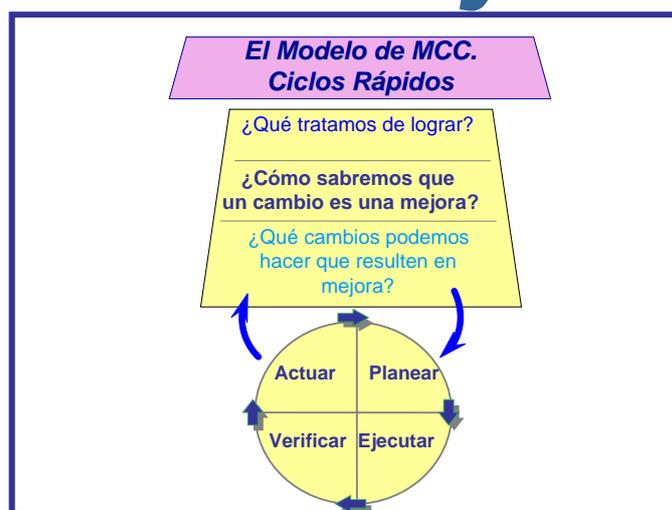




PROYECTO “FORTALECIMIENTO DE LA SALUD”.
MSPAS-USAID

Cuaderno de Trabajo



Mejoramiento Continuo de la Calidad. Ciclos Rápidos

El Salvador, Marzo, 2009

Créditos:

Edición:

Proyecto Fortalecimiento de la Salud. Orden B. MSPAS-USAID:

Dra. Guadalupe de Razeghi. Asesora del Componente de Calidad

Dra. Esperanza de Aparicio.

Este documento ha sido posible gracias al apoyo del pueblo de los Estados Unidos, elaborado bajo los auspicios del programa de USAID para el Fortalecimiento de la Salud y la Educación, en apoyo al programa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Los puntos de vista/opinión de los autores, no reflejan necesariamente los de USAID o los del Gobierno de los Estados Unidos.

Impreso en El Salvador

Primera publicación, Febrero del año 2009; 1000 ejemplares

Se permite la reproducción total o parcial de este manual, con previa autorización de URC.

Nota: Cuando se refiere este documento a los usuarios y proveedores, implica ambos géneros.

Índice:

Presentación	4
Sesión 1:	6
2. Marco legal.	
3. El concepto de calidad.	
4. El concepto de atención en salud.	
5. Oferta y Demanda.	
6. Dimensiones de la calidad.	
Sesión 2:	14
1. Estructura de apoyo para el MCC.	
2. Formas de abordar un problema de calidad.	
3. Mejoramiento Continuo de la Calidad.	
4. El Modelo genérico de MCC.	
5. El cambio como base para el modelo de los Ciclos rápidos. La secuencia de la mejora.	
Sesión 3:	25
1. El modelo de los Ciclos rápidos de MCC a partir de la	
2. definición de estándares de los procesos del SI-CONE-PF.	
3. Descripción del SI-CONE-P.F.	
4. Selección de estándares	
5. Operacionalización de estándares.	
6. Uso y presentación de datos en un Ciclo Rápido	
7. La variabilidad.	
Sesión 4:	31
1. Elementos esenciales para aplicar el MCC	
2. Fases de aplicación del MCC.	
3. Sistema de Evaluación	

Bibliografía

Presentación:

Con el apoyo de la USAID bajo la asistencia técnica del proyecto “Fortalecimiento de Salud” orden de trabajo B, el MSPAS han desarrollado iniciativas de mejora continua de la calidad utilizando los ciclos rápidos de mejora y la autoevaluación utilizando estándares de calidad de los procesos de atención en planificación familiar, obstétricos, neonatales y de prevención de infecciones de origen nosocomial, las cuales constituyen la experiencia de la que se ha partido para formular la Guía Técnica de Mejora Continua de la Calidad, documento normativo para todos los servicios de salud, editado en enero de 2009.

Con el propósito de facilitar el conocimiento sobre la estrategia de Mejora Continua de la Calidad y el uso de dicha guía se han tenido talleres de trabajo con el personal técnico de URC y sesiones de aprendizaje con el personal de los Comités Regionales y Locales de Salud, los cuales han servido de base para elaborar el presente documento, el cual está dirigido en orden decreciente al personal de los tres niveles a.) Local: establecimientos de primer nivel y de forma particular a los hospitales, como encargados directos del proceso de atención, b.) Regional en su función de apoyo y asesoría para los establecimientos de salud y c.) Superior como conductores de la gestión de los programas de atención.

El objetivo de este documento es que la audiencia tenga una herramienta de **autocapacitación y consulta** para profundizar los conocimientos y aplicar de forma oportuna y correcta la Guía Técnica de Mejora Continua de la Calidad de los servicios de salud.

El documento esta dividido en cuatro Sesiones de Trabajo, siguiendo el orden de los capítulos de la Guía Técnica de MCC; cada sesión consta de los siguientes apartados: el objetivo esperado, material de lectura, la tarea a realizar y una prueba rápida.

Objetivo del Cuaderno de Trabajo:

Capacitar al personal técnico de URC, conductor y operativo de MSPAS/Sector, sobre los aspectos teóricos y contenidos de la Guía Técnica para el Mejoramiento Continuo de la Calidad. 1er. Edición MSPAS enero 2009. (GT MCC.2009)

Metodología del Cuaderno de Trabajo:

El Cuaderno de Trabajo consta de:

- i.) Un insumo teórico, para elaborarlo se ha revisado experiencias internacionales, documentos producidos por el Proyecto QAP en diferentes partes del mundo y literatura fundamental que determina el marco teórico de la estrategia de Mejoramiento Continuo de la Calidad, así como la experiencia recientemente generada en el MSPAS con la implementación en 12 maternidades del país.
- ii.) Tarea por sección, en base al contenido de la Guía Técnica y dirigida a complementar la lectura.
- iii.) Prueba rápida en la que se entrecruzan diversos contenidos para aplicar el MCC.
- iv.) Revisión reiterativa de los documentos: Guía Técnica de MCC www.mspas.gob.sv. Documentos regulatorios en el acápite de guías y del Informe Ejecutivo de Línea Basal de Estándares SI-CONE-P.F.

Sesión

1

Objetivo de la sesión:

Al finalizar la Unidad, los participantes tendrán los conceptos y herramientas necesarias para:

1. Conocer el marco legal que respalda al Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC).
2. Interpretar la definición de calidad y los principios.
3. Valorar la importancia de aplicar este proceso en las Unidades Operativas del Ministerio de Salud.

I. Contenido Teórico

1. Marco Legal que respalda el MCC en el MSPAS:

La calidad de los servicios de salud no había sido un tema sobresaliente en las reformas del sector hasta la Primera Cumbre de las Américas celebrada en Miami, Estados Unidos, en diciembre de 1994, en la cual los gobiernos se comprometieron a incorporar mecanismos para garantizar el acceso y la mejora de la calidad de los servicios en sus procesos de reforma¹

Cuadro 1. FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA. OMS/OPS

1. Seguimiento, evaluación y análisis de situación de salud
2. Vigilancia en Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños
3. Promoción de la salud
4. Participación de la comunidad
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional para planificación y gestión
6. Fortalecimiento capacidad de Regulación
7. Acceso equitativo servicios de salud
8. Desarrollo y capacitación de Recursos Humanos
9. **Garantía y mejoramiento calidad de Servicios**
10. Investigación
11. Reducción impacto emergencias y desastres

¹ Ross G., Cevallos J., Infante A. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Rev. Panamericana de Salud Pública 2000; 8: 93-7.

También existen otros acuerdos internacionales que deben cumplir las autoridades de salud pública de los países, entre ellas cabe destacar el cumplimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) (Cuadro 1), siendo la número nueve la relacionada con la Garantía y mejoramiento de calidad de servicios de salud individuales y colectivos. El Salvador fue evaluado en dos ocasiones respecto a las FESP, quedando catalogado en el cumplimiento de la función de Garantía de la Calidad en el cuartil de desempeño mínimo (0.11 en 2001 y 0.06 en 2005).

A nivel nacional el país ha venido trabajando en el tema de calidad desde los 90's, con apoyo de diferentes cooperantes entre los que cabe destacar a la GTZ, JICA y USAID, producto de estas experiencias el MSPAS se comprometió más en la calidad, siendo explicitada en el enunciado de la misión institucional y muy especialmente a través de la promulgación del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, publicado en 2006. El programa define una estructura específica que se comenta en la Sesión 2.

El Programa descansa en 6 ejes, (Cuadro 2). Los primeros 4 se relacionan con la

Cuadro 2.

EJES DE TRABAJO DEL PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD. MSPAS. 2006

1. Establecer un sistema de *categorización* de los establecimientos de atención del sector salud, con base estándares de calidad previamente establecidos.
2. Establecer un sistema de *habilitación* de los establecimientos de salud.
3. Promover iniciativas de *certificación* de los profesionales de salud, a las instancias correspondientes.
4. Promover iniciativas de *acreditación* de las instituciones de salud.
5. Establecer un proceso de mejora continua de la calidad en los establecimientos de salud del sector salud
6. Desarrollo de un plan de capacitación para promover la cultura de la calidad

función reguladora de la calidad: categorización de establecimientos, habilitación de establecimientos, certificación de profesionales y acreditación de establecimientos, los cuales constituyen los mecanismos externos de garantizar la calidad. Es de hacer mención que estos

ejes no se han desarrollado en esta administración.

El MSPAS se ha centrado como base para el programa de la calidad en los ejes 5 y 6, relacionados con la mejora continua de la calidad y la capacitación para promover una cultura favorecedora de la calidad, los cuales conforman los mecanismos internos de la garantía de la calidad.

2. Antecedentes históricos de Calidad en Salud:

Las primeras pruebas de aplicación de calidad en los servicios de salud se encuentran en el Código de Hammurabi, (1792 a C), que establecía la multa del médico si se dañaba un órgano por resultado de la atención en salud, basándose en la premisa de "ojo por ojo" y los honorarios y la multa estaban estipulados según el médico atendiera a un libre o esclavo.



Como pioneros de la calidad, cuyos aportes fueron utilizados en la industria cabe destacar a tres: Edwar Deming, Joseph Juran y Walter Shewhart. Después de la segunda guerra mundial y con ocasión de ayudar a Japón en la postguerra el general McArthur llevó al Ing. Edward Deming y posteriormente al Ing Joseph Juran, para que aplicaran conceptos de calidad que habían utilizado en Estados Unidos, a pesar que no habían tenido el impacto esperado en sus congéneres. El Ing. Juran incorpora el concepto de cliente y el principio de Pareto (80/20). El aporte del Ing. Walter Shewhart fue introducir la estadística para analizar los procesos y el ciclo PEVA. El trabajo en Japón de estos pioneros fue muy exitoso en la industria y la calidad fue evolucionando paulatinamente desde control de calidad, cuya

responsabilidad recaía en una unidad específica a gestión de calidad bajo la responsabilidad de todos los miembros de la organización.



De la experiencia en la industria se retoman los conceptos en el área de salud y es el Dr. Avedis Donavedian, (1919-2000) hijo de padres armenios nacido en Líbano y

radicado en Estados Unidos, que da un impulso amplio para introducir la calidad a través de varios escritos y trabajos en los servicios de salud. Una de las mayores aportaciones fue la definición de calidad aplicada a salud e introducir el enfoque de sistema (Entrada, proceso y resultados) para medir dicho concepto.

3. Concepto de entrada, proceso y resultados aplicados a la Calidad en un sistema de Atención:

La calidad ve todo el accionar en términos de procesos y sistemas. Cuando hablamos de Teoría de Sistema² aplicado a los servicios de salud entendemos como **sistema** a un conjunto de elementos (organizaciones, personal, materiales, procedimientos) relacionados para un fin común (funciones, resultados), siendo el sistema más que la suma de sus partes, por lo cual un cambio en un elemento afecta a todo el sistema. Los sistemas pueden ser cerrados y abiertos de acuerdo a las influencias que lo modifican, el sistema de salud se clasifica como abierto, ya que es influenciado por el medio ambiente que le rodea. Un proceso se diferencia de un sistema en que se define como los pasos secuenciales a través de los cuales los aportes de los proveedores se convierten en productos para los usuarios.

La base detrás de la teoría de sistema es que entradas de calidad y especialmente procesos ejecutados con calidad producirán resultados de calidad.

Todo sistema consta de tres elementos: a.) Entrada, b.) Proceso y c.) Salida/resultado

² Teoría General de Sistema. Van Gigch. Editorial Trillas. Año xxx.

los cuales aplicados al sistema de atención en salud son:



- Definir su problema y priorizar necesidades.
- Establecer el diagnóstico.
- El manejo o tratamiento.
- Coordinación con otros niveles para referencia, prevención, cuidados por problemas agudos o crónicos y rehabilitación, si es el caso.

❖ Salida/Resultado

- Consecuencias de la interacción entre el usuario y el sistema de salud. No es componente del proceso de atención y se ve influenciado, directa e indirectamente, por la estructura y los procesos.
- Se consideran resultados en: la utilización de salud, estado de salud y satisfacción de usuarios.

- ❖ Entrada: Los recursos necesarios para producir un servicio o bien
 - Conducto por el cual se entrega y recibe la atención.
 - Comprende los recursos materiales, financieros, infraestructura y financieros, las normas e instrumentos.
 - Responde a la preguntas *¿con qué se hace la atención?*

- ❖ Proceso: la secuencia de pasos para brindar y recepcionar la atención o intervención de salud. Es la aplicación de las normas y las evidencias y el uso de los insumos. Es el punto de *interacción entre usuarios y proveedores*.

- El proceso convierte las entradas en resultados, generando un valor agregado. Durante el proceso es importante destacar la necesidad de una buena comunicación, la construcción de la confianza con el usuario, el brindar la información suficiente y necesaria para que el usuario participe en la decisión sobre su manejo.
- Responde a la pregunta *¿qué se hace en la atención?* ¿cuáles son los pasos que tiene que pasar una usuaria para:

Un **proceso** se define como los pasos secuenciales por medio de los cuales las entradas o insumos se convierten en salidas o resultados. Ejemplo clásico la licuadora a lo que ingresan frutas y sale un refresco. En salud un ejemplo de proceso sería la atención para el recién nacido, la atención del parto, el suministro de anticonceptivos, el flujo de la información epidemiológica, etc.

Es importante identificar los pasos de un proceso y analizar si existen pasos duplicados, ausentes, redundantes, no clarificados, en los que hay obstáculos o mayores tiempos de espera, los cuales se denominan debilidades o cuellos de botella del proceso; para ello se utilizan herramientas como el análisis de proceso o flujogramas. La mejora del proceso es una de las principales funciones del mejoramiento de la calidad. El uso correcto de las herramientas no es objeto de este cuaderno. Puede apoyarse en la web:

4. Medición y Definición de la Calidad



Shewhart creó el triángulo de la gestión de la calidad, enfatizando en tres pasos, los cuales se han adaptado a la estrategia de Mejora Continua:

1. Definir la calidad
2. Medir la calidad
3. Mejorar la calidad

Los cuales describimos a continuación:

4. 1. Definición de calidad:

Es claro que la calidad es un valor y parte de una percepción, por lo que se debe definir contra un patrón de comparación.

Según lo establece la Guía Técnica de MCC (Pág. 10) la calidad se considera como:

Un grado, es decir hay una variabilidad de un establecimiento a otro, de un proceso a otro, en el mismo proceso de un momento a otro, respecto a un patrón; por ello se considera que la calidad no es estática. Como patrón se pueden utilizar i.) Las

dimensiones o *determinantes* de la calidad y ii.) Los *estándares* respecto a las normas de atención, de los cuales se tratará en la sesión 4. Este patrón debe ser establecido para las personas, la familia y la comunidad, según el proceso que se estudia; cuando se habla de calidad de atención se recomienda enfocarse en la atención intramural. Es de notar que los usuarios en esta definición no participan definiendo el concepto de calidad.

La definición establece como *rol de los servicios* el garantizar un acceso con las siguientes *determinantes*: oportunidad, continuidad, ética, eficiencia, eficacia, efectividad, equidad, seguridad, integralidad y calidez, las cuales están caracterizadas en la pág 10 de la GT MCC.2009.

Es importante en este momento destacar que la calidad es una moneda que tiene dos caras, por un lado la cara técnica y por otra la relacional conocida como calidez, por lo tanto, al hablar de calidad hablamos simultáneamente de la calidad técnica determinada por el proveedor y la relacional determinada por el usuario; de esta forma estamos utilizando el concepto de calidad en forma integral.

4.1.1. Los principios de la calidad:

En cualquier esfuerzo por aplicar la calidad se debe seguir cuatro principios:

- a. Trabajo en equipo
- b. Enfocado en procesos y sistemas
- c. Enfocado en el usuario tanto externo como interno
- d. Basado en evidencias por lo que el uso de datos es primordial.

a.) *El trabajo en equipo*: Un equipo es “un grupo de trabajo de alto desempeño cuyos miembros dependen los unos de los otros y comparten un objetivo de desempeño común”. Considerando la teoría de sistema se postula que para resolver un problema debe hacerse en forma interdisciplinaria y transdisciplinaria, considerando a los actores del proceso de atención que se esté mejorando.

b.) *Centrado en Procesos*: Hemos visto que calidad de atención se define durante la interrelación entre el proveedor y el usuario y ésta se realiza durante el proceso de atención, por ello debemos centrarnos en la mejora de procesos en forma particular.

c.) *Centrado en los Usuarios*: De tal manera que se satisfagan las expectativas y necesidades de los usuarios, los cuales deben ser estudiados, conocidos y tratados. Como se menciona en párrafos anteriores, de acuerdo a los usuarios la calidad tiene dos perspectivas:

- La del usuario *interno (Técnica)*
- La del usuario *externo (Relacional)*

Y ambas perspectivas deben conjugarse; si los usuarios externos no utilizan los establecimientos, de nada sirve tener una calidad técnica apropiada, en otras palabras nos debemos a los usuarios.

d.) *Basado en evidencias*: Los datos se utilizan para estudiar el problema, proponer la solución y medir el impacto. Un axioma muy utilizado en calidad dice “Lo que no se mide no se mejora”, por ello es básico tener evidencias de que se están obteniendo los efectos esperados tal como fueron planeados los cambios, caso contrario se replantea el cambio y las acciones para alcanzarlo. De esto trataremos más ampliamente en la sesión 3.

La medición de los datos en MCC son utilizados para:

- ❖ Identificar oportunidades e iniciar los proyectos de mejora
- ❖ Detectar y evaluar los problemas
- ❖ Verificar posibles causas de problemas
- ❖ Informar a los tomadores de decisiones
- ❖ Mostrar si los cambios propuestos resultan en mejora y están produciendo los resultados planificados
- ❖ Monitorear el proceso y verificar si los cambios se mantienen en el tiempo.

Los datos para producir las evidencias pueden ser cuantitativos (estadísticas vitales) o cualitativos (opiniones, percepciones de usuarios internos y externos).

4. 2. Medición de la calidad de atención:

Medición es la verificación sistemática del grado de desempeño de un proceso

El desempeño técnico es el grado en el cual las tareas o procedimientos en los procesos de la atención son realizados por los profesionales en los establecimientos de acuerdo a las expectativas o a través del grado de cumplimiento de estándares e indicadores (Calidad Técnica).

Debido a que la existencia de las entradas aumentan la oportunidad de atención pero no la garantiza, actualmente se considera que la Calidad se mide mejor cuando hay interacción entre usuarios y proveedores³, lo cual se da solo durante el proceso de atención. Medir la calidad por la instrumentación, equipamiento y el ambiente en que se desarrolla la atención estudiando si la infraestructura y el equipo es adecuado, las cualificaciones del personal y su organización, la estructura administrativa y forma de operar de los programas e instituciones, la organización fiscal se basa en la premisa que un ambiente habilitante es seguido de una buena atención médica. La medición es bastante objetiva, pero tiene la limitante de que no se puede establecer una relación directa entre entradas y resultados, por otro lado pueden existir los insumos y una buena estructura, pero no llegar los pacientes en forma oportuna, o no son diagnosticados y tratados en forma oportuna y adecuada al caso; es más, la presencia de entradas no garantiza que haya interrelación proveedor-usuario, requisito indispensable para que se de la calidad de atención.

4.2.1. Formas de medir la calidad:

Por ello se destacan dos formas de medirla:

³ Referencia 2.

- A. A partir de la aplicación de los procesos de atención en los cuales se hace entrega y recepción de las intervenciones de salud
- B. De los resultados obtenidos en términos de consecuencias de la atención que pueden ser influenciados directa e indirectamente por la estructura y los procesos.

Al medir la calidad a través de los *resultados* de la atención se le debe considerar en términos de: recuperación, restablecimiento y sobrevida. Sin embargo, muchas veces el resultado no depende directa y exclusivamente de la intervención de los servicios de salud y por otro lado, podemos tener un buen resultado con mala calidad de vida. Aunque algunos resultados pueden ser medidos en forma objetiva, otros como la satisfacción de los usuarios o la rehabilitación pueden ser muy subjetivos y su medición no nos dice mucho sobre las fortalezas o debilidades a las que atribuir tal resultado. Por ello, su medición en términos de medir calidad debe ser realizada con mucha discriminación a pesar que son los que validan al final la efectividad y calidad de la atención.

La otra forma de medir la calidad es examinar *el proceso*, considerando si la atención fue apropiada, completa, sin redundancias o duplicaciones en las intervenciones aplicadas e información obtenida en la historia clínica, el examen físico y las pruebas diagnósticas; la justificación y correlación del diagnóstico y tratamiento, la competencia técnica en el desempeño de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, incluyendo la cirugía; evidencias de manejo preventivo en salud y enfermedad; continuidad y coordinación entre los niveles de atención, aceptación de la atención por el usuario, etc. Para esta medición deben establecerse los estándares adecuados, como veremos en la Sesión 3. Los cuales deben tener las siguientes **características**:

- ❖ **Realistas:** Es decir, pueden ser medidos en el tiempo con los recursos existentes. En el dado caso que sea importante medir un estándar para el que no existen fuente de medición, se inicia el

proyecto de mejora con el diseño de las mismas.

- ❖ **Creíble:** Manteniendo iguales todos los factores que influyen en el estándar, la aplicación del estándar para un proceso o intervención específica produce el mismo resultado.
- ❖ **Válido:** El estándar se basa en evidencia científica o en una experiencia aceptable.
- ❖ **Claro:** El estándar es comprendido de la misma manera por todos los involucrados y no es sujeto de mala interpretación o distorsión.
- ❖ **Medible:** El desempeño de acuerdo al estándar puede ser evaluado o cuantificado

II. Tarea:

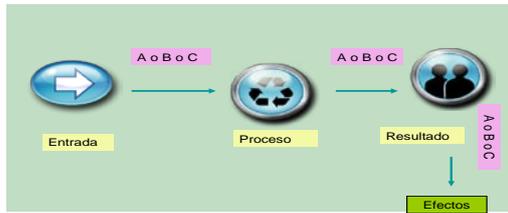


Estudie en la pag. 10 de la Guía MCC el significado de las determinantes de calidad y defina formas de medirlas. Compare con definiciones de diccionario. E incluya además la efectividad. Para lo cual puede apoyarse en la web. colocando por ejemplo la palabra específica en el buscador de Google.

III. Prueba Rápida:

1. En el siguiente diagrama se muestra la interrelación de las determinantes de la calidad con los elementos de la teoría de sistema aplicado al proceso de producción de servicio. Con base en el significado que ha leído en el manual de las determinantes de efectividad, eficiencia, eficacia, ¿Cuál sería el orden (A= eficiencia B= Eficacia y C= Efectividad) en que las colocaría en el diagrama siguiente?:

Relación entre eficiencia, eficacia y efectividad y teoría de sistema



Pregunta 2.

¿Qué acciones realizaría a nivel operativo para asegurarse que los 4 principios de calidad están siendo considerados en la definición de calidad?

Hasta el momento hemos visto dos aspectos del triangulo de Shewhart: definir y medir lo que consideramos calidad. Pasamos al tercer y último aspecto en la Sección 2: el Mejoramiento Continuo de la Calidad.

Sesión

2

Objetivo de la sesión:

Al finalizar la Unidad, los participantes tendrán los conceptos y herramientas necesarias para:

1. Identificar los roles de la estructura organizativa para el desarrollo del MCC
2. Conocer los diferentes enfoques para la solución de problemas de la calidad y cuando utilizarlos.
3. Conocer los aspectos teóricos que respaldan la estrategia de Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC).
4. Conocer las diferencias entre el modelo genérico y el de Ciclos Rápidos.

Contenido Teórico

1. Estructura de Apoyo para el MCC:

La Guía Técnica de MCC considera la conformación de equipos multidisciplinarios denominados Comité de Calidad, en cada uno de los tres niveles jerárquicos del MSPAS: Superior, Regional y Local. El trabajo en equipo permite que las experiencias personales enriquezcan la mejora, crea sentido de pertenencia, solidaridad y se comparte conocimientos.

La existencia de estos equipos de trabajo no significa la creación de una estructura paralela, sino la distribución de roles y responsabilidades de forma funcional. En general la experiencia internacional ha mostrado que la calidad no es responsabilidad de una sola unidad, sino que debe ser compartida por todos y cada uno de las personas. El promover, incentivar y asesorar a que se trabaje con calidad debe ser una de las principales funciones de los comités. A nivel local puede existir un comité de calidad del establecimiento responsable de estas funciones; el cual puede verse a la vez apoyado por subcomités, según el proceso de mejora que se trate, para involucrar a los expertos en el tema. El modelo descansa en la *autoevaluación* debido a que nadie conoce mejor los cambios que se deben realizar que los directamente involucrados en el proceso. Según el

Programa Nacional de Garantía de la Calidad, la estructura está formada por tres tipos de comités: a.) El Comité Directivo de la Calidad conformado por todas las direcciones del nivel superior, bajo la secretaria de la Dirección General de Salud. b.) Un Comité Nacional de la Calidad, al cual pertenecen técnicos de las direcciones del nivel superior, bajo la coordinación de la Dirección General de Salud, cuyo objetivo es: "Conducir los procesos para la implantación efectiva del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, a través de la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación del plan de acción del comité nacional de calidad" y c.) Comités Regionales y Locales de calidad.

El rol conductor le corresponde al Comité Nacional de Calidad, quien además elabora el plan anual de calidad, la capacitación del personal, el monitoreo a las regiones, organiza los encuentros nacionales de intercambio, el foro anual y recopila las mejores ideas de cambio para institucionalizarlas y las lecciones aprendidas para retroalimentar el proceso.

El rol de facilitador del proceso de mejora continua le corresponde al Comité Regional de Calidad garantizando que los planes y compromisos de gestión contemplen las actividades a desarrollar en el Programa de Calidad, asesora y estimula a los comités locales, organiza los encuentros regionales, recopila las mejores experiencias para fomentar el intercambio y las lecciones aprendidas para retroalimentar el proceso en su nivel.

Los comités locales son los directamente responsables de implementar los cambios, retroalimentan sobre aplicación de la metodología y las herramientas.

Los comités locales pueden disolverse si el proceso de mejora se institucionaliza o pueden tomar otro proceso de atención. En el país se han creado a nivel local dos tipos de comités, uno a nivel de gerencia conformado por las jefaturas medicas, enfermería, la dirección del establecimiento y otro mas operativo, de acuerdo a la temática específica, conformado por los actores de los procesos en mejora, que para el caso son el prenatal, parto, puerperio, atención de RN y planificación familiar. El primero es el responsable de la institucionalización, promoción de la mejora

de calidad, y apoya en aspectos gerenciales al comité operativo.

Los miembros de los comités deben ser personas con responsabilidad, voluntad y entusiasmo, con capacidad de decidir respecto al proceso en cuestión. Se recomienda que al menos una persona en cada comité tenga habilidades en cuatro aspectos: i. Técnicas: para entender los formularios de recolección, el uso de datos, metodología de MCC. ii.) Facilitación de grupos utilizando técnicas de educación de adultos. iii.) Trato con personal: comunicación y liderazgo. iv.) Autoridad delegada.

2. Métodos para mejorar la calidad:

La experiencia de aplicación de la calidad ha evolucionado desde la forma tradicional en salud: las normas se cumplan, se haga monitoreo, capacitación, ayudas de trabajo; la garantía de la calidad: trabajo en equipo, análisis de procesos, monitoreo de datos, enfocarse en el cliente, coaching y el colaborativo: en el cual la solución de un problema común se comparte, se define un

Cómo puede mejorarse la calidad

- **Método tradicional** : Cumplimiento de normas, capacitación, uso de ayudas de trabajo, supervisión, dotación de materiales y equipo.
- **Mejoramiento de la calidad** : trabajo en equipo, análisis de procesos, medición de datos/estándares, enfoque en el cliente, coaching (asesoramiento, acompañamiento a partir de las fortalezas del personal).
- **Compartir experiencias** : ante un problema común, construcción de cambios, aprendizaje, mejores prácticas, rápida diseminación

paquete de cambios, se comparten experiencias.

Se han aplicado diferentes estrategias para la calidad: i.) Aumentar recursos, contratación de personal, mejora presupuestaria. ii) Estructura de apoyo para la calidad, creando unidades organizativas responsables de la calidad. iii.) Creación de equipos de mejora. iv.) Colaborativos, en los cuales un grupo de unidades o establecimientos comparten experiencias logrando un aprendizaje e implementación

de calidad más rápidamente. v.) Uso de estándares para medición de la calidad. vi.) La Mejora Continua de la Calidad, entre otros. No existen evidencias con estudios científicos que demuestren la efectividad de una estrategia específica. La mayoría de las experiencias utilizan varias. La Guía Técnica de MCC utiliza la Mejora continua de la calidad, el uso de estándares, los comités de calidad, sesiones para compartir experiencias.

3. Formas para abordar un problema de calidad:

A través del tiempo la solución de problemas de la calidad se ha realizado utilizando diferentes enfoques de acuerdo a la complejidad del caso⁴, en el Mejoramiento Continuo de la Calidad se utilizan los siguientes:

- i.) **Resolución de problemas ó Modelo Genérico**, se identifica el problema que produce la mala calidad, se analiza, buscan las causas que lo provocan y los efectos a los que conduce, se desarrollan e implementan soluciones y se aplican las siguientes variaciones:
 - a. Solución individual de problemas: en este caso no interviene un equipo de trabajo, el problema es simple y obvio para el individuo que lo detecta y no necesita planificar el mejoramiento.
 - b. Solución rápida de problemas en equipo: en esta situación un equipo de trabajo detecta el problema, analiza los pasos del proceso donde ocurre el problema y se centran en eliminar todos aquellos que no son vitales o que son redundantes para el logro del proceso. No requiere de mayor planificación.
 - c. Solución sistemática de problemas en equipo: Complementa el caso b. en el sentido que hace un análisis más profundo de las causas.

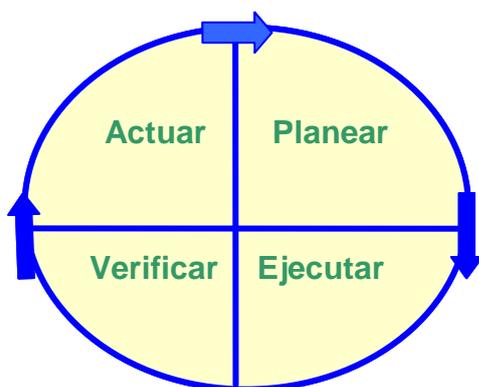
⁴ Quality Assurance Project. QAP. Un paradigma moderno para mejorar la calidad de la atención de salud. Rashad Massoud, Karen Askov, Jolee Reinke, Lynne Miller Franco, Thada Bornstein, Elisa Knebel y Catherine MacAulay

Utiliza más herramientas estadísticas.

Los principales problemas a mejorar en la calidad se refieren a:

- ii.) **Diseño/Rediseño de procesos:** se analizan los pasos del proceso, se eliminan obstáculos o pasos redundantes que no producen valor agregado o se definen pasos que no existen y son necesarios. Se puede tomar mucho tiempo realizarlo.

- a. El sistema no satisface los objetivos establecidos
- b. El sistema no proporciona los resultados predichos
- c. El sistema no opera como se planeó inicialmente



Mejora continua de la calidad (MCC):

Son ciclos sistemáticos de mejora para disminuir las brechas que inciden en el logro de los estándares según las dimensiones de la calidad. Se basa en los principios de gestión de calidad, centrado en el usuario, sistemas y procesos, trabajo en equipo y la evidencia.

El ciclo generalmente se inicia a partir de información que permite identificar, analizar problemas y establecer medidas correctivas, para asegurar la atención en salud

Ambos enfoques se basan en el *ciclo de la calidad* definido por Shewhart, también conocido como ciclo PEVA, el cual consta de cuatro pasos:

- **Planificar.** Consiste en estudiar el problema, analizar causas, elaborar el plan, recopilar datos, divulgar lo que se va a realizar
- **Ejecutar.** Se implementa el plan
- **Verificar.** Estudiar si se han logrado los resultados previstos
- **Actuar.** Realizar ajustes en caso que los resultados no se lograron o continuar con la mejora si se alcanzan los mismos.

Según la Guía Técnica, (Pág. 10) entenderemos como *mejora continua de la calidad*:

Al desarrollo de ciclos sistemáticos de mejora. Es decir están conformados de pasos que son iguales en todos los procesos y niveles de atención, los cuales sirven para determinar la diferencia (brecha) existente entre lo real y un patrón dado por los estándares. La palabra ciclo se refiere a una forma reiterativa de trabajo, debido a que la perfección no existe y a que la mejora realizada en el presente puede mejorarse más en el futuro.

- iii.) **Los Ciclos Rápidos,** los cuales permiten mostrar resultados sustanciales en menor tiempo. Esta técnica se estudia en el numeral 4 de esta Sesión.

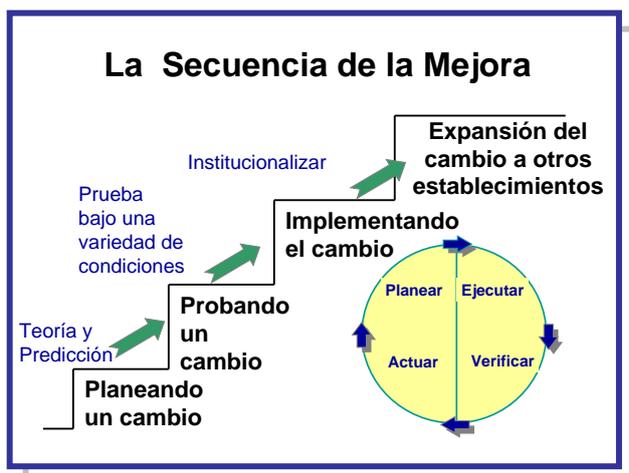
El mejoramiento conlleva los principios de la calidad que hemos mencionado en la Sesión 1, e integra el contenido de la atención dictado por las normas, protocolos y guías (Enfoque tradicional del mejoramiento) con la mejora del proceso de atención.

3. Mejora continua de la Calidad:

En general, mejoramiento significa transformación o cambio de un sistema para llevarlo cerca de un estándar (expectativas) o de su condición previamente establecida. En forma resumida podemos decir que mejoramiento es un proceso constante y progresivo de introducción de mejoras en los sistemas de una organización

4. La secuencia de la Mejora:

Según la experiencia que se ha tenido en Estados Unidos utilizando el ciclo PEVA⁵, en particular en el sector salud, se han establecido 4 fases para lograr que una mejora pase de la idea a la institucionalización: a.) Planeando un cambio. b.) Probando un cambio. c.) Implementando un cambio. d.) Expansión del cambio a otros establecimientos.



El mejoramiento continuo se logra a través de un *cambio*. Pero no toda *cambio* es una *mejora*.

Planeando un cambio: El cambio se planifica utilizando los conocimientos del problema que se quiere solucionar, estableciendo una hipótesis de trabajo y prediciendo el impacto que el cambio tendrá en dicho problema. Es decir, no se parte de actividades disgregadas sino de aquellas necesarias para lograr el cambio propuesto⁶. Sin embargo, hay que tener presente que no todo cambio lleva a una mejora, por ello es necesario probarlo a pequeña escala en una variedad de condiciones y mostrar que el cambio propuesto produce los efectos esperados.

Hay cuatro formas de hacer cambios:

- Reaccionar a problemas

⁵ Institute for Healthcare Improvement. Breakthrough Series College. September, 2004

⁶ Langley Gerald J., Nolan Kevin M., Nolan Thomas W., Norman Clifford L. and Provost Lloyd P. The improvement Guide a practical approach to enhancing Organizational Performance. Jossey Bass business and management series. 1996.

- Desarrollar cambios que son más de lo mismo
- Tratar de desarrollar el cambio perfecto
- Alterar el sistema en búsqueda de mejor desempeño. Buscar diferentes y mejores maneras de lograr los objetivos
 - Examinando el sistema actual, identificando posibles cambios, rediseñando el sistema existente
 - Inventando una idea nueva, rediseñando un nuevo sistema

Probando un cambio. Hay dos formas para probar un cambio:

- El método de *Prueba y error* puede llevar a la solución sin suficiente estudio de la prueba (El antes y después) o algunos hacen estudios extensos del problema antes del cambio o de la prueba queriendo encontrar el cambio perfecto. Esto puede llevar a parálisis, se sigue estudiando y no se hace la prueba.
- El método de *Prueba y Aprendizaje:* Los sistemas generalmente tiene retrasos contruidos dentro de ellos, por ejemplo los días que hay que esperar para tener una cita para consulta, por ello el cambio puede parecer un mejoramiento al inicio, pero puede resultar en consecuencias negativas; tiempo después, el mismo ejemplo de la consulta que incrementa los pacientes sin aumentar el número de médicos y a la larga incrementan los tiempos de espera.

Por eso es importante probar el cambio utilizando la técnica: prueba-aprendizaje. Para ello se desarrolla un cambio, se encuentra una forma de probarlo en pequeña escala para minimizar los riesgos y observar como el sistema reacciona ante el cambio en el tiempo. Un cambio puede tener buen resultado, o ser modificado o descartado. Cualquiera que sea el resultado deberá producirse un aprendizaje y por ello en la siguiente prueba o test se contará con mejor información y mayor conocimiento. La prueba no significa facilitar la decisión de mantener el sistema

actual, sino promover en el sistema el cambio continuo y la mejora.

Implementando el cambio. No es suficiente mostrar en una prueba que el cambio es una mejora, el cambio debe estar completamente integrado en el sistema. El Cambio no es un tema de solo planificar y tener una cuidadosa ejecución del cambio físico mismo. La gente afectada por el cambio debe sostenerlo, debe hacerse el proceso con la velocidad necesaria para ir obteniendo consensos. Alguna gente se resiste a los cambios, por ello debemos considerar que el cambio siempre conlleva una parte técnica y una parte emocional.

El cerebro procesa dos formas diferentes de pensamiento: la mitad izquierda es la fuente del procesamiento lógico: contar, construir y usar gramática y formar conclusiones lógicas. La mitad derecha nos permite ver el bosque, la gran foto, poesía, visualizar nuevas ideas: es la parte artística del cerebro. El cambio implica aspectos creativos y novedosos, depende del cerebro derecho.

El cambio es una predicción –si se hace el cambio, el resultado será la mejora. Esta predicción se hace y se desarrolla en un plan. Mientras mas conocemos como funciona el sistema en particular, mejor será la predicción y mayor el chance de que el cambio produzca una mejora. Construir conocimiento sobre cómo hacer los cambios y observarlos o medir los resultados son el fundamento de lo que ahora se llama la ciencia del mejoramiento y constituye la base para el método de los Ciclos Rápidos.

El cambio no se interpreta como una reacción a las cosas que usamos o quebramos: cambio de foco, cambio de aceite, cambio de llantas. Es importante reaccionar a las cosas cuando suceden, pero no debe ser la fuente de mejora.

Estamos hablando de cambio que:

1. No hubiera pasado a menos que alguien tome la iniciativa
2. Tiene a largo plazo un impacto significativo

Un cambio puede ser mejora para unos, pero una pérdida para otros. Nuevamente recordar el aspecto relacional y psicológico del cambio.

El objetivo organizacional es hacer cambios que resulten en mejoras desde el punto de vista del usuario o cliente. Este objetivo en la práctica tiene dificultades para ser alcanzado debido a que:

- No se dispone de todo el tiempo para lograr el objetivo.
- No todos piensan que un cambio sea mejor que las cosas que hacen hoy
- No se toman medidas para sobreponerse a la resistencia al cambio.
- No se reconoce cuando un cambio es una mejora. Los cambios deben ser probados y aun así una prueba bien diseñada no garantiza certidumbre.
- No se puede satisfacer puntos de vista diversos o cambiantes.

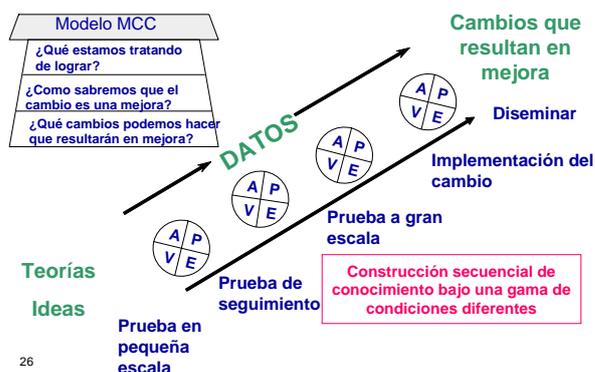
Expansión del cambio: Una vez se ha comprendido la metodología, aprendido y comprobado que los cambios producen la mejora planeada y que la gente ha insertado el proceso mejorado en la vida cotidiana, se procede a expandir la experiencia dentro del establecimiento, a la región o nivel nacional.

5. Componentes básicos del modelo de mejoramiento de los Ciclos Rápidos

Consta esencialmente de dos componentes:

- a. Las tres preguntas fundamentales, que aceleran la fase de planeación de los cambios y
- b. El Ciclo PEVA

Uso de ciclos PEVA



El modelo puede resultar simple o sofisticado, en términos de documentación, herramientas, tiempo, interacción de grupos y medición, dependiendo de la necesidad de esfuerzo de acuerdo a:

- ❖ La complejidad del producto o proceso a ser mejorado;
- ❖ Si el esfuerzo debe focalizarse en un nuevo diseño o rediseño, el primero toma por supuesto mucho más tiempo y esfuerzo;
- ❖ La profundidad del conocimiento que se tenga por parte de la gente cercana al proceso o producto o el número de personas requeridas en el esfuerzo de mejoramiento.

6. Las preguntas fundamentales:

Convierten las ideas sobre mejoramiento en acciones, mientras más conocimiento existe más garantía de tener mejoras. Por ello el mejoramiento debe basarse en construir y aplicar el conocimiento.

1. ¿Qué tratamos de alcanzar?
Objetivo
2. ¿Cómo sabemos que el cambio es un mejoramiento?
Indicadores
3. ¿Qué cambios hacemos que resultarán en un mejoramiento?
Descripción del cambio

La respuesta a las preguntas fundamentales es la base del mejoramiento. En la práctica las preguntas pueden ser respondidas en cualquier orden. Se recomienda que las respuestas sean cortas y concisas. Son el marco para el enfoque de prueba - aprendizaje. La prueba significa que el cambio será evaluado. Y aprendizaje significa que habrá criterios que se identificarán para usarlos en estudiar y aprender de la prueba. Con ellas se construye un marco para el aprendizaje, el uso de datos y el diseño de prueba o test efectivos.

El enfoque de Ciclos Rápidos descansa en enfatizar el aprendizaje probando cambios a pequeña escala más que en estudiar el problema antes de que cualquier cambio sea intentado.

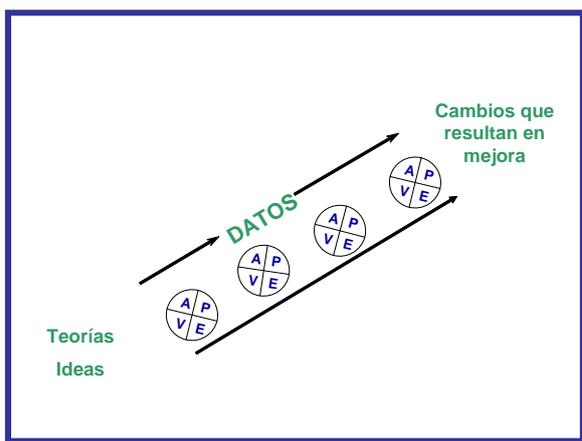
El mejoramiento viene de la aplicación del conocimiento y éste resulta de aplicar un cambio. Un *cambio* es un conjunto de acciones concretas nuevas y diferentes, **No** es poner en positivo la redacción del problema de calidad.

1. El Ciclo PEVA en los Ciclos Rápidos:

Con la aplicación del ciclo PEVA se prueba el cambio, para ello:

- i.) Se planifica la prueba o implementación del cambio, el plan debe explicitar las actividades, responsables, cronogramas.
- ii.) Se ejecuta el plan, capacitando al personal, documentando el proceso.
- iii.) Se verifica y resume lo que se ha aprendido, comparando los estándares en el tiempo, sintetizando lo aprendido.
- iv.) Se actúa con base en lo aprendido, se resuelven situaciones inmediatas, se documenta lo realizado y se determina cuales cambios deberán hacerse y cuales deben sostenerse.

Se pueden utilizar ciclos adicionales para refinar o monitorear los cambios y probar otros cambios.



Esto contrasta con el modelo genérico en el cual se usa un solo ciclo para intentar lograr todo lo propuesto. El uso de ciclos adicionales o sucesivos reduce el riesgo de corazonadas, teorías e ideas a medida que el cambio progresa hasta obtener cambios que resultan en mejora. Probar el cambio

minimiza las consecuencias negativas de una prueba fallida.

El ciclo PEVA es el principal medio para transformar una idea en acción y para conectar la acción con el aprendizaje. Utilizarlo bien requiere de alguna disciplina y esfuerzo.

Para considerar que se ha realizado un ciclo PEVA es necesario determinar lo siguiente:

1. La actividad fue planeada, se incluye un plan para recopilar datos
2. El plan se ejecuta
3. Se dispone de tiempo para analizar los datos y estudiar los resultados
4. La acción fue racionalmente basada en lo que fue aprendido

Por supuesto no todas las mejoras requieren de ciclos, algunas solamente suceden. Las mejoras intencionadas requieren contestar las tres preguntas fundamentales y al menos de un ciclo PEVA. Es recomendable utilizar una hoja de planificación para cada ciclo y documentar el proyecto con los formularios propuestos en anexos de la Guía Técnica de MCC.

Las tres formas más comunes de usar un ciclo como parte del mejoramiento son:

- El diseño de los cambios para construir aprendizaje y el conocimiento que ayuda a contestar cualquiera de las tres preguntas fundamentales
- Probar un cambio
- Implementar un cambio

6.1 Uso del Ciclo PEVA para construir conocimiento:

El Ciclo PEVA es utilizado cuando el conocimiento actual o la información disponible no permiten contestar una o más de las tres preguntas. El primer uso es en la pregunta ¿Que queremos lograr? En este punto determinamos por que se escoge un objetivo particular de varias iniciativas o alternativas. Los datos disponibles pueden ser quejas, respuestas a estudios de usuarios, análisis de defectos o quejas, mediciones en el tiempo, comentarios documentados de los empleados.

Si el cambio no resulta en mejora, siempre hay aprendizaje y se inicia el siguiente cambio con un mayor nivel de conocimiento.

Para la pregunta 1. **¿Qué estamos tratando de lograr?** La respuesta es dada por el *Objetivo*, enunciando los logros esperados con *metas numéricas*. Esto implica que el objetivo es susceptible de medición.

Características del objetivo. Debe ser redactado de manera que:

- a. Especifique el tópico, lo que se espera que suceda
- b. Especifique las metas o resultados numéricos, ambiciosos pero alcanzables
- c. Marque los límites del sistema o proceso a mejorar: el alcance, el proceso a mejorar
- d. Los beneficiarios

Ejemplos:

Mejorar el manejo del dolor para todos los pacientes quirúrgicos ingresados en recuperación, de manera que en siete meses:

- El 100% de los pacientes tienen evaluación de la intensidad del dolor.
- Los pacientes con dolor severo, (Grado de intensidad del 7 a10) lo reduzcan en 25%.

Reducir las infecciones debidas a estafilococo en el 20% en el servicio de quemados, dentro de 12 meses.

Lograr que el 100% de las mujeres en postparto inmediato en el Hospital NM, tengan un control con la frecuencia según guía en el periodo de 12 meses

Incrementar en la U de S Tonatiu en 20% el número de expedientes en los cuales las HCP están correctamente llenadas, durante los siguientes 4 meses.

Para la pregunta 2. **¿Cómo sabemos que un cambio es una mejora?** Se responde con el uso de indicadores. Se puede utilizar otro ciclo para obtener los indicadores, que puede ser realizar un estudio de usuarios o entrevistas a algunas personas. Otros ciclos que pueden contribuir a completar esta pregunta podrían ser:

- Colectar datos de línea base sobre el desempeño del sistema.
- Probar la posibilidad de usar un nuevo dispositivo de medición, como un color para medir.
- Probar la claridad de las preguntas.

- Asegurar la disponibilidad y habilidad de los encuestadores.
- Probar la certeza de un resultado de laboratorio.

La mejora se relaciona con el cambio, pero la medición es central para responder la pregunta 2. Debemos medir pocos datos vitales.

Si no lo puedes medir, no puedes mejorarlo

El propósito de la medición es aprender y no enjuiciar. Aprender si los cambios y actividades están llevándonos a mejora del proceso, o permanece igual o empeora. La medición puede hacerse según el caso diaria, semanal o mensual, recomendado que se integre a la rutina diaria del comité de calidad y del staff. Los datos deben ser mostrados en gráfica para visualizar la tendencia.

Para medir los resultados obtenidos por el proceso en mejora es importante oír la voz del usuario respondiendo la pregunta ¿Cómo se desempeña el sistema? ¿Cuál es el resultado?

Para medir el proceso es importante escuchar la voz de quienes trabajan en el sistema respondiendo la pregunta ¿Están desempeñándose el sistema sus partes o fases como fue planeado?

Es recomendable observar al sistema en mejora, desde diferentes direcciones y ver que le sucede al ir mejorando, cuales son las consecuencias, como responde el personal y los usuarios, que otros factores afectan el resultado. Por ello es importante tener una bitácora en la cual anotar toda observación.

Ejemplo:

Tópico: Reducir las hemorragias postparto.

Medición de resultado: Grado de satisfacción del usuario, total de días de estancia en pacientes postparto.

Medición del proceso: % de cumplimiento de oxitocina postparto, tiempo de detección del caso desde el parto, comentarios del personal sobre la rapidez del diagnóstico,

sobre los pasos realizados, reducción de cirugías para el manejo de casos, reducción de transfusiones.

Cada concepto puede tener varias medidas que observar, por ej. la higiene de manos: onzas de jabón usadas por cada profesional, onzas de jabón utilizadas cada día, % de profesionales que se lavan la mano antes y después de examinar un neonato.

Para la pregunta 3. **¿Qué cambios podemos hacer que resultarían en una mejora?** Debe tenerse el cuidado que el conocimiento generado por el Ciclo PEVA se traduzca de inmediato en acción, usando los ciclos en forma secuencial. En nuestra experiencia estar planeando el cambio perfecto no es efectivo para hacer mejora, siempre existen muchas incertidumbres. Mientras más complejo el sistema mayor es la incertidumbre. Por ello proponemos probar rápidamente el cambio a pequeña escala y el uso subsiguiente de otros ciclos para extender el cambio.

En el primer ciclo, las personas conectoras del tema pueden revisar el tema. En el segundo ciclo, se puede probar en una de las áreas. El cambio en el área puede ser revisado y vuelto a probar en un tercer ciclo. Si el nivel de credibilidad indica que el cambio dará mejora, se aplica en todo el establecimiento en un cuarto ciclo.

En procesos simples pueden necesitarse hasta 4 ciclos rápidos (Ej.: mejorar una sesión de trabajo, mejorar un menú de alimentación, mejorar el lavado de manos); en procesos complejos (Ej. Manejo de complicaciones, mejorar el sistema de vigilancia), los cuales tienen muchos pasos e interactúan muchos actores y se pueden requerir más ciclos. Para ello es importante analizar el tipo de proceso desde el diseño conceptual del cambio y coordinar bien los resultados de cada uno de los ciclos de mejora. También debemos considerar si el cambio puede ser muy innovador y muy separado de la práctica actual –un cambio muy grande. Para rediseñar sistemas o procesos grandes usualmente es efectivo correr con ciclos simultáneos secuenciales, por ejemplo diferentes subprocesos del sistema en cuestión.

Ningún cambio o secuencia de cambios es responsable del logro completo. El sistema rediseñado como un todo está produciendo

el mejor desempeño. Por ello no tiene importancia investigar cual de los cambios contribuyeron con todo el resultado.

En caso que se quiera conocer cual cambio afecta al sistema en términos de costos u otras razones, hay métodos para probarlo (No es objeto de este cuaderno trabajar en ello) o también los cambios pueden quitarse o ponerse para ver si decrece el desempeño.

No lleva a cambios: la respuesta a problemas, sin análisis de causa; los que son más de lo mismo: (El crimen aumenta, se crean más cárceles), más equipo, más personal, más dinero, más tiempo o la búsqueda del cambio perfecto.

Los siguientes problemas se pueden dar cuando se desarrollan los cambios:

- Hacer más de lo mismo: más gente, más dinero, más tiempo, más exhortaciones. Pueden resultar en un cambio en el corto plazo, pero seguramente añaden gastos y complejidad al sistema.
- Hay algunos problemas que requieren más de lo mismo, pero pueden dejar inalterada la estructura del sistema:
 - Problemas con satisfacer los requerimientos del usuario: agregue más recursos.
 - Problemas con un producto: introduzca o añada más inspecciones
 - Problemas en la adherencia a los procedimientos: agregue más procedimientos o definalos más rigurosamente.
 - Problemas de disciplina: agregue más restricciones
- También es común que la gente busque lo perfecto cuando propone un cambio: esto se conoce como el Síndrome de la Utopía. Este síndrome los paraliza; se parte de la búsqueda de la perfección debido al miedo a fallar. Por buscar la perfección no tienen tiempo para buscar la innovación. Se debe considerar que

aunque se falle ha habido oportunidad para aprender.

6.2. Tipos de cambios:

1. Eliminar el desperdicio
2. Mejorar el flujo de trabajo
3. Organizar mejor el proceso
4. Cambios en el contenido de la atención
5. Delegar la función en otro personal
6. Optimizar el inventario
7. Cambiar el ambiente de trabajo
8. Fortalecer la relación proveedor-usuario
9. Administrar el tiempo
10. Administrar la variación
11. Diseñar sistemas para evitar errores
12. Enfocarse en el producto o servicio

6.1.2 Ejemplo práctico: Un proceso relativamente simple:

Que queremos lograr: Propósito: Reducir en 50% los distress respiratorios ó aumentar en 80% el uso de esteroides en APP

Objetivo del ciclo 1: conocer como trabajan en la sala de obstetricia y mejorar el proceso de aplicación de esteroides en APP.

Dato de línea de base: de 10 mujeres con APP solo dos tuvieron la dosis completa.

¿Como sabremos que el cambio es una mejora? Por el incremento en el conocimiento del personal sobre el proceso mejorado para APP. Por el incremento de casos manejados con esteroides aplicados según norma

¿Qué cambios queremos lograr? Un proceso mejorado para aplicar esteroides en APP. Personal conocedor y utilizando el nuevo proceso

Plan (1): Reuniones con los obstetras y enfermeras del hospital, hacer un equipo de trabajo, establecer el proceso actual y las mejoras.

Ejecutar (1): Reunión programada de 8am a 4 pm. Revisión de normativa. Elaboración del proceso actual. Reporte: La reunión fue

muy fructífera, llamó la atención el desconocimiento de la norma, la variabilidad en la aplicación llamó la atención.

Verificar (1): Todas las mujeres con APP en el periodo tuvieron aplicación correcta de esteroides. La anotación del cumplimiento fue la guía, no todos los médicos anotaron la indicación en forma completa. El entusiasmo por mejorar ha sido evidente y la variabilidad en la aplicación es preocupante.

Actuar (1): Tendremos una reunión con todos los obstetras y enfermeras del hospital para divulgar este ciclo. Propondremos el uso de ayudas de trabajo para unificar el manejo. Capacitaremos a los nuevos residentes en el nuevo proceso. Monitorearemos por 6 meses más hasta ver que sea un proceso aplicado en forma regular.

Tarea.

De lectura al caso siguiente: *“Mejorando el servicio en una clínica dental privada”*. El Dr Molar quiere mejorar el servicio a sus clientes. Tiene buena reputación, utiliza tiempo revisando con gran cuidado que el trabajo este bien realizado. Tiene dos asistentes a tiempo completo y dos asistentes a tiempo parcial y dos secretarias. Ha distribuido los roles, las asistentes de tiempo parcial hacen la limpieza dental, mientras que las de tiempo completo la ayudan en los procedimientos dentales, toman radiografías, etc. El Dr. Molar esta pensando en ampliar la clínica entre el 15 y 20% y asociarse con otro dentista. Lleva record del número de pacientes diarios desde que inició con la clínica, muchos continúan después de 10 años. No tiene claro como proceder, piensa que llevando tecnología de punta puede atraer mas pacientes, pero teme que esto venga mas de su propia perspectiva como técnica y no sea lo mejor para sus pacientes y quizás sea mejor preguntarle a ellos. Para ello escogió seis nombres de su lista de pacientes tanto antiguos como nuevos y concretó una entrevista para hacerle tres preguntas sobre los criterios para buscar dentista, que aspectos de mis servicios recomienda y no recomienda a sus parientes y amigos y que mejoras le gustaría encontrar en los servicios que

brindo en mi clínica. Durante tres semanas completo las seis entrevistas, dos de ellos ya estaban con otro odontólogo, lo que mostró que el listado de seguimiento no era tan efectivo, las razones para no asistir era la ubicación, era menos costoso y tuvo una experiencia mala con la limpieza dental y esta era la respuesta mas frecuente que la limpieza era dolorosa. De la entrevista resultaron dos aspectos, los pacientes no eran tan leales como creía y las limpiezas eran problema, además que los pacientes no estaban tan interesados en tecnología por que asumían que ella lo haría. Decidió hacer algunos cambios especialmente con la limpieza, conocía de la capacidad de sus asistentes. Discutió los resultados con su personal y quedaron que iban a rotar periódicamente, estandarizar el proceso de limpieza, involucrar a los pacientes en la limpieza y utilizar herramientas más suaves, especialmente las que entran en contacto con las encías. Les tomó más de dos semanas desarrollar el nuevo proceso y disfrutaron de mayor interacción con los pacientes. 42 pacientes atendieron con este proceso, 3 no quisieron hacer su limpieza con el hilo dental y los datos revelaron que tuvieron menos dolor y ansiedad con el nuevo proceso. La rotación tuvo problemas por las llegadas a distinta hora del personal así como necesidad de más entrenamiento. El nuevo proceso fue implementado con excepción de pacientes que deciden no participar. La secretaria trabajará en mejorar los horarios de rotación

Preguntas rápidas:

Con base en el ejemplo responda las tres preguntas fundamentales. Cuantos ciclos rápidos logra detectar y describa esos ciclos con los datos de la lectura.

Sesión

3

Objetivo de la sesión:

Al finalizar la Unidad, los participantes tendrán los conceptos y herramientas necesarias para:

1. Utilizar apropiadamente el modelo de los Ciclos Rápidos.
2. El uso de estándares y su operacionalización
3. Planificación de proyectos de mejora utilizando los formatos de la Guía Técnica de MCC
4. Conocer los elementos del SI-CONE-PF

MEJORAMIENTO DE LA DEMANDA, ACCESO Y CALIDAD EN UN SISTEMA INTEGRADO SI-CONE-PF



3. Selección de los estándares:

Con un grupo representativo de los niveles del MSPAS se seleccionan procesos trazadores en el prenatal, trabajo de parto, parto, atención inmediata y al alta del RN, puerperio inmediato y planificación familiar. Estos estándares son determinados por el nivel superior. Se obtienen revisando bibliografía, las normas y guías de atención, se determina el proceso con más trascendencia o clave y se establecen criterios de cumplimiento.

El anexo 2 de la Guía Técnica establece los estándares y los criterios para su cumplimiento. En el CD MCC/2009 encontrará en Excel el programa para procesar matemáticamente los datos y construir la gráfica por cada estándar.

A través de sesiones de aprendizaje entre los hospitales de cada región se comunican los estándares a fin de que sean entendidos, aceptados y exista compromiso para su implementación. Se socializan con todo el personal involucrado en los procesos en mejora. La comunicación de los estándares, su cumplimiento, los procesos de mejora, los logros de los comités es de gran importancia, desde los directivos, las jefaturas, los profesionales y las usuarias.

i.) Contenido Teórico

1. El modelo de los Ciclos Rápidos a partir de la definición de estándares:

Una forma de detectar problemas de calidad es encontrar la brecha entre la situación real y un patrón establecido a través de estándares de atención.

Un estándar es la declaración explícita de la calidad esperada; en este caso nos hemos enfocado en los procesos de atención en planificación familiar, materno y perinatal y manejo de complicaciones.

2. Descripción del SI-CONE-PF

Considerando los compromisos de país para el logro de los Objetivos del Milenio OdM, se seleccionaron los procesos de atención materna, neonatal y planificación familiar los cuales forman parte del Sistema Integrado de Cuidados Obstétricos, Neonatales y de Planificación Familiar.

Para ir fortaleciendo la integración de estos cuidados también se consideró que el MCC era la estrategia que apoyaría a la integración del personal involucrado en estos servicios resultando en mejora de la continuidad de la atención.

Los cuidados se subdividen en cuidados básicos y de emergencia cuyos procesos se describen en la tabla de los estándares:

Cuidados	Procesos	Clave del estándar
Básicos	Planificación Familiar	Oferta básica
		Inscripción
		Subsiguiente
		Elección liebre
		Consejería en postevento
	Prenatal	Atención y Hoja HCP
		Uso de corticoides en APP
		Consejería
	Trabajo de parto	Seguimiento con partograma
	Parto	MATEP
	Postparto	Evaluación de signos vitales
		Control al alta
		Neonato
Control al alta		
Emergencias	Complicaciones	Infecciones
		Hemorragias
		THE

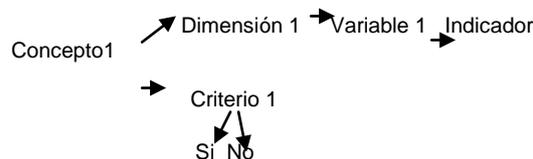
4. Operacionalización de estándares

Significa convertir un *concepto* referido en el estándar en un valor numérico o indicador⁷.

Para ello se descompone el concepto, en primer lugar se determina cuantos aspectos del concepto se van a elegir para operativizar, tomando los más operativos, estos aspectos se denominan *dimensiones*. Luego a cada dimensión se le determinan los aspectos más relevantes, los que mejor la representan, los más válidos estos aspectos se denominan *variables*. Las variables se determinan por medio de *criterios*, los cuales se establecen revisando expedientes. Los criterios se categorizan en forma nominal binaria, es

⁷ Calidad total en atención primaria de salud. A. Gonzalez Dagnino, et al. Edición Díaz de los Santos. 1994, 11-..

decir o esta presente (valor de 1) o esta ausente (valor 0). La forma como combinamos las categorías de los criterios nos da el valor del indicador y el agregado de indicadores nos determina el cumplimiento del estándar. El objetivo nos da el concepto, el concepto la dimensión; la dimensión, la variable; la variable, el indicador; el indicador, el criterio el cual puede estar presente o ausente:



Ejemplos usando solo la frase clave del objetivo: Reducir la hemorragia post parto. *Concepto:* Control post parto. *Dimensión:* toma de signos vitales, *Variable:* TA, *Indicador:* Número de casos que cumplen con expedientes que muestran que se cumplió con la variable.

Objetivo: aumentar la cobertura en P.F. *Concepto:* Oferta básica. *Dimensión:* Abastecimiento de 4 tipos. *Variable:* DIU. *Indicador:* oferta básica existente para un mínimo de dos meses.

El indicador es la expresión numérica del concepto y resulta de la sumatoria de todos los criterios cumplidos (Numerador), considerando aquellas en que aplica el criterio (Denominador). Un indicador es una variable (o característica) medible que se puede usar para determinar el nivel de rendimiento de un sistema/ proceso, el nivel de adhesión a una norma o el logro de una meta de calidad (Miller Franco y cols., 1997). Para que sean confiables, los indicadores deben ser objetivos en detectar las áreas que están sujetas a inspección. Además, los indicadores más útiles son aquellos sensibles a los cambios y fáciles de calcular. Por último, los indicadores deben reflejar las necesidades de datos de un programa y ser pertinentes a los objetivos de la organización.

Un buen indicador debe ser sensible, medible, confiable y pertinente.

La operacionalización finaliza con el llenado del formulario que contiene los siguientes elementos: estándar, indicador, fórmula, fuente del numerador, fuente del denominador, método de recolección, muestra y período. Una muestra se encuentra en el anexo 2 de la Guía MCC

Las *fuentes de verificación* permiten recolectar los datos y estas pueden ser: Registros de egresos, registros de actividades, registros de ingreso, registro de defunción, historia clínica perinatal, registros de sala de operaciones, registros de partos, entrevistas, encuestas, observación directa, etc. Cuando el indicador es una proporción hay que conseguir información para el numerador que representa lo observado y el denominador (la referencia); la fuente puede no ser la misma pero siempre se refiere al mismo universo.

Las *técnicas de recolección* de datos son de dos tipos: i.) Directas e ii.) Indirectas. Directas son la observación directa como en el caso de la oferta básica, encuestas ya sea de conocimientos o satisfacción, entrevistas, grupos focales. Las indirectas son la revisión de historias clínicas, kárdex u otros documentos.

La *periodicidad* denota la frecuencia o periodos en que se medirá el estándar. Para el caso del SI-CONE-PF se ha decidido que sea mensual y semestral para satisfacción de usuarias.

Cuando los universos de casos son pequeños se contabilizan todos. Cuando los establecimientos tienen gran producción se hace una *muestra*. En los estudios de calidad no se necesita hacer inferencia, por lo que no se necesita muestra probabilística. Como debe darse la misma calidad a toda usuaria, con que existan fallas en pocos casos, el indicador disminuye, así que se necesita una muestra que permita identificar el grado de cumplimiento del estándar, ejemplo 30 partos obtenidos al azar, 20 encuestas de satisfacción, 20 encuestas de conocimientos. El informe ejecutivo de la Línea Basal de los estándares de calidad contiene el estimado de expedientes que hay que revisar por estándar. Cabe resaltar que un expediente puede servir para determinar el cumplimiento de varios estándares.

Una Definición Operacional...

... es el desglose de un concepto y una descripción, en términos cuantificables, de que medir y los pasos a seguir para medirlo de manera consistente.

- Da un significado comunicable a un concepto
- Es claro y nada ambiguo
- Especifica los métodos de medición y el equipo
- Identifica criterios

18

©Copyright 2008 R. C. Lloyd & Associates

Se utiliza el programa EXCEL para el registro de los datos por estándar, así mismo el

cumplimiento del mismo se presenta en forma de gráfica con curva de tendencia. Estos dos instrumentos están disponibles en el CD/MCC 2009. Para cada hospital el formulario consta de datos generales, el instructivo para obtener la información y el llenado del formulario, el instrumento de recolección de datos y de calificación del cumplimiento del estándar y de cada criterio, una hoja para vaciar el dato numérico y construir el % por cada estándar, una gráfica con datos mensuales para construir la tendencia en el cumplimiento.

El uso de datos en un ciclo rápido:

Hay dos formas de obtener datos: midiéndolo o con observaciones documentadas, en este caso se debe considerar que la gente filtra lo que observa, que hay subjetividad en la observación, memoria o sentimientos para juzgar el éxito de un cambio. La documentación puede ser un video, una fotografía, ideas o sentimientos escritos en un diario, palabras, cartas o números en un papel y hoja electrónica, observaciones sobre conductas, estudios sobre actitudes.

Presentar datos:

Existen cinco formas básicas para presentar los datos: una tabla, un diagrama simple (evento-tiempo), un histograma, un diagrama de puntos, un diagrama de Pareto, un mapa de localización, ej. mapa obstétrico.

La variabilidad:

Al medir los cambios y determinar si ha ocurrido una mejora debe considerarse que:

Mediciones repetidas dan resultados diferentes

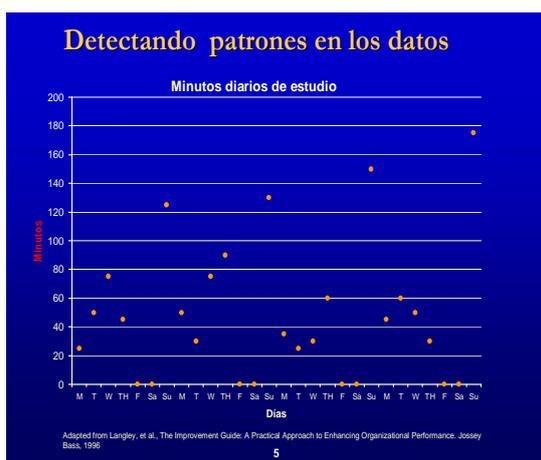
Esto se denomina *variación*. Existe variación en todos los aspectos de la vida. Los gastos de la casa, el peso, el nivel de stress, Km. por galón, así como la habilidad para desarrollar una tarea, inteligencia, percepción de calidad y varían de persona a persona así como en un individuo a través del tiempo, igual que entre organizaciones. En salud la variabilidad inherente se debe a factores tales como las fluctuaciones estacionales, los procesos biológicos fluctuantes en los pacientes, ritmo circadiano, las imperfecciones en el método ó equipo de medición

Walter Shewhart desarrolló el concepto que la variación tiene dos enfoques:

1. Variación que indica que algo ha cambiado
2. Variación al azar que es similar en el tiempo, ha ocurrido en el pasado y no indica que ha ocurrido un cambio.

No debe de reaccionar automáticamente a cada observación, los datos deben graficarse sobre el tiempo

Tomemos como ejemplo el caso de una niña que contabilizaba los minutos que dedicaba a estudiar, siempre estaba cansada los lunes por la noche por todas las tareas que tenía que hacer. ¿Qué variabilidad observa en la siguiente gráfica? ¿Qué cambios tiene que hacer Martita en sus hábitos de estudio?



El graficar contra el tiempo maximiza el aprendizaje y brinda la información sobre lo que sucede y el patrón de datos. Se espera que el patrón muestre mejora o una oportunidad de mejora. Un resultado satisfactorio al inicio no siempre significa que estamos logrando el cambio, solo con aumentar la atención de los que participan en el esfuerzo puede mover los resultados en forma favorable.

El solo hecho de coleccionar datos puede hacer que ocurra el cambio

La medición en tiempo es muy importante para entender la variación, de lo contrario estaremos tentados a negar los datos que

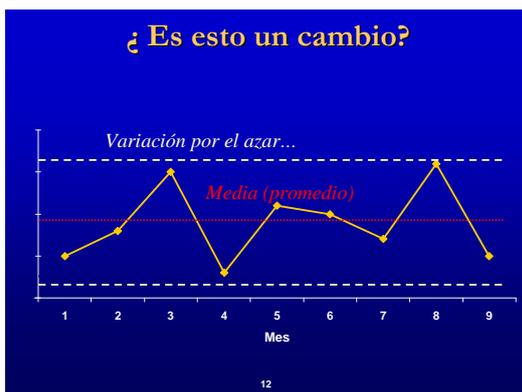
no favorecen nuestro punto de vista, ver tendencias donde no las hay, explicar la variación como un evento especial, culpar o dar créditos a la gente por cosas sobre las que no tienen control, distorsionar el proceso que produce el dato. Vea lo que sucede comparando estas dos gráficas:



Se inició midiendo desde el mes de junio cuando se implementó la intervención y se obtuvo una tendencia ascendente que tendió a estabilizarse a partir de octubre. Si hubieran tomado mediciones previas a la intervención la gráfica obtenida sería como la siguiente:



La tendencia que muestra incremento venía desde antes de la intervención y con ella no cambió la tendencia; quiere decir que la intervención no produjo la mejora, implica que se requerirán cambios fundamentales para lograrla.



Esta gráfica ejemplifica mejor, si solo midiéramos el mes uno y dos el incremento lo interpretaríamos como una mejora y que pasa cuando llegamos al mes cuatro en que se observa una caída? ¿Dejaríamos de hacer la mejora?

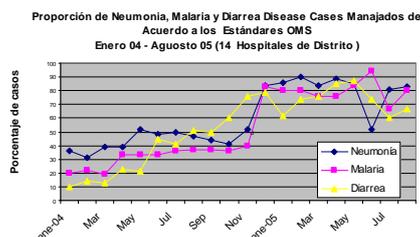
La siguiente gráfica nos muestra como se evidencia un cambio y como el patrón muestra incremento con el tiempo.



Las siguientes gráficas proceden de países que están llevando procesos de MCC, en las cuales podemos ver que la medición de los estándares es continua en el tiempo.

Podemos observar que no ha sido de inmediato que se aumento el cumplimiento del estándar de manejo de caso según criterios de OMS en diarrea, neumonía o malaria del 10% al inicio del proceso de MCC a un 80%. Además podemos observar que el cumplimiento no se mantiene en el tiempo en la misma tendencia.

Resultado SO3: Hospital Pediátrico de Niger Colaborativo para MCC



En el proyecto de VIH-SIDA en Rusia iniciaron en 2005 un proyecto de mejora para aumentar el porcentaje de pacientes con TB que tuvieron prueba de VIH. Igualmente el incremento en el cumplimiento no fue de inmediato, según la grafica tardaron 5 meses para incrementar de un 17.40% a 46.50%.

Tarea:

A. Califique los siguientes ejemplos como bueno o malo, si encuentra todos los elementos que debe tener un objetivo de mejora de la calidad. Y aclare el aspecto que le falta a cada enunciado.

1. Reducir todo tipo de infecciones adquiridas en el hospital.
2. Disminuir el daño y mejorar la seguridad de nuestros clientes internos y externos
3. Para junio de 2009 reduciremos la incidencia de hemorragia postparto en recuperación de partos del HNBM en un 25%.

B. Lea el significado de indicador en las definiciones de la Guía Técnica y construya un ejemplo.

C. Seleccione un proceso a mejorar según los estándares que tienen bajo cumplimiento, identifique una o dos medidas de resultados, 2 a 4 medidas de proceso. Escoja una medida y a partir del objetivo desarrolle la operacionalización del estándar (Objetivo, concepto, dimensión, variable, indicador, criterio, fuente de verificación, periodicidad) de forma que sea claro y no ambiguo

Sesión

4

i. Objetivos:

1. Familiarizarse con los elementos para aplicar el ciclo PEVA
2. Conocer las fases de inicio o preparación
3. Conocer los pasos para la implementación de los ciclos rápidos
4. Aspectos básicos de monitoreo considerando
5. la variabilidad de los cambios

(Esta sesión debe complementarse con la lectura del Informe Ejecutivo de la Línea Basal que describe los pasos y herramientas que se utilizan. El informe se encuentra en el CD/MCC 2009)

1. Los elementos esenciales para aplicar MCC con el enfoque de Ciclos Rápidos:

Los elementos esenciales son:

- a. Responder las preguntas fundamentales
- b. Aplicación del Ciclo(s) PEVA
- c. Sesiones de aprendizaje
- d. Organizar comités de calidad
- e. Estrategias de colaboración, divulgación y compartir experiencias. Colaborativos, Foros, Internet.
- f. Estrategias para extender la experiencia
- g. Sistema de monitoreo, lo más insertado en el quehacer diario en los servicios que están aplicando el enfoque
- h. Acompañamiento regular del comité regional y nacional de calidad.

2. Fases de aplicación del MCC:

Para aplicar la experiencia de MCC con ciclos rápidos se deben seguir los siguientes pasos, según 3 fases. (Para mayor ampliación de la primera fase, leer el Informe Ejecutivo de la línea basal de estándares de MCC. 2008):

2.1 Fase Preparatoria, que consiste en:

- a. Definir los procesos a mejorar utilizando estándares
- b. Involucrar a los actores claves que trabajan en el(los) proceso(s)

- c. Conformar los comités de calidad
- d. Establecer los sitios donde se aplicará la experiencia
- e. Definir, adoptar o adaptar y operacionalizar los estándares
- f. Elaboración de los instrumentos para recolección, análisis y monitoreo de los estándares
- g. Capacitar al personal en el levantamiento de la línea basal
- h. Desarrollar la línea basal.
- i. Planificar el acompañamiento a los comités locales y regionales.
- j. Análisis y presentación de los resultados

2. 2 Fase de implementación:

- k. Determinación de las áreas de mejora según resultados de Línea Base
- l. Conformar el comité de calidad local con los miembros según los procesos en mejora
- m. Planificación de los cambios a implementar
- n. Respuesta a las preguntas fundamentales según cambios y procesos a mejorar
- o. Establecer si se harán medidas de mejora inmediatas que no necesitan de mayor planificación.
- p. Elaborar el plan de mejora, definiendo los ciclos rápidos necesarios, con el objetivo a lograr y la meta a alcanzar, los tiempos, responsables y recursos (Ver anexo 8 de la Guía Técnica MCC)
- q. Fortalecer competencias si es necesario, hacer el programa de capacitación a incluir en el plan de mejora
- r. Preparar las sesiones de aprendizaje y compartir las experiencias

- s. Sintetizar las mejores prácticas y lecciones aprendidas
- t. Decidir la extensión de la experiencia a otros servicios, unidades, SIBASI o regiones

2.3 Expansión e institucionalización:

La expansión se planifica desde la fase de implementación, recopilando el aprendizaje, lecciones y experiencias, documentando y divulgando las mismas, de forma que sea más fácil y rápida la aplicación de los cambios que han mostrado producir efectos, en los sitios a expandir la experiencia.

Para considerar institucionalizada la calidad debe estar formal y filosóficamente incorporada en la estructura y funcionamiento del MSPAS en este caso. Es decir, se cuenta con una cultura de calidad que se refleja en los valores institucionales y las políticas, de tal forma que el liderazgo promueve el desarrollo del MCC de forma cotidiana y aboga por la misma. Se debe trascender de solo desarrollar actividades de mejoramiento (Definición de estándares, monitoreo de la calidad, mejora de la calidad) las que no garantizan que se institucionalizarán en la organización a contar con un ambiente favorecedor del inicio, crecimiento y continuidad de las actividades de calidad incorporando *políticas* de apoyo, **liderazgo** efectivo, *estructuras* con roles y responsabilidades específicas y dotación de *recursos* adecuados enfatizando la importancia institucional por la calidad y la práctica de la mejora en los procesos de atención. Además se debe contar con funciones de apoyo a la calidad: construcción de capacidades, comunicaciones fluidas, incentivos a la calidad.

La institucionalización es un proceso en si mismo, en el cual se dice que se ha logrado una madurez al tener claros procesos de comunicación de experiencias y aprendizaje e instalado un sistema de incentivos.

3. Sistema de evaluación

Finalmente para construir aprendizaje y generar conocimiento basado en las mejores prácticas e innovaciones, la recolección, análisis y síntesis de la información de manera transferible es un aspecto clave.

Tal como mencionamos en la sesión 3 la respuesta a la pregunta "¿Qué cambios llevan a una mejora" solo se responde con la recopilación y análisis de datos como evidencia que hemos alcanzado los efectos planificados. Por ello la documentación, análisis y síntesis de la experiencia en MCC debe ser un rol específico de los equipos locales, regionales y del CNC.

Para ello la GT MCC 2009 en los anexos contiene tres formatos, cuyo uso se describe en esta sección:

- ❖ Formato para la planificación de un proyecto
- ❖ Formato para medidas inmediatas en casos excepcionales
- ❖ Formato para el seguimiento de un proyecto y reporte de avances
- ❖ Libro Excel para recopilar datos de línea basal y gráficas que muestran la relación entre los cambios y los resultados a través de las tendencias en el cumplimiento de estándares, por cada estándar y por establecimientos.

3.1. El formato de planificación (Anexo 6 GTMCC)

Se debe elaborar teniendo en mente que es el planificador de los Comités Locales de Mejora, es decir el usuario directo son los mismos equipos locales. En el registran los miembros y coordinador del equipo, el nombre del proceso a mejorar, la fecha de planificación, el problema encontrado, responden a las tres preguntas fundamentales, plantean los cambios propuestos, el objetivo y la meta a alcanzar, los indicadores que medirán los objetivos alcanzados, las actividades y un cronograma de actividades. Si el proyecto se desarrolla por análisis de procesos, debe anotarse las etapas del proceso y que fases serán mejoradas.

Los indicadores se construyen para cada objetivo y todos los cambios a implementar deben basarse en cada uno de los objetivos planteados.

3.2 El formato de seguimiento (Anexo 7 GTMCC):

Este formato es en primera instancia de uso de los equipos locales. En el seguimiento se debe establecer con datos o cualquier evidencia que el cambio a sido obtenido y también las razones o barreras de cualquier índole por las cuales no fue efectivo, así como los factores favorecedores mas importantes. En caso que ha habido obstáculos, también anotar cuales acciones se han tomado para superarlos.

Se debe hacer mención de que número de ciclo de mejora se trata (1o., 2o., 3o., 4o.) y se debe anotar la fecha de inicio y de finalización de las actividades y del proyecto mismo.

En el caso que tuvieron que implementar otras actividades no contempladas durante la planificación del proyecto de mejora, se debe anotar en este formato de seguimiento, la fecha de inicio y de finalización de dichas actividades, explicando igualmente si los cambios se lograron o no fueron efectivos.

Si ocurrieron cambios fuera del proyecto de mejora que pueden explicar los efectos logrados, debe escribirse las explicaciones alternativas.

Deben anotarse cualquier efecto ya sea positivo o negativo que observa durante el tiempo en que esta implementando los cambios, relacionado a los resultados utilizando comentarios del personal, de los pacientes, cambios en desempeño o en la motivación, mejora en la eficiencia o habilidades; así mismo anotar una historia de éxito aplicando los proyectos de mejora.

Igualmente debe anotarse cualquier recomendación que se haga para otros que quieran iniciar los cambios que Ud. ha implementado. Así como las lecciones aprendidas durante la experiencia. Estos datos pueden ser utilizados en las sesiones de aprendizaje, intercambio entre equipos de mejora, sesiones de coaching por parte de las regiones o del nivel superior.

3.3 El formado de medidas inmediatas (Anexo 8 GTMCC):

Este formato debe ser llenado en aquellos cambios que son puntuales, que no requieren mayor esfuerzo y que con aplicarlos en una ocasión es suficiente para que haya mejora. Ej. solicitar un formulario, hablar con el guardalmacén

3.4 Banco de Datos (Anexo 9 GTMCC)

Contiene un breve resumen de los proyectos de mejora existentes en un establecimiento, SIBASI, región o nivel nacional. Contiene el nombre del coordinador del proyecto, el nombre del proceso en que se está haciendo la mejora, el lugar en el que se lleva a cabo y el estado actual del proyecto E=Ejecución, A=Avances, NA= No avances, T=Terminado, Exp=Expansión.

3.4 Reglas para la elaboración de las gráficas:

El libro de Excel está programado para que al introducir los datos de un estándar se construya automáticamente la gráfica, pero se debe cuidar que en la presentación se cumplan los siguientes aspectos:

- ❖ Un título bien definido que indique qué es lo que se presenta, donde y cuando.
- ❖ Anotaciones en las gráficas que indiquen los cambios realizados en el tiempo
- ❖ Ejes de "X" y "Y" con escalas claras incluyendo los nombres de los parámetros
- ❖ Tabla conteniendo los valores mensuales de los indicadores, numeradores y denominadores según compete.
- ❖ Los valores mensuales o . de observaciones de cada numerador y denominador

Tarea:

1. Lea detenidamente los contenidos de los formularios mencionados en el sistema de evaluación y anote las inquietudes que le surjan para compartir en la sesión siguiente con sus compañeros de Comité, durante las visitas de coaching u otra reunión.

2. Lea el siguiente ejemplo y decida cual de los formatos utilizará para discutir su evaluación.
3. Revise el apartado 4.2 al 4.4 y pase al siguiente numeral.
4. Llene el formato según su criterio y preséntelo de forma individual, en la próxima visita de coaching de la región y/o nivel superior.

En el Hospital “Nunca pasa Nada”, se ha realizado una línea basal que muestra los siguientes datos en el cumplimiento de algunos estándares:

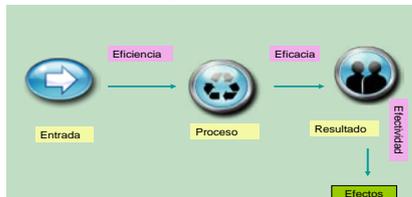
1. Un cumplimiento de la oferta básica de métodos de PF del 60% debido a que no habían pedidos oportunos de DIU.
2. El cumplimiento del proceso de atención postparto era del 40% debido a que no había un área específica para atender las pacientes ni personal asignado para tal función, además que no existía una hoja estandarizada para registrar todos los criterios que pide el estándar respectivo.
3. A los tres meses se revisó el cumplimiento del plan de mejora, encontrando en el estándar de atención al RN al alta que se había cumplido en el 60%, con un incremento del 30% respecto a la línea basal. La Señorita “Toti” había comentado que llegaron dos nuevos pediatras al servicio.

Respuestas:

Sesión 1

Pregunta 1:

Relación entre eficiencia, eficacia y efectividad y teoría de sistema



Pregunta 2:

Para trabajar con enfoque en procesos, selecciono estándares de procesos; para asegurarme de incluir el enfoque al cliente determinaré las necesidades de los mismos y de ser posible incluiré representantes de los usuarios en el comité local de calidad; para mostrar el uso de evidencias monitoreo los estándares mensualmente para mostrar cambios y verificaré los efectos de las actividades que estoy realizando con mi proyecto de MCC.

Respuestas. Sesión 2.

Serán discutidas cuando inicien la sesión 3.
No se darán por escrito

BIBLIOGRAFIA:

1. Donabedian, Avedis. Evaluating the Quality of Medical Care. 1966. Reprinted by The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 4, 2005 (pp. 691–729). c 2005 Milbank Memorial Fund. Published by Blackwell Publishing.
2. Hitoshi Kume. Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de la calidad. Grupo Editorial Norma. Sexta reimpresión 1997
3. HCl. Standard Evaluation System (SES). March 2009.
4. Institute for Healthcare Improvement. Breakthrough Series College. September, 2004
5. ISQUA/QAP. Dec 2002. Vol 14. Supplement1: 67-73. A framework for institutionalizing quality assurance.
6. Langley Gerald J., Nolan Kevin M., Nolan Thomas W., Norman Clifford L. and Provost Lloyd P. The improvement Guide a practical approach to enhancing Organizational Performance. Jossey Bass business and management series. 1996.
7. Lloyd, Robert, Lloyd & Associates. Building capacity for quality improvement, June 2008.
8. MSPAS. Informe Ejecutivo levantamiento de la Línea Basal de Estándares en el SI-CONE-P.F. Proyecto Fortalecimiento de la Salud. MSPAS-USAID. Enero 2009.
9. MSPAS. Programa Nacional de Garantía de la Calidad. 2006.
10. MSPAS. Guía Técnica para el Mejoramiento Continuo de la Calidad. Proyecto Fortalecimiento de la Salud. MSPAS-USAID. Enero 2009
11. Plsek Paul E. Quality improvement methods. Pediatrics 1999. 103, e203
12. QAP. Guía del facilitador en Mejora Continua de la calidad. Honduras-Ecuador-Nicaragua. Quito, octubre, 2004.
13. QAP. Un paradigma moderno para mejorar la calidad de la atención de salud. Rashad Massoud, Karen Askov, Jolee Reinke, Lynne Miller Franco, Thada Bornstein, Elisa Knebel y Catherine MacAulay
14. QAP/URC. Serie: Herramientas para el mejoramiento continuo de la calidad/Manual de Capacitación.
15. van Gigch John P. Teoría General de Sistemas. Editorial Trillas.