones o de las respuestas a las preguntas. En el caso de que el proveedor de salud realice una actividad que no sea la adecuada y, a raíz de ello, tome una decisión equivocada o que sea perjudicial para el paciente, el formulario debe tener espacio para registrar el error o la equivocación.

Si se usan formularios estructurados se reducirá la variación de los resultados entre distintos observadores cuyos desempeños pueden estar influenciados por sus conocimientos teóricos y prácticos, aptitudes, memoria y capacidad de observación. Sin un formulario estructurado, los resultados van a variar, no serán homogéneos y muy a menudo no serán precisos. Sin embargo, el formulario por sí solo no será suficiente para disminuir la variación no deliberada. La clave para lograr la

homogeneidad de los datos reside en la capacitación y la práctica en el uso del formulario hasta alcanzar un nivel aceptable de variabilidad entre los observadores.

En algunas situaciones, se pueden incluir las preguntas de vigilancia en los formularios que ya se usen, como por ejemplo los que se emplean para las actividades de supervisión. Pero los temas pueden cambiar a medida que vaya evolucionando el sistema de vigilancia. Por ejemplo, se podrán agregar temas nuevos si ha cambiado la concentración del supervisor, con lo que será necesario efectuar una revisión constante de los formularios en uso como parte del proceso de vigilancia.

■ ¿Cómo se aprovecha la información y los sistemas de vigilancia existentes?

El sistema de vigilancia de la calidad debe complementar todo sistema que ya esté en uso e integrarse con las actividades de vigilancia que ya se realizan. Antes de crear el sistema de vigilancia de la calidad, decida primero si los sistemas en uso captan la información que necesita. Si no es así, fíjese si es factible, o no, adaptar las herramientas de vigilancia en uso para incluir los requisitos que usted tenga para la recopilación de datos sobre la calidad.

Cuando no existan formularios adecuados y sea necesario crearlos, podrá resultar útil basarse en los formularios preparados por otros programas, como por ejemplo el *Primary Health Care Management Advancement Program* (MAP - (Programa de perfeccionamiento de los servicios de atención primaria de la salud). El Módulo 6 de la serie del programa MAP constituye una buena fuente de información para listas de verificación y cuestionarios para los 21 servicios de atención primaria de la salud.⁸

⁸ Primary Health Care Management Advancement Programme, *Assessing the Quality of Service: Module 6, User's Guide*. Washington, DC: Aga Khan Foundation, 1993.

Pruebe las herramientas para la vigilancia

Si se dispone de tiempo y recursos, puede resultar conveniente probar las herramientas. En caso contrario, revíselas como corresponda. Hay dos actividades que pueden servir para garantizar que las herramientas se emplean bien y que sirven para modificarlas a la vez que contribuyen a la capacitación de quienes recopilan los datos.

■ Revise los formularios con los usuarios.

Se debe dedicar una sesión a revisar los formularios (las listas de verificación y los cuestionarios) con todos los encargados de recopilar los datos. Asegurese de que entiendan lo que tienen que observar o qué preguntas es necesario formular. Puede revisar todas las preguntas durante una sesión plenaria, o bien en entrevistas de colegas que se realicen con los observadores. Para probar la claridad de una pregunta, pida a los recopiladores de datos que expliquen lo que quiere decir la pregunta, que la expresen en otras palabras o de una manera diferente y que den ejemplo de posibles respuestas. Para verificar que entiendan la actividad que se observará, se puede pedir a los recopiladores de datos que demuestren la actividad que se espera que realice el proveedor de salud.

- **Pruebe el uso de los formularios.** Para las pruebas se debe elegir una serie limitada de situaciones reales (por ejemplo, interacciones entre el paciente y el proveedor de salud o análisis de las historias clínicas). Los encargados de recopilar los datos tienen que salir al terreno y llevar a cabo una evaluación. Al regresar tienen que informar acerca de los problemas que observaron o que surgieron en las entrevistas.

Una vez finalizadas las pruebas de las herramientas, se debe organizar una sesión con todos los recopiladores de datos para determinar las lecciones aprendidas y obtener comentarios y sugerencias para mejorar los formula-

Prepare la estrategia de vigilancia para el control de casos de IRA

El equipo del distrito decidió vigilar la calidad del control de los casos de IRA en el distrito por medio de la evaluación del desempeño de una muestra de proveedores elegidos al azar: 10 de 23 enfermeras que trabajaban en 15 centros rurales de salud y dos asistentes médicos encargados del departamento de servicios ambulatorios del hospital del distrito. El equipo decidió que una muestra de ese tamaño brindaría un cálculo lo suficientemente preciso de la calidad del control de casos de IRA en el distrito. De los siete centros de salud objeto de la encuesta, cuatro de ellos tenían una enfermera cada uno y tres tenían dos enfermeras cada uno.

La unidad de observación para esta evaluación iba a ser el proveedor de salud en forma individual. Dado que no se contaba ya con ninguno de los indicadores de interés en el sistema de información de salud en uso, se crearon formularios especiales para ello. La recopilación de datos se llevó a cabo durante las visitas normales de supervisión que los equipos del distrito realizaban a los establecimientos de salud. Cada uno de los supervisores se encargó de recabar información sobre cada uno de los establecimientos de salud que supervisaba. Durante la visita de vigilancia, cada supervisor tenía que dedicar la mañana al establecimiento de salud e incluir en la vigilancia todos los casos de IRA que se habían atendido ese día.

rios de recopilación de datos. Es probable que los recopiladores de datos sugieran agregar algunas actividades especiales para observar o preguntas para formular. Además, es probable que en esta sesión se descubran distintos tipos de problemas. Por ejemplo, puede darse el caso de que algunos recopiladores de datos informen que algunos entrevistados tuvieron dificultad para comprender o responder alguna pregunta en especial. Si es así, se debe volver a escribir esa pregunta o eliminarla por completo.

Elija la estrategia de vigilancia

Posteriormente, hay que definir la estrategia para la vigilancia de la calidad. Es necesario obtener respuestas para las siguientes preguntas:

■ ¿El desempeño de quién se va a vigilar?

Se debe aclarar bien el desempeño de quién se va a vigilar (es decir, qué personas, establecimientos, distritos o regiones) porque esta decisión va a

repercutir sobre la estrategia de vigilancia. Por ejemplo, es probable que (a) los distritos deseen vigilar el desempeño de los proveedores de salud en forma individual para que puedan identificar intervenciones para el personal con más necesidades, o usar la información para la promoción de los empleados, (b) los funcionarios del distrito de salud quieran vigilar el desempeño de los centros de salud y (c) los funcionarios médicos regionales deseen vigilar el desempeño de los distritos de la región para identificar las mejores prácticas para darlas a conocer a aquellos distritos que sean menos efectivas.

El objetivo del sistema de vigilancia va a influenciar la decisión de evaluar a todos los proveedores de salud o solamente a un grupo. Por ejemplo, si se va a usar la evaluación del desempeño de alguna persona para tomar decisiones para los ascensos del personal, entonces se tiene que recabar y analizar información para cada persona en particular.

Pero si la unidad de interés es el distrito, se podría elegir una muestra de los establecimientos de salud o de proveedores y combinar los datos antes de efectuar el análisis. Ello plantea una serie de cuestiones relativas a la muestra que van más allá del alcance de este manual, pero si se elige una muestra o grupo, se debe elegir las unidades en la forma lo más aleatoria posible.

■ **¿Cómo se aprovecha la información y los sistemas de vigilancia existentes?**

El sistema de vigilancia de la calidad debe complementar todo sistema que ya esté en uso e integrarse con las actividades de vigilancia que ya se realicen. Antes de crear el sistema de vigilancia de la calidad, decida primero si los sistemas en uso captan la información que necesita. Si no es así, fijese si es factible, o no, adaptar las herramientas de vigilancia en uso para incluir los requisitos que usted tenga para la recopilación de datos sobre la calidad.

■ **¿Cuál es la frecuencia óptima para la recopilación de datos?**

No hay una respuesta absoluta para esta pregunta. En la práctica, dependerá del tiempo y de los recursos disponibles y del nivel de complejidad del sistema de vigilancia. Por ejemplo, el supervisor de un distrito rural podría visitar los establecimientos de salud una vez cada seis meses solamente, mientras que el Director del hospital podría evaluar mensualmente el desempeño del departamento de servicios ambulatorios. La frecuencia de la recopilación de datos debiera adaptarse también a las necesidades del sistema. No todos los establecimientos de salud o los proveedores de salud tienen que ser objeto de las actividades de vigilancia con la misma frecuencia. Es obvio que los que tengan mejor desempeño necesitan menos apoyo que aquellas personas cuyo desempeño sea menos eficiente. Se debe hallar una solución de compromiso entre la amplia serie de actividades que se podría llegar a vigilar y el tiempo y los recursos que se dispongan.

■ **¿Quién recopila los datos?**

Los datos pueden ser obtenidos por terceros, por colegas de los proveedores en evaluaciones de otros proveedores o por los proveedores mismos mediante técnicas de autoevaluación.

Un *tercero*, como por ejemplo un supervisor o administrador de programa, puede evaluar el desempeño de un proveedor de salud durante una visita al lugar de trabajo que normalmente haga (todo observador bien capacitado por lo general recaba información útil). En esta situación, el observador tiene alguna autoridad sobre el personal.

Los proveedores de salud pueden evaluar el desempeño de sus colegas. Este método se llama *evaluación de colegas*. Cada proveedor de salud puede convertirse en observador de sus colegas y, en otras oportunidades, ser objeto de la observación de sus colegas. La falta de autoridad del observador sobre el proveedor de salud reduce

parte de la tensión que provoca el ser observado. Cada una de las partes se beneficia con la información que obtiene sobre su desempeño individual y la comparación con el de otras personas. Este método puede verse limitado por la posible falta de rigor entre la gente que se conozca, por la falta de credibilidad del observador desde el punto de vista del proveedor que presta los servicios, o bien por problemas de transporte.

Los proveedores de salud pueden evaluar su propio desempeño mediante una **autoevaluación**. Los proveedores de salud pueden emplear el mismo tipo de lista de verificación que se describió antes y guardarla para su referencia, o bien compartir los resultados con otros. Sin embargo, dado que los datos compartidos no son siempre de fiar, en general se opina que la autoevaluación es más una estrategia para mejorar la calidad que una para evaluar la calidad. La autoevaluación ha demostrado ser eficaz para mejorar el desempeño en algunas situaciones y no debiera excluirse, especialmente en aquellas situaciones en que las visitas de los supervisores de salud no son tan frecuentes como se desearía. La autoevaluación proporciona a los proveedores de salud la oportunidad de repasar las normas de atención y analizar sus propias prácticas. Es obvio que este método requiere la motivación de los proveedores de salud y que puede tener un valor limitado como sistema de vigilancia porque los datos no son tan confiables o no se los transmite fácilmente a los supervisores.

■ ¿Qué recursos son necesarios para la vigilancia?

Los recursos disponibles para la vigilancia están relacionados con el compromiso asumido por el proveedor de salud al establecerse el sistema de vigilancia. Si el proveedor de salud no considera que la calidad de la atención es una prioridad, entonces podría darse el caso de que el establecimiento de salud o el sistema involucrado no asignara suficientes recursos al sistema

Recopile los datos sobre el control de casos de IRA

El equipo del distrito planificó su primera ronda de vigilancia de la calidad con la ayuda de una lista de verificación que prepararon. Teniendo en cuenta la cantidad de vehículos disponibles y el número y la ubicación de los establecimientos de salud del distrito, se organizaron las visitas de supervisión para un período de dos semanas. Se les comunicó a todos los establecimientos de salud cuál era el nuevo enfoque de vigilancia de la supervisión y cuáles eran las fechas de las visitas. Durante la recopilación de los datos, cada establecimiento de salud que fue objeto de vigilancia tuvo por lo menos un niño menor de cinco años que presentaba dificultad para respirar o tenía tos. A la mayoría se les diagnosticó alguna infección en el tracto respiratorio superior, pero se observaron suficientes casos de neumonía como para permitir evaluar el desempeño de estos proveedores de salud del distrito en el diagnóstico y tratamiento de la neumonía.

de vigilancia. Un punto de partida sería dedicar un mínimo del 5 por ciento de los recursos a la vigilancia del desempeño.

■ ¿Cómo se convalidan los datos?

El sistema de vigilancia debe recopilar datos válidos. Hay dos niveles de validez a tener en cuenta.

El **primer nivel** de convalidación verifica si se realizó la actividad correctamente. Por ejemplo, el observador informará que el proveedor de salud pellizcó la piel del niño para evaluar el nivel de deshidratación, pero no efectuó un segundo control para determinar si la clasificación del nivel de deshidratación era precisa. Dicha verificación exigiría un segundo examen físico del paciente por parte del observador, lo que obviamente complica el proceso de vigilancia. El equipo debe decidir si la doble verificación es necesaria y factible para cada una de las actividades. A raíz de la viabilidad y los problemas económicos, no se exige efectuar la convalidación de los datos mediante una verificación sistemática, pero sí debe usarse en la forma adecuada cuando la integridad

del método de recopilación de datos es cuestionable. En estos casos, es más rentable o económico efectuar la verificación de una muestra pequeña que de toda una población.

El **segundo nivel** se refiere a la precisión de los datos que obtienen los encargados de recopilar la información. Siempre es posible que algún observador no informe acerca de algo que ocurrió en realidad. Por ejemplo, podría darse el caso de que el supervisor informe que el proveedor de salud no comprobó los síntomas de hepatomegalia (crecimiento del hígado) porque no estaba lo suficientemente cerca como para ver qué estaba haciendo el proveedor. La proximidad del supervisor al proveedor puede afectar el hecho de que vea o no cuando el mismo realiza alguna actividad en particular. Esto sucede especialmente en el caso de aquellas actividades que requieran solamente la observación del proveedor (por ejemplo, fijarse si hay síntomas de letargo).

Para prevenir esos errores en el informe, el observador podría pedir a los proveedores que describan lo que van haciendo cuando examinan al paciente. Es probable también que los observadores informen de más, y es por eso que es importante capacitar a los observadores, además de usar métodos para convalidar las observaciones.

■ ¿Cuántos casos de un proveedor de salud es necesario vigilar?

El sistema de vigilancia no exige el uso de pruebas estadísticas ni la observación de un mínimo de consultas con pacientes para cada proveedor. Se puede obtener información útil con una sola observación, pero no se debe emitir una opinión definitiva sobre el desempeño individual basándose en esto solamente. Es conveniente efectuar varias observaciones del mismo proveedor dadas las diferencias normales que se producen en el desempeño de una persona. Sin embargo, hay que ser pragmáticos porque es difícil predecir el número de casos de una determinada condición de salud que se observará en un estableci-

miento de salud en un día dado. Por lo tanto, la opinión final sobre el desempeño de un proveedor de salud o de un establecimiento debe basarse en varias observaciones realizadas durante un tiempo, a la vez que se aprovecha al máximo cada observación individual para ofrecer retroalimentación constructiva de inmediato después de cada visita de vigilancia.

Los informes que se presenten sobre un reducido número de casos solamente tienen un bajo nivel de precisión estadística. El análisis del cálculo de los límites de confianza va más allá del alcance de este manual. Además, cuando el número de casos es muy reducido, no corresponde expresar el nivel de cumplimiento de un proveedor en la forma de porcentaje. En esos casos, se puede aumentar el denominador de un indicador fijándose en el cumplimiento de un proveedor cuando ejecuta todas las actividades (en vez de hacerlo actividad por actividad) o combinando los datos de varios proveedores de salud.

Recopile los datos

Una vez formulada la estrategia de vigilancia de la calidad, es necesario planificar su implementación cuidadosamente. Las siguientes medidas pueden servir para prevenir los problemas de último momento y garantizar la implementación acertada del sistema de vigilancia:

- Avise antes a los proveedores de salud cuál será el día en que se les observará.
- Procure que los vehículos correspondientes estén disponibles y en buenas condiciones de funcionamiento (es decir, se los ha inspeccionado y tienen suficiente cantidad de líquidos y gasolina, así como ruedas de repuesto y herramientas en buen estado y los conductores conocen el camino) si el equipo tiene que viajar a otro lugar. Respete la hora de salida de manera que el equipo pueda llegar a horario para realizar la actividad.

- Lleve suficientes formularios (más de los que necesita), así como listas de codificación y artículos de oficinas en cantidades necesarias (lápices, etc.)
- Identifique las funciones y responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo.
- Identifique al jefe del equipo.
- Lleve una agenda detallada de la visita de vigilancia (es decir, presentación al personal de vigilancia y explicación del proceso de recopilación de datos, proceso de retroalimentación y uso de los resultados para la solución de problemas, etc.).
- Procure que el jefe del equipo consulte a otros miembros del personal periódicamente durante la recopilación de datos para resolver todo problema que el personal pueda tener.
- Pida al jefe del equipo que procure que el personal se comporte con respeto hacia los proveedores de salud y los pacientes objeto de la vigilancia.
- Realice la recopilación de datos de una manera discreta y sin presentar amenaza alguna.
- No emita opiniones ni abra juicio alguno. No discuta con el proveedor enfrente del paciente en el caso de que no esté de acuerdo con la forma de manejar el caso.
- Visite a las autoridades locales según sea necesario.
- Finalice la visita de vigilancia dando las gracias al personal de salud por su colaboración, proporcione retroalimentación sobre su desempeño y brinde detalles acerca de las próximas actividades del proceso de vigilancia.

La anterior lista de recomendaciones es muy adecuada para la evaluación que realice un tercero, no para la autoevaluación.

Tabule los resultados

Después de las visitas de supervisión, el equipo del distrito combinó los datos correspondientes a 10 enfermeras que trabajan en centros de salud. Los resultados que aparecen a continuación corresponden tanto a los enfermeros como a los asistentes médicos.

- Las enfermeras preguntaron al cuidador del niño acerca de los tres síntomas peligrosos en el 26 por ciento de los casos, mientras que los asistentes médicos formularon la pregunta 63 por ciento de las veces.
- Las enfermeras tomaron la frecuencia respiratoria 52 por ciento de las veces, mientras que los asistentes médicos tomaron la frecuencia 20 por ciento de las veces.
- Las enfermeras explicaron el tratamiento correcto de la neumonía al 78 por ciento de los cuidadores, en comparación con los asistentes médicos que lo hicieron al 45 por ciento.
- De los niños tratados por neumonía por los enfermeros, el 60 por ciento había recibido la primera dosis de antibiótico administrada por el cuidador, en comparación con el 81 por ciento de los niños tratados por los asistentes médicos.
- Las enfermeras indicaron al 48 por ciento de los cuidadores que regresaran a los dos días con el niño con neumonía, mientras que los asistentes médicos lo hicieron 83 por ciento de las veces y comprobaron que lo habían entendido en el 53 por ciento de los casos.
- El promedio de días en que no hubo existencias de cotrimoxazol y amoxicilina, en forma combinada, fue de 20 en los últimos tres meses para los centros de salud y cero para el departamento de servicios ambulatorios. De los siete centros de salud, todos sufrieron alguna falta de medicamentos en los últimos tres meses.
- Las enfermeras remitieron 74 por ciento de los casos de neumonía grave al hospital, mientras que los asistentes médicos lo hicieron en el 98 por ciento de los casos.

El equipo del distrito no calculó un puntaje global en esta oportunidad, pero planificó hacerlo más adelante para que los miembros pudieran vigilar las tendencias que se observaban en el desempeño de las personas.

Tercer paso: Use la información y los resultados

Después de finalizada la recopilación de los datos, se debe tabularlos, analizarlos y guardarlos en algún formato accesible. Se deben usar los datos para identificar los problemas de desempeño, de manera tal que se tomen medidas para mejorar la atención.

Tabule los resultados

Después de recopilar los datos, se deben tabular los resultados y calcular los indicadores. Ello entraña el cálculo de las frecuencias, los porcentajes y coeficientes para los indicadores elegidos.

Hay dos maneras de presentar los resultados: en forma separada o combinada. Los datos separados se presentan en términos de cada actividad realizada por una persona o por un grupo de proveedores de salud. Los datos combinados usan una medida que describe el desempeño global de todas las actividades combinadas.

- Cuando los resultados están separados, se presentan los indicadores para cada

actividad observada en términos de la frecuencia de su ejecución. Por ejemplo: “El proveedor de salud controla la temperatura del niño en el 50 por ciento de los casos”. Los resultados podrían presentarse también para todo el grupo de proveedores de salud observados. Por ejemplo: “Veinte por ciento de los proveedores de salud del distrito controlan sistemáticamente la temperatura del niño”.

- Cuando los resultados están combinados, se calcula un puntaje global. Dicho puntaje global a veces se denomina **índice**. Por ejemplo, la observación del control de 20 casos del mismo problema de salud por parte del mismo proveedor indica que el nivel de cumplimiento varía entre una actividad y otra. ¿Cómo se puede calificar el desempeño global de este proveedor de salud? Una posibilidad es calcular un puntaje global en una escala específica. Si bien todas las actividades elegidas son importantes, algunas pueden ser más importantes que otras. En este caso, se podría usar un sistema de ponderación. Se pondera cada actividad en función de su impor-

Cuadro 4: Puntaje para el desempeño de una enfermera de planificación familiar

Preguntas / Actividades	Resultados	Peso	Puntos
<i>¿El proveedor hizo lo siguiente:?</i>	<i>Cantidad de veces que la respuesta es afirmativa (“sí”) N = 20 observaciones</i>	<i>En una escala de 1 a 5</i>	<i>Resultados por ponderación</i>
■ ¿saludó al cliente de una manera cordial y respetuosa?	12	1	12
■ ¿preguntó al cliente acerca del método anticonceptivo que usaba?	8	2	16
■ ¿presentó los distintos métodos anticonceptivos al cliente?	15	2	30
■ ¿usó ayudas memorias visuales?	5	1	5
■ ¿comprobó que el cliente tuviera conocimiento y comprensión de la transmisión del VIH / SIDA?	2	3	6
■ ¿ayudó al cliente a elegir un método?	13	5	65
TOTALES:	55		134

tancia. En el Cuadro 4 se presenta un ejemplo de dicho sistema de puntaje. La preparación del sistema de puntaje no sigue ninguna norma específica, pero se debe lograr consenso en lo que respecta a la importancia que se asignará a cada actividad. Se puede dar la misma importancia a todas las actividades.

En el Cuadro 4, el puntaje máximo posible para cada actividad es 20. Por ende, el puntaje total máximo es $(20 \times 1 + 20 \times 2 + 20 \times 2 + 20 \times 1 + 20 \times 3 + 20 \times 5) = 270$. El puntaje final es $134/270 = 0.49$ ó $4.9/10$.

Tenga en cuenta que para obtener resultados homogéneos, el cuestionario tiene que formular preguntas o describir las actividades de manera tal que las conductas deseadas puedan codificarse de una forma similar. Es más difícil codificar, calificar con puntos e interpretar respuestas si los distintos participantes entienden las preguntas de una manera diferente. En el Cuadro 5 aparece un ejemplo de codificación contradictoria. Si todas las conductas deseadas de la lista estuvieran codificadas con un “sí”, sería fácil para el codificador, sería fácil que un codificador marcara “sí” también para alguna conducta no deseada.

En esta situación, al haber más respuestas afirmativas (“sí”) para las preguntas a, b, c y e, la calidad de la atención será mejor, mientras que si hay más respuestas negativas (“no”) para la pregunta d, la calidad de la atención será mejor aún. Al calificar las respuestas con puntos, es necesario calcular la proporción de respuestas “sí” a las preguntas a, b, c y e y la proporción de respuestas “no” a la pregunta d. En este momento, se puede calcular el puntaje global sin cometer errores. Dado que el sistema se torna más difícil y propenso a errores por este tipo de codificación, se podría volver a redactar la pregunta d de la siguiente manera, según se ilustra en el Cuadro 5: “El proveedor de salud explica al cuidador la importancia de conservar la tarjeta de inmunización.”

Analice la información: El equipo del distrito decidió que la reunión trimestral de personal era una buena oportunidad para analizar los datos captados con el nuevo sistema de vigilancia. En esa reunión estuvieron representados todos los establecimientos de salud. De esta manera, los que habían sido objeto de observaciones iban a obtener retroalimentación más detallada sobre su desempeño, mientras que los demás se beneficiarían de la información al estar más al tanto de algún aspecto particular del control de casos de IRA. El equipo del distrito consideró que al usar un método participativo para el análisis de los resultados se recordaría a los proveedores de salud acerca de las normas de atención y que los proveedores se dedicarían más a cumplirlas.

El equipo del distrito decidió presentar los indicadores al personal y luego dividirlos en grupos de trabajo en los que los participantes pudieran analizar los resultados. Cada grupo probó de contestar una de las siguientes preguntas: ¿Cuál es el nivel de desempeño del control de casos de IRA? ¿Quiénes son los mejores y los peores? ¿Hay alguna pauta de desempeño que sea constante entre los proveedores de salud? Posteriormente, los grupos presentaron sus resultados. En la sesión plenaria, todos los participantes analizaron las causas posibles de su desempeño deficiente. Los resultados combinados de los grupos de trabajo son los siguientes:

- Antecedentes o historia clínica: El desempeño de los asistentes médicos fue mejor que el de las enfermeras en materia de preguntar al cuidador del niño acerca de los síntomas peligrosos. Pero muy a menudo todos los proveedores omitieron hacerlo y si bien la práctica no es sistemática, dada su importancia, se trata de una deficiencia importante en el desempeño. No hubo mucha diferencia entre las enfermeras y no se identificaron valores atípicos. Este patrón fue bastante constante. El personal explicó que el hecho de no preguntar acerca de los síntomas peligrosos se debía a la falta de conocimiento de síntomas peligrosos específicos que los proveedores de salud debían comprobar. Además, las enfermeras señalaron que podían darse cuenta fácilmente si el niño estaba aletargado y no había necesidad alguna de preguntarle al cuidador.

Cuadro 5: Codificación incongruente de las aptitudes interpersonales del proveedor de salud

¿Qué consejería dio el proveedor de salud a la madre sobre la inmunización del niño?

(a) El proveedor explica el objetivo de la inmunización	<Sí>	<No>
(b) El proveedor explica los posibles efectos secundarios	<Sí>	<No>
(c) El proveedor indica a la madre que regrese con el niño.	<Sí>	<No>
(d) El proveedor critica a la madre por haber perdido la tarjeta.	<Sí>	<No>
(e) El proveedor comprueba que la madre haya entendido.	<Sí>	<No>

- **Examen físico:** Las enfermeras tomaron la frecuencia respiratoria más seguido que los asistentes médicos y hubo un grupo de enfermeros que lo hizo en forma más congruente. La diferencia se explica por el hecho de que el grupo de enfermeros con mejor desempeño recibieron capacitación en materia de control de casos de IRA, en la cual se destacó la necesidad de tomar la frecuencia respiratoria. El otro grupo no comprendió la importancia de fijarse en este síntoma. Los asistentes médicos explicaron que se basaban más en la auscultación del tórax, para lo que tenían capacitación.
- **Consejería:** Las enfermeras explicaron bien el tratamiento de la neumonía a los cuidadores y los médicos asistentes no tuvieron tan buen desempeño. Entre las enfermeras, solamente dos de 10 no fueron consistente en esta actividad. Los asistentes médicos explicaron que confiaban en que el enfermero que les asistía se ocuparía de dar las explicaciones correctas. Reconocieron que no habían comprobado si la enfermera que les asistía lo hacía correctamente.
- **Tratamiento:** Los asistentes médicos tendieron a involucrar al cuidador en el comienzo del tratamiento, mientras que los enfermeros se ocuparon de hacerlo por sí mismos. Sin embargo, los asistentes médicos no lo hicieron sino que le indicaron a los enfermeros que les asistía que lo hicieran. Las enfermeras de los centros de salud opinaron que debían hacerlo ellos para poder indicar al cuidador cómo hacerlo y reconocieron que la administración de la primera dosis era para ellos una cuestión de prestigio.
- **Seguimiento:** Las enfermeras informaron a los cuidadores que regresaran con el niño menos veces que los asistentes médicos. Esta conducta fue bastante uniforme entre los enfermeros y no pudieron dar otra explicación que “no nos dimos cuenta”.
- **Disponibilidad de medicamentos:** La mayoría de los establecimientos de salud sufrieron escasez de medicamentos. Fue motivo de gran preocupación para el grupo. El personal explicó que el sistema de abastecimiento de medicamentos estaba teniendo muchos problemas y que rara vez recibían la cantidad que pedían al nivel central y que no sabían a qué se debía. Además, había una cantidad insuficiente de antibióticos disponibles para tratar todos los casos de neumonía que se atendían entre las entregas de medicamentos que se realizaban cada dos meses. Los asistentes médicos estaban en una mejor situación a raíz de su proximidad a la farmacia del hospital.
- **Sistema de referencia de pacientes:** La remisión de pacientes cuando el caso era grave fue bastante frecuente en los dos grupos, pero hubo dos “valores atípicos” entre las enfermeras que casi nunca referieron casos. Explicaron esta situación citando la falta de acceso a los medios de transporte de la comunidad y la renuencia a pagar los costos del hospital. El grupo expresó algunas dudas con respecto a la validez de esta explicación porque otras enfermeras que trabajaban en condiciones similares han observado que la referencia de pacientes es aceptada y posible. Los asistentes médicos referieron fácilmente los casos graves gracias a las conexiones privilegiadas que tiene el departamento de servicios ambulatorios con el hospital.

El puntaje global (o índice) nos permite seguir la labor realizada por el proveedor de salud o la institución. Es más difícil interpretar los datos si aumenta para algunas actividades pero disminuye para otras. Otra ventaja del puntaje global es que nos permite comparar fácilmente a los proveedores o establecimientos de salud mediante la identificación de valores atípicos (los “mejores” y “peores”) y, por lo tanto, concentrar la atención en los que hay que mejorar. Resultaría más fácil también usar el puntaje global para informar a la administración del sistema de salud acerca de algún cambio en materia de calidad. La desventaja del puntaje global es la pérdida de la información que proporcionan los resultados de las actividades individuales y sus implicaciones para la identificación de aquellos aspectos que son necesario mejorar.

No hay necesidad de elegir exclusivamente entre los resultados combinados y separados. Es probable que los dos tipos sean necesarios.

Analice la información

Para disminuir esa percepción de amenaza que se asocia con la vigilancia del desempeño por parte de un tercero, puede resultar conveniente involucrar en el análisis de los resultados al personal cuyo desempeño se haya evaluado. Sin embargo, a veces no es viable, o hasta recomendable, fomentar esa participación en algunas circunstancias (por ejemplo, podrían presentarse problemas de confidencialidad al compartir la información).

El análisis de la información debiera responder a las siguientes preguntas:

- **¿Cuál es el nivel de desempeño del proveedor o establecimiento de salud?**
Las descripciones del desempeño pueden expresarse de muy distintas maneras, según el nivel de detalle que se considere conveniente para tomar decisiones y mejorar la calidad. Por ejemplo, se puede decir: *“El desempeño de un determinado proveedor en el control de casos de malaria ha mejorado*

notablemente; el puntaje general ha subido de 3.5 a 8 en seis meses”. O bien, se puede describir con mayor detalle el desempeño de algunas actividades especiales. Por ejemplo: “En el control de casos de diarrea, el proveedor de salud hizo bien en formular preguntas sobre la duración de la enfermedad y en enseñar al cuidador a usar las sales de rehidratación oral. Sin embargo, verificó el grado de deshidratación solamente en el 40 por ciento de los casos y lo evaluó correctamente en el 60 por ciento de los casos”.

■ ¿Quiénes son los mejores y los peores?

Es importante separar los dos extremos porque la identificación de los mejores puede ayudar a entender las razones por las que tienen un buen desempeño, mientras que los peores serán candidatos para una intervención prioritaria. Los proveedores con buen desempeño pueden usarse también como recursos para mejorar el desempeño de otros. Para identificar estos dos extremos, se puede optar por establecer límites (o umbrales) de desempeño, debajo de los cuales se encuentran los de peor desempeño y por arriba de los cuales están los mejores.

Estos umbrales deben establecerse antes de iniciar la recopilación de datos, de manera tal que los resultados no ejerzan influencia alguna sobre ellos. No hay normas especiales para fijar umbrales, es una cuestión de consenso entre los integrantes del equipo de vigilancia. Sin embargo, se debe tener cuidado al usar los umbrales porque aun cuando todos los proveedores los excedan, siempre hay lugar para mejorar. Otro método de categorización es clasificar a los proveedores y dividirlos en tres grupos: el primer nivel tiene a los mejores, el segundo nivel tiene a los regulares y el tercer nivel a los peores.

■ ¿Hay algún patrón de desempeño que sea constante entre los proveedores de salud?

Interprete y use los resultados del control de casos de IRA

Durante la reunión trimestral del personal, el equipo del distrito, en colaboración con el personal del proveedor de salud, identificó los próximos pasos para mejorar la calidad del control de casos de IRA en niños menores de cinco años. Eligieron las cuatro intervenciones siguientes:

1. **Estudie más las causas fundamentales.** El personal se dio cuenta de que los problemas relacionados con los sistemas auxiliares (es decir, sistemas de abastecimiento de medicamentos y remisión de pacientes) no eran claros y que sería necesario efectuar un análisis específico y a fondo antes de poder formular otras intervenciones. El equipo del distrito sugirió la aplicación de la metodología de solución de problemas y que los dos equipos trabajaran en cada sistema.
2. **Ofrezca capacitación en el lugar de trabajo.** El personal sugirió que los supervisores dedicaran más tiempo en la próxima visita a resaltar la importancia de tomar la frecuencia respiratoria demostrando cómo hacerlo correctamente y explicando cómo las decisiones de tratamiento se basan en el resultado.
3. **Elabore ayudas memorias.** El personal identificó la necesidad de contar con algunas ayudas memorias de trabajo que pudieran recordarle que tienen que realizar tres actividades específicas: (a) preguntar al cuidador acerca de los síntomas peligrosos, (b) explicar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento al cuidador y (c) pedir al cuidador que administre la primera dosis de antibiótico.
4. **Organice sesiones de capacitación permanente del personal.** El personal sugirió actualizar sus conocimientos teóricos y prácticos en el control de casos de IRA por medio de cursos de capacitación de una semana en el hospital. En su opinión estos cursos les ayudarían a evaluar correctamente la gravedad de la neumonía.

El personal observó también que la revisión y el análisis de los resultados ya habían tenido un impacto positivo al incrementar el conocimiento de las normas de atención y su ejecución, además de fomentar el deseo de mejorar.

Se debe averiguar si aquellos aspectos de desempeño deficiente son constantes entre los proveedores o establecimientos de salud. Es probable que dicha información indique la necesidad de impartir capacitación más concentrada. Por ejemplo, si los datos indican que ninguno de los cinco hospitales de distrito prescribe un examen de esputo a los pacientes que tenga tos durante más de dos semanas, es posible que haya una causa común de esta deficiencia. O bien

Prepare un sistema para el almacenamiento y la recuperación de los datos para la vigilancia de la información sobre calidad

El equipo de salud del distrito encargado del mantenimiento del sistema de vigilancia decidió configurar un sistema para guardar la información sobre la calidad de la atención de manera tal que fuera fácil tener acceso a la misma y procesarla. No tenían una computadora, pero encontraron una sala donde podían poner los archivos. Organizaron los archivos por establecimiento de salud y por tema. Se pusieron los formularios para registrar los datos recopilados en cada carpeta de los establecimientos de salud con un resumen del desempeño de cada proveedor de salud en particular. En este resumen se enumeraron los resultados para cada uno de los indicadores. Posteriormente, se archivó la información por tema con un título breve: "control de casos de IRA". Se incluyeron también las conclusiones del análisis trimestral. El sistema facilitó el acceso a la información sobre el desempeño de un establecimiento de salud en particular, o de un proveedor de salud o algún tema en especial.

Para efectuar el seguimiento de la información sobre el desempeño, el equipo del distrito creó formularios de tendencia en los que se registraban por fecha los distintos resultados de la evaluación de un determinado tema. Para hacerlo de una manera más global, el equipo trabajó también en la creación de un puntaje global llamado el "índice de calidad". Se capacitó a todos los supervisores en la organización del sistema de almacenamiento y se les encomendó que se encargaran de archivar sus informes en las carpetas de los establecimientos de salud. El especialista en información de salud del distrito se encargó de mantener el sistema de archivos y de llenar los formularios para resúmenes cuando se disponía de datos nuevos.

Para limitar el acceso a la información, el equipo del distrito organizó un sistema para restringir el acceso al equipo del distrito y a todos los supervisores. Los proveedores de salud pudieron tener acceso a sus propios archivos, pero no a los de otros. No se podían sacar los archivos de la sala sin la autorización de la persona encargada del sistema de información de salud. Cada vez que la persona se llevaba un archivo, se lo registraba en un formulario especial.

estos hospitales no tienen conocimiento de las normas para sospechar casos de tuberculosis, o no cuentan con los recursos para efectuar exámenes de esputo. Cuando no hay un patrón que sea uniforme, se deben analizar las situaciones especiales caso por caso.

- **¿Cuál es la tendencia en materia de desempeño?** El sistema de vigilancia está destinado a controlar los cambios en materia de desempeño. Porque el desempeño cambia naturalmente con el transcurso del tiempo, la tendencia es más importante que el desempeño absoluto en un momento dado.

Interprete y use los resultados

Después de identificar las brechas en el desempeño, es necesario identificar las causas fundamentales del desempeño deficiente y abordarlas mediante estrategias para mejorar la calidad.

¿Cuáles son las causas fundamentales del desempeño deficiente? Es probable que los resultados del sistema de vigilancia no ofrezcan suficiente explicación del desempeño deficiente. Algunas veces el desempeño deficiente se debe a la falta de conocimientos teóricos y prácticos (es decir, a la falta de competencia). Es obvio que es más fácil encarar algunas causas fundamentales que otras y que el problema en el desempeño se debe a una combinación de factores. Por ejemplo, se podría descubrir que a pesar de contar con todos los recursos y tener todos los conocimientos teóricos y prácticos necesarios, los proveedores de salud no tienen un buen desempeño por falta de motivación. En este caso, se deben estudiar los factores que influyen la motivación, aun cuando es probable que sea difícil encontrar un remedio para los que sean negativos.

La competencia es necesaria pero no suficiente para el buen desempeño porque son otros los factores que influyen, además de la motivación del proveedor de salud: los sistemas de incentivos, la presión que

ejercen los colegas, la disponibilidad de recursos y la eficacia de los servicios auxiliares. Algunas veces la vigilancia de la calidad de la atención puede incluir preguntas que apunten a la razón del desempeño deficiente. En otros casos, es necesario realizar un análisis especial que requiera la recopilación de más datos.

Es necesario probar la competencia de los proveedores de salud cuyo desempeño se ha identificado como deficiente. Si no resulta suficiente como para explicar las deficiencias de desempeño, evalúe los sistemas auxiliares y los recursos relacionados con las actividades de interés especial. Si la evaluación todavía no brinda una explicación adecuada, será necesario fijarse en los factores personales que ejercen influencia sobre el desempeño.

¿Cómo se mejoran las deficiencias de desempeño? Es poco probable que se pueda mejorar la calidad sin crear una intervención específica, pero el alcance de este manual no abarca la descripción de todas las formas posibles de mejorar la calidad. Las posibles intervenciones incluyen las siguientes:

- Brindar comentarios a los proveedores de salud acerca de su desempeño.
- Ofrecer capacitación en función de la competencia de los proveedores. A menudo se opta por ofrecer más capacitación a los proveedores como respuesta a un desempeño deficiente. Sin embargo, cuando la falta de competencia no es la causa del mal desempeño, la capacitación tendrá poco efecto.
- Proporcionar más recursos.
- Elaborar elementos ayudas memorias.
- Involucrar a los proveedores de salud en las técnicas para solucionar problemas y mejorar el proceso.
- Brindar incentivos para motivar al personal.

Disemine la información

El equipo de salud del distrito identificó tres maneras de diseminar la información sobre la calidad de la atención en su distrito.

1. **Retroalimentación en el lugar de trabajo.** Se prepararon los formularios de recopilación de datos para permitir a los supervisores calcular los indicadores rápidamente y estar en condiciones de analizar los resultados con los proveedores de salud inmediatamente después de la evaluación.
2. **Retroalimentación en grupo.** Se aprovecharon las reuniones trimestrales del distrito para abordar los problemas de calidad de la atención mediante la presentación de los resultados de evaluación a todo el grupo. Este proceso no señaló quiénes eran las personas culpables, sino que se concentró en los problemas sistemáticos.
3. **Distribución de un boletín informativo.** El distrito inició la producción de un boletín informativo trimestral, llamado "Quality Focus" (Enfoque en la calidad), que resumió lo tratado en las reuniones trimestrales en temas claves relacionadas con calidad de la atención. El público lector de este boletín informativo fue de alrededor de 200 personas, incluso personal de atención de la salud, autoridades administrativas, dirigentes de la comunidad y políticos.

Prepare un sistema para el almacenamiento y la recuperación de los datos

Una vez que se recabe la información periódicamente y se la tenga disponible, es necesario almacenar los datos para poder utilizarlos posteriormente. Una base de datos computarizada puede producir gráficos que representen la tendencia que se observa con el tiempo y puede calcular y preparar fácilmente el análisis. Sin embargo, el sistema computarizado puede estar más allá de los recursos y de la capacidad de la mayoría de los distritos en los países en desarrollo. En esos casos, se deben preparar formularios especiales para organizar la información por unidad de análisis (por ejemplo, proveedor de salud, establecimiento de salud, distrito o región). Un buen lugar para guardar las copias impresas es un armario de archivos.

Será necesario realizar actualizaciones periódicas para incluir aquella información que provenga de nuevas evaluaciones de la misma condición de salud, o información recabada durante el control de otros problemas de salud. Dicho sistema tiene que ser fácil de usar y se debe designar a una persona para que se encargue del mismo.



El carácter asequible de la información tiene una importancia fundamental. La información debe usarse y tiene que haber fácil acceso a la misma. Ello plantea la cuestión de quiénes serán los usuarios de la información y cómo se puede garantizar que los usuarios sepan cómo tener acceso a la misma. Se debe crear un sistema de recuperación de datos con instrucciones claras de uso.

Disemine la información

Básicamente, hay dos tipos: la retroalimentación que se ofrece al personal y la diseminación a otros públicos.

■ **La retroalimentación sobre los resultados al personal** cuyo desempeño se evaluó constituye un paso obligatorio. La gente o la institución cuyo desempeño se evaluó quiere y necesita conocer los resultados. Una buena estrategia para la evaluación de la calidad debe incluir la presentación de los resultados a toda la gente que participó en la evaluación. Se lo puede hacer mediante una presentación al grupo, en el que estén representados varios niveles del sistema de salud, y complementará la primera retroalimentación que haga el supervisor al final de la visita. Es fundamental dedicar suficiente tiempo a la retroalimentación para analizar junto con los proveedores de salud los posibles motivos del desempeño deficiente y el equipo de evaluación puede empezar a trabajar con ellos en las posibles soluciones. Todo supervisor efectivo formula preguntas como parte de las observaciones a fin de entender por qué los proveedores de salud no cumplen las normas.

Un efecto importante que tiene la retroalimentación es que la gente comienza a tomar medidas para mejorar su desempeño. El hecho de que sepan qué aspectos son deficientes constituye un incentivo para corregirlos. Para que la retroalimentación sea efectiva, tiene que hacerse de una manera positiva. Es probable que esto sea obvio, pero si se presentan los resultados de una manera rigurosa, la gente se desalienta. La retroalimentación debe comenzar con las buenas noticias (es decir, aquellas actividades que se realicen bien y cuya calidad sea satisfactoria). Posteriormente, cuando llegue el momento de señalar las deficiencias de calidad, se lo debe hacer de una forma que no resulte amenazadora.

Por ejemplo, los supervisores tienen que decir a los proveedores de salud que les brindarán apoyo y que les ayudarán a mejorar su desempeño. El supervisor debe comportarse más como un “coach” que un inspector. La mayoría de las veces los

problemas residen en un proceso o sistema mal preparado u organizado y no son consecuencia de la falla específica de alguna persona. Sin embargo, la evaluación del desempeño del personal es siempre un tema sensible porque se emiten juicios de valor sobre la competencia de una persona. Los supervisores tienen que ser lo más diplomáticos posible en estas sesiones, además de esforzarse por hablar sobre la evaluación de manera tal que no perjudique la imagen que el proveedor de salud tenga de sí mismo.

■ **Se puede realizar la diseminación de los resultados de la vigilancia a un público externo** por varias razones. A continuación aparecen algunos ejemplos:

- a) Reconocer a los que tengan mejor desempeño, motivar a otros y fomentar una buena competencia entre los proveedores para que sean mejores. Ello se puede lograr con la publicación de las mejores prácticas.
- b) Vincular los datos de desempeño con un sistema especial de compensación e incentivos. Un sistema de vigilancia eficaz podría representar una fuente de datos objetivos para tomar decisiones imparciales para los ascensos del personal.

Se puede emplear una **serie de estrategias para la diseminación**: (a) se puede realizar un taller de diseminación como foro para presentar y analizar los resultados del sistema de vigilancia, (b) el desempeño de las unidades de salud puede constituir un tema de análisis en las reuniones de la administración, (c) se puede usar los resultados del desempeño durante una sesión de revisión del programa, ya sea como una línea de base o para evaluar el impacto de determinadas intervenciones y (d) los boletines informativos y demás materiales pueden constituir un vehículo para despertar el interés y conocimiento entre los diversos niveles del sistema de salud con respecto a problemas de calidad que hayan detectado el sistema de vigilancia.

