

Parte II.H.2

La Calidad de la Atención

A. La Evaluación de la Provisión de Servicios (EPS)

- El porcentaje de los establecimientos que están preparados para proveer los servicios básicos esenciales
- El porcentaje de los establecimientos que tienen sistemas de apoyo a la calidad de atención (cada servicio evaluado por separado)
- El porcentaje de los establecimientos en los que ____ por ciento de los clientes reciben los servicios que cumplen con los estándares esperados

B. La Investigación Rápida de la Calidad (IRC)

- La Investigación Rápida de la Calidad (IRC)

C. El Enfoque de Garantía de Calidad (Aplicado a la Salud Materna)

- El porcentaje de los recién nacidos que reciben la atención inmediata conforme a los lineamientos del MSP
- La tasa de mortalidad perinatal del establecimiento
- El porcentaje de los partos en los que se utilizó correctamente un partograma
- El porcentaje de los partos en los que se llenó adecuadamente una historia clínica perinatal
- El porcentaje de las madres examinadas cada 30 minutos durante las primeras dos horas después del parto

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

La calidad de la atención ha sido un eje central de los programas internacionales de planificación familiar durante la última década. Muchos gobiernos y ONG a nivel mundial han diseñado e implementado iniciativas para mejorar la Calidad de la Atención en los ámbitos de provisión de los servicios, en coincidencia con el tema principal de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, que hace un llamado a ofrecer los servicios más orientados hacia los clientes. El modelo utilizado para una buena parte del trabajo que se ha hecho en este campo es el marco conceptual desarrollado por Bruce/Jain, el cual define los seis elementos o dimensiones esenciales de la calidad de la atención de la siguiente manera: La diversidad de los métodos, la información que se da a los clientes, la competencia técnica, las relaciones interpersonales, los

mecanismos para el seguimiento y la continuidad y una apropiada “constelación” de los servicios (Bruce, 1990).

El creciente interés en el factor “calidad” que surgió en la década de los años noventa impulsó a muchas organizaciones a buscar los medios para **evaluar** este aspecto con el propósito de (1) recalcar la importancia de la calidad entre el personal, (2) identificar los problemas a abordar y (3) medir la eficacia de las intervenciones diseñadas para mejorar la calidad.

En este *Compendio* presentamos tres enfoques propuestos para medir la calidad: La Evaluación de la Provisión de Servicios (EPS), la Investigación Rápida de la Calidad (IRC) y la Garantía de Calidad (GC).

A. La Evaluación de la Provisión de Servicios (EPS)

La herramienta más completa para evaluar la calidad de la atención es la Evaluación de la Provisión de Servicios (EPS), que consiste en una encuesta a nivel nacional en una muestra representativa de establecimientos públicos y/o privados que proveen servicios de salud materna, salud infantil y salud reproductiva. Además de medir la calidad, la EPS evalúa el funcionamiento global de la red de establecimientos clínicos y proporciona un inventario del equipo y los suministros disponibles. La EPS sirve para evaluar las fortalezas y las debilidades del entorno de la entrega de servicios, con lo que (1) se puede explicar el impacto (o falta de impacto) que los servicios tienen en el comportamiento de salud del área de captación y (2) se puede orientar a los que formulan las políticas y a los gerentes de los programas a establecer prioridades en la asignación de los recursos para lograr mejores resultados de salud.

La EPS utiliza cuatro métodos distintos para la recopilación de los datos. El primero es un **inventario** de los recursos y de los servicios de apoyo disponibles, lo que proporciona la información sobre la “condición de preparación” de un establecimiento para ofrecer cada uno de los servicios prioritarios con un estándar de calidad aceptable. Como parte del inventario (que también se conoce como la auditoría del establecimiento), los entrevistadores indagan al personal respecto a su capacidad, su capacitación, sus percepciones del entorno de la entrega de servicios y otros temas relacionados.

El segundo método es la **entrevista con el proveedor**, durante la cual se pregunta a los proveedores de salud sobre su competencia (capacitación, experiencia, educación continua), sobre la supervisión que han tenido y sobre su percepción del entorno de la entrega de los servicios.

El tercer método es la **observación** de los servicios provistos. La observación evalúa el grado en que los proveedores de salud cumplen con los estándares de la provisión de los servicios.

El cuarto método es la **entrevista de salida con clientes** que han recibido los servicios. La entrevista de salida mide el nivel de comprensión y percepción del cliente

en cuanto a la consulta/examen, así como el grado en que recuerdan las instrucciones sobre el tratamiento o los comportamientos preventivos a seguir. El hecho de que el cliente recuerde los mensajes clave aumenta la probabilidad de que siga el tratamiento exitosamente o de que adopte los comportamientos preventivos que optimizan los resultados de salud.

La EPS mide no sólo la calidad de la atención sino también el funcionamiento del establecimiento en general, según reflejan las siguientes preguntas de los instrumentos:

- 1) ¿En qué medida están preparados los establecimientos encuestados para proveer los servicios prioritarios? (la disponibilidad de recursos)
- 2) ¿En qué medida cumple el proceso de entrega del servicio con los estándares generalmente aceptados para la provisión del mismo? (el proceso de la atención)
- 3) ¿En qué medida existen los sistemas de apoyo para mantener o mejorar los servicios disponibles y qué tan bien funcionan estos sistemas (los servicios de apoyo)?
- 4) ¿Cuáles son los aspectos que los clientes y los proveedores de servicio consideran relevantes para sentirse satisfechos con el entorno de la entrega de los servicios?

La EPS proporciona la siguiente información sobre cuatro tipos de servicios de salud reproductiva: La planificación familiar, las ITS, la salud materna y la salud infantil.

- La condición de preparación para ofrecer servicios con buena calidad;
- El cumplimiento con los estándares de provisión de los servicios; y
- El nivel de comprensión de la consulta por parte del cliente.

Otros datos específicos para los siguientes temas, son:

Para las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

- La condición de preparación para hacer diagnósticos, tanto básicos como los del más alto nivel y para dar tratamiento para las ITS que se sospecha existen; y
- La condición de preparación para diagnosticar y dar tratamiento a las personas infectadas con el VIH/SIDA, incluidos los componentes específicos de los programas relacionados con la prevención del VIH/SIDA, el tratamiento de las infecciones oportunistas, el tratamiento paliativo y los servicios de apoyo al cliente y a su familia.

Para la Salud Materna

- La condición de preparación para ofrecer buena calidad en la atención prenatal básica y del más alto nivel; y
- La condición de preparación para ofrecer los servicios de atención del parto, básicos y del más alto nivel.

Para la Salud Infantil

- La condición de preparación para ofrecer buena calidad en los servicios de vacunación; y
- La condición de preparación para hacer los diagnósticos básicos de buena calidad y para ofrecer el tratamiento ambulatorio para los niños que están enfermos de gravedad.

Para cada uno de estos servicios de salud, la EPS cubre los siguientes componentes específicos:

- (1) **El personal:** ¿Qué capacidad tiene el personal que provee el servicio? ¿Los proveedores de servicio han recibido periódicamente educación especializada sobre los tópicos relevantes y cuándo se hizo la última capacitación? ¿Han tenido los niveles mínimos de supervisión?
- (2) **El proceso:** ¿Cumplen los protocolos y los estándares con los estándares de calidad generalmente aceptados para cada uno de los servicios, tanto para los servicios básicos esenciales como para los servicios de un nivel más avanzado, en los servicios de referencia? ¿Cumplen los proveedores con los estándares de la práctica en la provisión de los servicios? El proceso a evaluar

incluye tanto los procedimientos que se siguen como los componentes de los exámenes físicos y la información que se intercambia entre el proveedor y el cliente (historial, síntomas, consejos). La EPS evalúa si el proceso de la provisión de los servicios cumple con los estándares; pero no evalúa si los proveedores diagnostican los problemas acertadamente.

- (3) **Los recursos, el equipo y los suministros del establecimiento:** ¿Qué equipo y suministros específicos están disponibles para satisfacer los diversos niveles de provisión de los servicios? ¿Cuáles son los sistemas básicos y la infraestructura que podrían tener impacto en la utilización de los servicios y en la capacidad del establecimiento de proveer los servicios con el nivel estándar de atención? ¿Los elementos que se requieren para proveer los servicios cumplen con los estándares mínimos; están disponibles en buen funcionamiento y en el lugar adecuado para su uso durante la entrega del servicio? ¿Hay sistemas establecidos para mantener una disponibilidad adecuada de los suministros (inventarios, almacenamiento adecuado, mantenimiento del equipo y sistemas de reparación/reemplazo) y existe evidencia de su efectividad?
- (4) **Los sistemas para evaluar y monitorear los servicios:** ¿Están actualizados los sistemas de información rutinaria y tienen la capacidad de proporcionar los datos básicos de los clientes y de la provisión de los servicios? Si se espera que el establecimiento cubra a toda la comunidad, ¿hay sistemas adecuados para monitorear la cobertura de la comunidad?
- (5) **La administración del establecimiento:** ¿Cuenta el establecimiento con los sistemas gerenciales básicos adecuados y tienen estos la representación de la comunidad? ¿Participa el establecimiento en algún mecanismo financiero que tenga impacto en el costo para el cliente o para la comunidad?
- (6) **El nivel de comprensión por parte del cliente:** ¿Que información puede recordar el cliente respecto a la consulta, a las instrucciones o al seguimiento que se le recomienda?
- (7) **El entorno de la entrega de los servicios:** ¿Recolecta el establecimiento la información básica

sobre los problemas que el personal considera deberían abordarse para mejorar los servicios y su situación laboral? ¿Recolecta el establecimiento la información que dé a conocer la opinión de los clientes respecto a su nivel de satisfacción con la consulta y con el entorno de la entrega de los servicios?

La EPS proporciona la información por medio de cuatro instrumentos distintos para las cuatro áreas de salud reproductiva y salud infantil. (De hecho, el volumen mismo de la información que genera este tipo de encuestas dio origen a la creación de la Investigación Rápida de la Calidad [IRC], la cual es un instrumento de menor alcance que se basa en 25 indicadores y centra su atención exclusivamente en la planificación familiar). Aunque los evaluadores pueden proporcionar un panorama más completo de la calidad y la disponibilidad de los servicios cuando evalúan las cuatro áreas en conjunto, hay factores que influyen para que se recomiende utilizar un enfoque más limitado de la EPS (por ejemplo, los recursos humanos y financieros limitados o el interés local en un área de servicio en particular). La EPS se diseñó para que cada uno de sus módulos se pueda usar por separado. En el Apéndice G se presenta un listado completo de los indicadores disponibles en la EPS para cada una de las cuatro áreas: Planificación familiar, ITS, Salud Materna y Salud Infantil. Además, hay una serie de indicadores compuestos—los cuales se presentan en las páginas siguientes para evaluar el entorno de la entrega de los servicios dentro y a través de estas áreas.

El módulo de la EPS mide el entorno de la entrega de los servicios de la siguiente manera. Primero, identifica las fortalezas y las debilidades de un conjunto de establecimientos clínicos en un momento específico; si

se vuelve a aplicar la EPS, los datos obtenidos pueden mostrar los cambios a lo largo del tiempo (como ocurrió en Tanzania en la década de los años 1990). Segundo, si un programa no está logrando los resultados esperados, los datos de la EPS pueden dar a conocer las razones que estén relacionadas con los servicios mismos y que ocasionan el fallo. Tercero, los datos EPS juegan un papel importante en un enfoque relativamente nuevo para evaluar el efecto de los programas. Los investigadores vinculan los datos EPS a nivel del establecimiento con los datos de hogares de la DHS para demostrar que los cambios (mejoras) en el entorno de la entrega de servicios logran mejores resultados al nivel de población.

En el presente volumen presentamos tres indicadores compuestos para ilustrar el funcionamiento de los subsistemas que una clínica requiere para lograr un objetivo. Por ejemplo, para garantizar la adecuada esterilización del equipo, deben existir varias condiciones, entre ellas: El equipo de esterilización debe estar disponible, debe haber una fuente generadora de calor, el proveedor debe saber utilizar el equipo y todos los artículos deben almacenarse adecuadamente después de haber sido esterilizados. Aunque cada uno de los indicadores produce información que puede ser útil, los evaluadores deben combinar algunos elementos específicos para formar indicadores compuestos que sirvan para evaluar el funcionamiento de un subsistema específico. Los tres indicadores compuestos que se presentan en las páginas siguientes representan el enfoque propuesto por Macro International para convertir los hallazgos de los elementos individuales de la EPS en calificaciones sumarias o compuestas. A pesar de que los indicadores compuestos están aún en etapa de desarrollo (en términos de la ponderación de los elementos, de la calificación sumaria entre los mismos y de otros detalles relacionados), la mayoría de los elementos individuales que conforman la calificación sumaria han sido ya puestos a la prueba en aplicaciones prácticas a nivel del campo.

EL PORCENTAJE DE LOS ESTABLECIMIENTOS QUE ESTÁN PREPARADOS PARA PROVEER LOS SERVICIOS BÁSICOS ESENCIALES

Elemento: La disponibilidad de los servicios (de planificación familiar, ITS, salud materna, salud infantil)

Definición

Este indicador compuesto combina varios de los indicadores que sirven para medir la condición de preparación de un establecimiento para proveer ciertos servicios específicos con los estándares mínimos de atención. El indicador mide el porcentaje de establecimientos que cuentan con cada uno de los siguientes elementos:

- Existencia física de todo el equipo esencial, el cual debe estar en buenas condiciones y situado en el área donde se provee el servicio o a una distancia razonable para su utilización;
- Existencia de todos los medicamentos y suministros esenciales;
- Existencia de al menos un grupo de miembros del personal asignado al establecimiento con capacitación profesional o entrenamiento en-servicio que lo hace competente para proveer el servicio específico conforme a los procedimientos estándar.

Datos Requeridos (Específicos para cada servicio)

Inventario de la condición del equipo y su ubicación con relación al área de provisión del servicio; inventario de los medicamentos y de los suministros; inventario del personal asignado y de sus habilidades básicas; e información sobre la competencia y la capacitación continua con relación al servicio provisto, para el personal que brindó el servicio el día en que se hizo la visita

Los evaluadores deben utilizar las definiciones fundamentales para los “elementos esenciales” (con base en los estándares generalmente aceptados para la práctica) para comparar entre los distintos países la condición de preparación para ofrecer ciertos servicios específicos. Sin embargo, también pueden ajustar los elementos esenciales para reflejar los estándares del servicio específico de cada país en lo individual.

Fuente(s) de Datos

Entrevistas con el personal y con las personas a cargo de cada servicio; inventario del establecimiento y verificación física del equipo y de los suministros

Propósito y Temas a Considerar

Este indicador proporciona la información sobre la condición de preparación de un establecimiento para ofrecer un servicio específico con un estándar mínimo de calidad. Se puede utilizar para identificar las brechas entre los estándares del servicio planificado y los recursos realmente disponibles en el lugar, los cuales se requieren para prestar dicho servicio conforme a un estándar específico. Estas brechas suelen reflejar que existen problemas en los sistemas de apoyo, como en los suministros y logística o en la asignación del personal o en la capacitación.

Un aspecto importante de este indicador es que evalúa la disponibilidad de los recursos en el lugar donde se provee el servicio. Los evaluadores interpretarán como “no disponible” cualquier elemento esencial que esté ausente del área de provisión del servicio (por ejemplo, un aparato para medir la presión sanguínea que esté ubicado en otra área de servicio o los suministros que estén bajo llave en una bodega). Este enfoque evalúa la capacidad del establecimiento para cumplir con los estándares del servicio en estudio de una manera más realista.

La condición de preparación es una medida importante, porque un establecimiento que no cumple con los estándares del indicador no es capaz de ofrecer el servicio conforme a los estándares establecidos.

La disponibilidad de los servicios se puede analizar sobre la base del tipo de establecimiento, del área geográfica o del sector (por ejemplo, sector gubernamental, sector privado comercial o sector privado sin fines de lucro).

La EPS hace una evaluación en un momento específico. Sin embargo, se pueden evaluar los cambios a lo largo

del tiempo si se repite la EPS en un establecimiento o en un conjunto de establecimientos en intervalos periódicos (por ejemplo, cada 3 a 5 años). Si se utiliza una muestra representativa, el panorama de la condición de preparación refleja con bastante precisión la situación global o la situación a un nivel de análisis específico (por ejemplo, a nivel regional o a nivel nacional), aunque no proporciona el panorama exacto de un solo establecimiento en lo individual.

Hay algunas advertencias o consideraciones que deben mencionarse con relación a este indicador: Primero, la EPS proporciona datos sobre el grado en que un establecimiento o un conjunto de establecimientos específico está “preparado” para proveer un servicio con un estándar específico. No mide la propia provisión del servicio (por ejemplo, si se cumple con los estándares de calidad durante una visita específica de un cliente). De la misma manera, la EPS no determina si los proveedores del servicio siguieron el proceso adecuado

y tomaron las decisiones adecuadas con relación a lo que los clientes específicos deben hacer.

Segundo, la EPS no evalúa la condición de preparación con relación a la demanda potencial de los servicios, con base en una carga normal de clientes. Si la carga es mayor a la que el establecimiento puede manejar, la sobrecarga podría incrementar los tiempos de espera, hacer que el personal descuide los exámenes u otros procesos en que haya escasez de equipo o hacer que la clínica no tenga los suministros adecuados para satisfacer la demanda. De ser así, la calidad del servicio disminuye.

Tercero, la condición de preparación proporciona únicamente una medición del acceso; este indicador no cubre otros aspectos, como el horario en el que se prestan los servicios y las restricciones geográficas, culturales o financieras.

Indicador

EL PORCENTAJE DE LOS ESTABLECIMIENTOS QUE TIENEN SISTEMAS DE APOYO A LA CALIDAD DE ATENCIÓN (CADA SERVICIO EVALUADO POR SEPARADO)

Elemento: El sistema de apoyo a la calidad de la atención

Definición

Este indicador compuesto combina varios de los indicadores para evaluar los sistemas de apoyo que se requieren para proveer los servicios con buena calidad y mide el porcentaje de los establecimientos que cuentan con cada uno de los siguientes elementos:

- Los recursos y los sistemas adecuados para prevenir la transmisión de infección;
- Los protocolos escritos para la entrega del servicio específico;
- Las ayudas visuales para educar a los clientes con relación al servicio;
- Los proveedores de servicio que han recibido capacitación práctica en un tema relacionado durante los 12 meses anteriores;
- Los proveedores de servicio que han tenido supervisión mientras proveen el servicio durante los 6 meses anteriores;
- Los sistemas de información que pueden proporcionar la información básica sobre los clientes y sobre los servicios provistos;
- El uso de los expedientes/los registros para cada cliente; y
- Los sistemas para monitorear la cobertura del servicio (para los casos que esto aplique).

Datos Requeridos (Específicos para cada servicio)

El equipo y los procedimientos estándar que cumplen con los requisitos para el control de infecciones; la existencia de los suministros relevantes para el control de infecciones en las áreas de servicio; los registros y los formularios con información sobre los clientes y las copias de los protocolos; información respecto a la capacitación práctica y la supervisión para el personal que provee el servicio

Para poder comparar los sistemas de apoyo a la calidad de la atención entre varios países, los evaluadores pueden utilizar las definiciones fundamentales de los

“requisitos mínimos” para cada uno de los aspectos de la calidad a medir (con base en los estándares generalmente aceptados). Sin embargo, pueden añadir algunos elementos esenciales y otros detalles dentro de cada categoría para cumplir con los estándares específicos de cada país.

Fuente(s) de Datos

Entrevistas con el personal y con las personas que están a cargo de cada servicio; inventario del establecimiento y verificación física del equipo y de los suministros

Propósito y Temas a Considerar

Este indicador proporciona información sobre el establecimiento de los sistemas de apoyo y de los estándares mínimos de calidad en un establecimiento. También evalúa cómo funcionan dichos sistemas (por ejemplo, si el personal ha tenido capacitación reciente, o si conoce los procedimientos adecuados para desinfectar/esterilizar). El indicador identifica las brechas que existen entre los sistemas programados y la práctica real. Lo más probable es que estas brechas reflejen problemas en los sistemas de apoyo, tales como los suministros y logística, la administración y la supervisión o la capacitación del personal.

Los evaluadores pueden analizar cada uno de los componentes del sistema de apoyo, sobre la base del tipo de establecimiento, el área geográfica o el sector (por ejemplo, el sector gubernamental, el sector privado comercial, el sector privado sin fines de lucro). Cada uno de estos factores puede influir específicamente en algunos de los elementos requeridos para dar apoyo a la calidad de la atención (por ejemplo, en la disponibilidad de los elementos necesarios, en el acceso a la supervisión, en el establecimiento de los estándares aceptables).

Este indicador provee información sobre la existencia de los sistemas que deben apoyar la calidad de los servicios; sin embargo, el hecho de que un establecimiento cumpla con los criterios del indicador no significa que funciona de acuerdo a los estándares y

logra resultados de buena calidad. Por ejemplo, aunque el personal reporte que sigue el procedimiento adecuado para esterilizar el equipo, la EPS no ha observado el proceso de esterilización en sí. De la misma manera, aunque la EPS evalúa el nivel de capacitación del personal, no evalúa el desempeño real ni la experiencia en el trabajo. Por otra parte, la supervisión se evalúa con base en los informes del establecimiento y no en la observación de la práctica.

Implicaciones de Género de este Indicador

Existen varias coincidencias entre los servicios que muestran sensibilidad de género y los que proveen niveles altos de calidad en la atención. Los elementos de un programa de buena calidad deben incluir el tratamiento con equidad de género de parte de los proveedores, el respeto a la dignidad de los clientes y la atención a su derecho a la privacidad, a la confidencialidad y a una elección libre e informada. Si los elementos de un programa con equidad de género se incluyen en los parámetros para medir la calidad de la atención, el porcentaje de establecimientos que apoyan la calidad de atención reflejará también el porcentaje de establecimientos que prestan atención explícita al factor género.

Indicador

EL PORCENTAJE DE LOS ESTABLECIMIENTOS EN LOS QUE ____ POR CIENTO DE LOS CLIENTES RECIBEN LOS SERVICIOS QUE CUMPLEN CON LOS ESTÁNDARES ESPERADOS

Elemento: El cumplimiento con los estándares de la provisión del servicio

Definición

Este indicador compuesto combina varios de los indicadores de la provisión de servicios para ofrecer consultas y exámenes con buena calidad. El indicador mide el porcentaje de establecimientos en los que los proveedores usan los procedimientos estándar en su interacción con los clientes, tales como:

- Obtener el historial clínico y la información esencial del cliente;
- Realizar los exámenes físicos y los monitoreos esenciales;
- Proveer el tratamiento o la intervención (cuando esto aplica) conforme a los estándares, según la propia evaluación del cliente; y
- Proporcionar la información esencial al cliente durante la consejería.

Datos Requeridos

El contenido de la historia clínica que se obtuvo durante la consulta; el procedimiento específico de los exámenes realizados; el tratamiento o la intervención prescritos/provistos; el contenido de la consejería que se da al cliente

Hay definiciones básicas para los “procesos estándar” que los proveedores deben seguir durante la provisión de los servicios (con base en los estándares generalmente aceptados para la práctica); los evaluadores deben utilizar estas definiciones para comparar la disponibilidad de los servicios entre varios países. Sin embargo, pueden añadir algunos elementos específicos para cada país para que cumplan con sus propios estándares de provisión de los servicios.

Fuente(s) de Datos

Observación de la interacción entre el cliente y el proveedor

Propósito y Temas a Considerar

Este indicador proporciona la información sobre el grado en que los proveedores de los servicios cumplen con los estándares específicos en la entrega de los mismos. Los evaluadores deben interpretarlo con relación a los dos indicadores anteriores (que miden los recursos esenciales disponibles y aplican a los sistemas de apoyo a la calidad de la atención). Si el establecimiento no cumple con el estándar mínimo en cuanto a los recursos y a los sistemas de apoyo a la calidad de atención, los proveedores tendrán grandes dificultades en cumplir con los estándares de provisión de dichos servicios. De lo contrario, si el establecimiento cumple con el estándar mínimo, pero el proveedor no sigue las normas establecidas, el resultado indica la necesidad de revisar la idoneidad de la supervisión, la continuidad de la capacitación/la adquisición de habilidades y la administración/el liderazgo del establecimiento.

Los evaluadores pueden analizar los procedimientos que se siguen en la provisión de los servicios, sobre la base del tipo de establecimiento, el área geográfica o el sector (por ejemplo, gubernamental, privado comercial, privado sin fines de lucro). Este indicador mide si el proceso de la entrega del servicio cumple o no con los estándares aceptables. Sin embargo, no evalúa la exactitud con la que los proveedores interpretan la información, ni la idoneidad de las acciones subsiguientes.

La mayor dificultad para medir este indicador se refiere a los sesgos inherentes a la observación de la interacción entre el cliente y el proveedor, así como a algunos aspectos relacionados con el muestreo (temas que se discuten en la introducción de esta sección).

B. La Investigación Rápida de la Calidad (IRC)

A diferencia de la Evaluación de la Provisión de Servicios (EPS), la cual cubre varias áreas de la salud reproductiva, la Investigación Rápida de la Calidad (IRC) se diseñó explícitamente para la planificación familiar.

La calidad de la atención es un tema complejo que tiene múltiples facetas, por lo que los evaluadores podrían utilizar literalmente cientos de indicadores para medirla, pero el volumen de los datos obtenidos sería agobiante. Para fines prácticos se diseñó la IRC, un “listado breve” de 25 indicadores relevantes para el comportamiento de los clientes y para los resultados. Estos indicadores clave—que de ninguna manera incluyen todos los aspectos—sirven como “marcadores” para una amplia gama de condiciones y comportamientos; los establecimientos que muestran un buen desempeño en estos aspectos probablemente tendrán un buen desempeño en el conjunto más extenso de indicadores. Para una descripción completa de la IRC, se refiere a los lectores a Sullivan y Bertrand (2000). La Tabla II.H.2.1 presenta un listado de los 25 indicadores de la IRC; la numeración (I-1 a I-25) mantiene consistencia con otras publicaciones anteriores sobre la IRC.

Según muestra la Tabla II.H.2.1, cada uno de los indicadores se puede medir por medio de uno (o más) de tres métodos de recopilación de los datos; estos tres son los mismos que se utilizan para la EPS:

- **La auditoría del establecimiento**, que contiene preguntas pre-establecidas para la gerencia del programa;
- **La observación** de las interacciones entre el cliente y el proveedor y de algunos de los procedimientos clínicos; y
- **Las entrevistas de salida** con los clientes que salen del establecimiento (y que han sido previamente observados).

La auditoría del establecimiento mide la condición de **preparación** de un establecimiento para ofrecer servicios con buena calidad. Los evaluadores pueden calificar directamente el nivel de la **calidad brindada**, porque antes han podido observar la interacción entre el cliente y el proveedor. La entrevista de salida retroalimenta la percepción de los clientes en cuanto a la **calidad recibida**. La premisa básica es que una mejor calidad de atención conlleva a una mayor utilización de los servicios, a la aceptación de los métodos anticonceptivos y a la continuidad en el uso de dichos métodos. La mayoría de los elementos que se incluyen en la IRC se tomaron del Análisis de Situación (Miller et al., 1997) y se reformularon para mantener consistencia con la EPS (es decir, la mayoría de los elementos de la IRC están incluidos en el instrumento de la EPS para la planificación familiar).

La Tabla II.H.2.1 que se presenta a continuación contiene el listado breve de los indicadores de la IRC e identifica el tipo de instrumento apropiado para recopilar los datos para cada uno de ellos. Estos indicadores miden cinco de los seis elementos del marco conceptual elaborado por Bruce/Jain (es decir, todos menos la “apropiada constelación de los servicios”).

LA INVESTIGACIÓN RÁPIDA DE LA CALIDAD (IRC)

Definición

La IRC es un conjunto de 25 indicadores que miden juntamente la calidad de la atención en los programas de planificación familiar.

Datos Requeridos

Las calificaciones o la evaluación de un evaluador externo (de las auditorías del establecimiento, de las guías de observación y de los clientes incógnitos); y los autoreportes de los clientes para las entrevistas de salida

Fuente(s) de Datos

Las auditorías del establecimiento, las entrevistas de salida con clientes, las guías de observación y/o los clientes incógnitos. Nota: Los tres primeros elementos se han extraído en gran medida de los instrumentos similares que utiliza el Análisis de Situación (Miller et al., 1997).

Propósito y Temas a Considerar

La IRC es un instrumento práctico y de bajo costo para evaluar la calidad de la atención en los programas de planificación familiar. Aunque es específico para la PF, en repetidas oportunidades se ha adaptado a los demás temas de la SR relacionados (Sullivan y Bertrand, 2000). Hasta la fecha, los instrumentos se han puesto a

prueba en cinco países (Ecuador, Turquía, Uganda, Zimbabwe y Marruecos). La experiencia en la práctica indica que la recopilación de los datos para obtener estos indicadores es práctica y que los resultados son relativamente consistentes entre los distintos instrumentos (es decir, entre la observación y la entrevista de salida con clientes [Bessinger y Bertrand, 2001]).

Idealmente, se quisiera desarrollar una calificación sumaria para el conjunto entero de los indicadores. De hecho, seguirá siendo valioso reportar las fortalezas y las debilidades de establecimientos específicos o de una red de estos, y una calificación sumaria facilitaría hacer comparaciones entre los distintos establecimientos de una red o hacerlos a través del tiempo dentro de un mismo establecimiento. Sin embargo, para justificar una calificación sumaria, todos los elementos “deben moverse en la misma dirección”. Según señala un análisis detenido de los datos obtenidos en los experimentos de campo realizados en Ecuador y Zimbabwe, la mayoría de los indicadores, aunque no todos, están positivamente correlacionados; por lo tanto, no se calculó una calificación sumaria para este indicador (Sullivan, Rice y Bertrand, 2001).

Tabla II.H.2.1: Listado Breve de los Indicadores de la IRC

Número del Indicador	Indicador	Entrevista de Salida con Clientes	Observación	Auditoría del Establecimiento
	PROVEEDOR			
I-1	Muestra buenas habilidades de consejería (compuesto)	✓	✓	
I-2	Da seguridad al cliente respecto a la confidencialidad		✓	
I-3	Pregunta al cliente sobre su intención reproductiva (¿Desea tener más hijos? ¿Cuándo los desea tener?)	✓	✓	
I-4	Razona con la cliente sobre el método que ella prefiere	✓	✓	
I-5	Menciona el VIH/SIDA (Inicia el tema o responde)	✓	✓	
I-6	Habla sobre la doble protección (uso de métodos)	✓	✓	
I-7	Trata al cliente con respeto/cortesía	✓	✓	
I-8	Adapta la información clave a las necesidades específicas del cliente en particular	✓		
I-9	Da información exacta sobre el método aceptado (instrucciones sobre su uso, efectos secundarios, complicaciones)	✓	✓	
I-10	Da instrucciones respecto a cuando debe regresar	✓	✓	
I-11	Sigue los procedimientos descritos en las normas para el control de infecciones		✓	
I-12	Reconoce/identifica las contraindicaciones en consistencia con lo que dictan las normas		✓	
I-13	Ejecuta los procedimientos clínicos conforme a las normas		✓	
	PERSONAL (que no sea un proveedor)			
I-14	Trata a las clientes con respeto y dignidad	✓		
	CLIENTE			
I-15	Participa activamente en el proceso de razonamiento y selección del método (está “empoderada”)	✓	✓	
I-16	Recibe el método que quería	✓	✓	
I-17	Cree que el proveedor mantendrá su información en confidencialidad	✓		
	ESTABLECIMIENTO			
I-18	Todos los métodos (aprobados) están disponibles; no hay desabastecimientos			✓
I-19	Tiene los elementos básicos necesarios para proveer los métodos disponibles en el propio PES (equipo de esterilización, guantes, brazaletes para la toma de presión, espéculo, iluminación adecuada, agua)			✓
I-20	Ofrece privacidad para el examen pélvico / inserción del DIU (nadie puede ver)	✓	✓	✓
I-21	Tiene los mecanismos para hacer cambios programáticos con base en la retroalimentación de los clientes			✓
I-22	Ha recibido una visita de supervisión en los últimos meses			✓
I-23	Almacenamiento adecuado de los anticonceptivos y medicamentos (lejos del agua, calor, luz solar directa)			✓
I-24	Sus normas clínicas incluyen los últimos avances			✓
I-25	Los tiempos de espera son aceptables para las clientes	✓		✓

Cuadro II.H.2.1 Definición de los 25 Indicadores de la IRC

I-1: El proveedor muestra buenas habilidades de consejería (compuestos del I-2 al I-9)

Las buenas habilidades de consejería se definen en términos de *cómo* se comunica el proveedor con el cliente y *qué* información cubre en la sesión. Un proveedor que muestra buenas habilidades recibe un “sí” como calificación para los indicadores I-2 a I-9.

I-2: El proveedor da seguridad al cliente respecto a la confidencialidad

“La confidencialidad” es la garantía que el proveedor mantendrá en privado la información que el cliente comparta durante la sesión. Es decir, que el expediente del cliente estará a buen resguardo (por ejemplo, en un archivo con llave) y que el proveedor únicamente compartirá la información relevante al caso de manera adecuada (por ejemplo, dentro de la institución clínica, donde otros clientes que acuden a la clínica no puedan alcanzar a oír la información).

I-3: El proveedor interroga al cliente sobre sus intenciones de planificación familiar (¿Desea tener más hijos? ¿Cuándo los desea tener?)

El proveedor averigua sobre las intenciones de planificación familiar: El *deseo* de tener más hijos y el *momento oportuno* para los próximos nacimientos. El *deseo* se refiere a si una mujer quiere tener un/otro hijo o no; y el *momento oportuno* se refiere a cuándo quiere tenerlo.

I-4: El proveedor razona con la cliente el método que ella prefiere

“El método preferido” es el método anticonceptivo que la cliente desea utilizar al entrar a la clínica. Si desea espaciar los embarazos, la cliente podría preferir un método temporal, como la píldora, los inyectables o los condones. Como alternativa, si ya no desea tener más hijos, podría preferir un método de largo plazo, como el DIU o el implante; o un método permanente, como la anticoncepción quirúrgica femenina.

I-5: El proveedor hace mención del VIH/SIDA (inicia el tema o responde)

El VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) es el precursor del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Humana). Se dice que el proveedor hace mención del VIH/SIDA cuando él o ella conversa sobre la manera como se transmite y/o sobre cómo protegerse (el uso de condón, la abstinencia, la fidelidad a un compañero no infectado).

I-6: El proveedor razona la doble protección (el uso de métodos con doble función)

“La doble protección” se refiere al uso de los condones por sí solos (para prevenir las ITS y el VIH/SIDA) o además de otro método anticonceptivo para prevenir un embarazo no deseado. Aunque los condones pueden prevenir tanto la enfermedad como el embarazo, estos no han sido “el método preferido” de la mayoría de parejas. (Esta tendencia está cambiando en algunos países a consecuencia del VIH/SIDA). Por lo tanto, algunas personas eligen usar o continúan usando un anticonceptivo altamente efectivo para prevenir un embarazo, además del condón.

I-7: El proveedor trata al cliente con respeto/con cortesía

La manifestación de “cortesía y respeto” puede variar de una cultura a otra. En general, cortesía significa saludar a una persona de una manera culturalmente apropiada (por ejemplo, con un intercambio de saludos, con un apretón de manos), que comunique con palabras o gestos que la persona es bienvenida, dirigiéndose a él o a ella de una manera positiva, no degradante, y así sucesivamente.

I-8: El proveedor adapta la información clave a las necesidades específicas de la cliente

El proveedor “adapta” la información clave a las necesidades de la cliente, tomando en cuenta sus antecedentes (revisando su expediente y/o preguntándole a ella) y adaptando a su caso la información que le

da durante la consulta. Por ejemplo, el proveedor le pregunta cual es su intención reproductiva; y si manifiesta el deseo de tener más hijos en el futuro, platica con ella sobre los métodos temporales únicamente.

I-9: El proveedor da toda la información exacta sobre el método aceptado (instrucciones para su uso, los efectos secundarios y las complicaciones)

La información “exacta” es la información correcta y veraz. En el contexto de la provisión de los métodos anticonceptivos, el proveedor debe conversar conforme a los estándares actuales sobre la manera de usar el método, los efectos secundarios y cualquier complicación que pudiera surgir a consecuencia de su uso.

I-10: El proveedor da instrucciones sobre cuando se debe regresar

El proveedor informa a las clientes cuándo deben regresar a su próxima consulta.

I-11: El proveedor sigue los procedimientos descritos en las normas para control de infección

“El control de infección” se refiere a mantener las condiciones asépticas en el entorno clínico. Entre ellas se incluye el lavado de manos, el uso de guantes esterilizados y la esterilización del equipo después de cada uso. Las “normas” son los estándares o protocolos establecidos por el programa o por los estándares nacionales o internacionales (o por una combinación de estos).

I-12: El proveedor reconoce/identifica las contraindicaciones consistentemente con lo que dictan las normas

Las contraindicaciones son los atributos de una cliente que hacen que el uso de un método anticonceptivo en particular no sea seguro para ella. Por ejemplo, si una cliente tiene una ITS/VIH, el proveedor no debe recomendar el uso del DIU porque puede ocasionarle enfermedad pélvica inflamatoria.

I-13: El proveedor ejecuta los procedimientos clínicos conforme a las normas

Los procedimientos clínicos son las acciones específicas que el programa recomienda (aparte de los procedimientos de control de infección antes mencionados). Por ejemplo, una norma común es que los proveedores deben explicar a la cliente sobre ciertos aspectos del examen físico.

I-14: El personal trata a la cliente con respeto y dignidad

“Las personal” se refiere al personal de la clínica (aparte del proveedor) con quien la cliente interactúa mientras está en la clínica. El personal incluye al personal que da ingreso a las pacientes y otro personal auxiliar, como los educadores, las trabajadoras sociales y las recepcionistas. Se dice que a una cliente se le trata con respeto si el personal la saluda amistosamente y la trata con la cortesía apropiada a su propia cultura.

I-15: La cliente participa activamente en el proceso de razonamiento y selección del método (está “empoderada”)

Las clientes “participan activamente” en el proceso de razonamiento cuando preguntan y ofrecen voluntariamente la información personal. El “empoderamiento” se refiere a un sentimiento de libertad y poder en una situación específica. En el contexto de la atención de la salud, la cliente debe sentir la confianza de solicitar la atención que necesita. Las clientes muestran empoderamiento cuando hacen preguntas y se sienten cómodas para elegir el método que consideran es el mejor para ellas (en lugar de sentir que tienen que aceptar el que el proveedor recomienda).

I-16: La cliente recibe el método que quería

“El método preferido” se refiere al método que la cliente quería al llegar a la clínica. Una cliente recibe el método preferido si realmente recibe ese método el día de su consulta, o si se le refiere o se le receta el

mismo. (Nota: Este indicador es difícil de rastrear cuando la cliente debe regresar para una reconsulta, cuando se le refiere a otro lugar o cuando se le receta un método). Nota: También podría ocurrir que la cliente no recibe el método que prefería por estar médicamente contraindicado.

I-17: La cliente cree que el proveedor mantendrá la confidencialidad

La confidencialidad es el grado hasta el cual la información personal se mantiene en privado dentro y fuera del sistema clínico. A través de sus visitas a una clínica, las clientes pueden llegar a creer que se protege su información personal o que no se protege. La información se trata con confidencialidad si los proveedores usan el nombre de las clientes solamente si es necesario, si guardan bien los expedientes y si discuten, de ser absolutamente necesario hacerlos, los casos dentro de la localidad clínica y no entre la comunidad más amplia. (Nota: La validación de campo de estos instrumentos señala que, aunque los proveedores garanticen que mantendrán la confidencialidad [I-2], las clientes no necesariamente creen que ésta se mantendrá).

I-18: El establecimiento tiene todos los métodos (aprobados) disponibles; no sufre de desabastecimientos

Los métodos aprobados son los que la clínica está autorizada o tiene licencia para distribuir. Por ejemplo, algunas clínicas pueden carecer de personal clínico capacitado para administrar los métodos que requieren mucha capacitación clínica (por ejemplo, la anticoncepción quirúrgica femenina o masculina, la inserción del DIU). El “desabastecimiento” se refiere a la incapacidad de dar un método anticonceptivo a una cliente por no estar disponible en la clínica el día de la consulta. Los desabastecimientos pueden variar según el método, la duración y la frecuencia con que ocurren. Por ejemplo, una clínica podría proveer la píldora sin problemas, pero podría quedarse sin condones durante una semana cada mes.

I-19: El establecimiento tiene los elementos básicos necesarios para ofrecer los métodos disponibles en el punto de entrega del servicio (el equipo de esterilización, los guantes, el brazalete para la toma de presión, el espéculo, iluminación adecuada, agua)

“Los elementos básicos” son los artículos esenciales para proveer los métodos anticonceptivos sin riesgos; están disponibles si hay por lo menos uno en condición de uso. El equipo necesario varía según el método. Una clínica debe tener el equipo mínimo requerido para cada método. (Nota: Se debe diferenciar entre un listado básico de los instrumentos y un listado completo de los instrumentos. Cuando monitorean el control de la calidad, los usuarios de esta herramienta consideran que es más práctico limitar la pregunta a un listado corto de los elementos esenciales, en vez de incluir a un listado exhaustivo como el que generalmente se usa para los fines de supervisión).

I-20: El establecimiento ofrece privacidad para el examen pélvico/la inserción del DIU (nadie puede ver)

“La privacidad visual” se refiere a una área apartada para realizar un examen físico. Una área privada es un cuarto con una puerta o una área separada por una cortina.

I-21: El establecimiento tiene los mecanismos para hacer cambios programáticos con base en la retroalimentación de las clientes

“Los mecanismos” se refiere a los medios disponibles para realizar cambios en el programa. Entre los mecanismos para obtener la retroalimentación de las clientes, figuran: Los buzones de sugerencias, las entrevistas informales con las clientes y las reuniones comunitarias con clientes de otras áreas de captación. El personal/la gerencia del programa debe revisar las sugerencias y decidir si se toma una acción (o no).

I-22: El establecimiento ha recibido una visita de supervisión en los últimos ____ meses

La visita de supervisión—una visita periódica del gerente o el supervisor del programa—asegura que los

establecimientos cumplan con los estándares y las normas actuales. La frecuencia de estas visitas puede variar según las necesidades del programa (por ejemplo, un mínimo de cada seis meses).

I-23: El establecimiento almacena adecuadamente los anticonceptivos y los medicamentos en el local (lejos del agua, del calor, de la luz solar directa).

“El almacenamiento adecuado” se refiere a una área reservada para mantener la integridad de los anticonceptivos y los medicamentos. Operacionalmente, ésta se define como una área alejada del agua, del calor, de la luz solar directa y que no esté pegada al suelo.

I-24: El establecimiento tiene las normas clínicas que incluyen los últimos avances o adelantos

“Los últimos avances” significan la información actualizada que refleja los lineamientos internacionales de actualidad con relación a los protocolos clínicos. Las normas con los últimos avances garantizan que las prácticas y los procedimientos recomendados se basan en la investigación más avanzada.

I-25: Los tiempos de espera del establecimiento son aceptables para los clientes

El “tiempo de espera” se refiere a la cantidad de tiempo que los clientes deben esperar desde el momento que llegan a la clínica hasta que ven al proveedor principal del servicio. “Aceptable” debe basarse en los autoreportes de los clientes (es decir, ¿fue el tiempo de espera demasiado largo o fue satisfactorio?). Los tiempos de espera aceptables pueden ser distintos en cada país; algunos clientes llegan a “aceptar” lo que consideran inevitable, mientras que otros pueden definir un tiempo de espera aceptable como un tiempo de menos de 30 minutos.

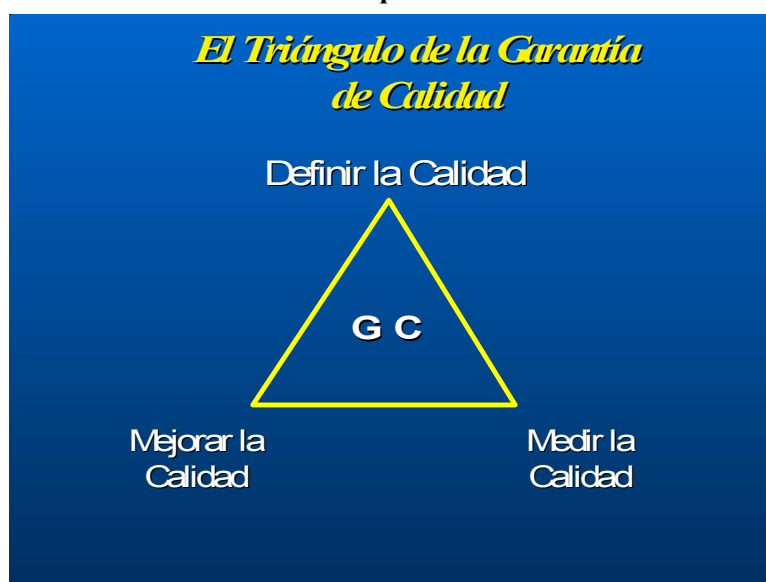
C. El Enfoque de Garantía de Calidad (Aplicado a la Salud Materna)

El Enfoque de Garantía de Calidad

El enfoque de Garantía de Calidad (GC) para abordar los aspectos de la calidad de la atención incorpora tres funciones fundamentales a implementar: **Definir la calidad, medir la calidad y mejorar la calidad** (QAP/URC, 2001a). Tal como se explica más adelante, el

triángulo de la GC ilustra la sinergia que debe haber entre estas tres funciones fundamentales (ver Gráfica II.H.2.1). En realidad, cada una de estas funciones representa una constelación de actividades. La forma de triángulo indica que debe haber un balance adecuado entre estas tres funciones fundamentales y que no se trata de una secuencia única de pasos para iniciar las actividades con GC para que una estrategia de GC sea efectiva. El mayor impacto en la calidad de la atención se logra únicamente cuando estas tres funciones se implementan de una manera coordinada. En este *Compendio* centramos nuestra atención en los factores relevantes a la medición de la calidad.

Gráfica II.H.2.1 Componentes Fundamentales del Enfoque de GC



Gráfica II.H.2.2 Dimensiones de la Calidad



Definir la Calidad significa desarrollar las expectativas o los estándares de la calidad. Se pueden establecer estándares para los insumos, los procesos o los resultados y estos pueden ser estándares clínicos o administrativos (los resultados esperados, el resultado o el impacto en la condición de la salud). Los estándares expresan el nivel del desempeño que se espera de una persona, un establecimiento o un sistema completo de atención de la salud. Un buen estándar debe ser fiable, realista, válido, claro y medible. Se pueden establecer estándares de calidad para cada una de las nueve dimensiones o aspectos que muestra la Gráfica II.H.2.2 y que cubren algunos de los atributos ampliamente reconocidos de la calidad de la atención. Los estándares para la atención clínica deben basarse en la mejor evidencia científica disponible; y se deben incluir las percepciones y las expectativas de calidad de los grupos de interés (incluidas las de los clientes y la comunidad) al definirlos.

Cuando no hay estándares establecidos, los médicos deben diseñarlos o adaptarlos a partir de los estándares internacionales. Aunque los estándares deben ser específicos para cada contexto, los estándares universalmente aceptados suelen ser un buen punto de partida para desarrollar los estándares locales. Algunas veces, aunque haya estándares nacionales establecidos, estos deben refinarse o hacerse operativos para uso local.

Mejorar la Calidad implica usar los métodos adecuados para obtener una mejor calidad (la solución de los problemas, el rediseño/la reingeniería de los procesos) para cerrar las brechas que puedan existir entre el nivel de la calidad esperada (definido por los estándares) y el verdadero nivel de la calidad que se ofrece. Esta función fundamental utiliza las herramientas y los principios de la calidad para: 1) Identificar/determinar lo que se quiere mejorar; 2) analizar el sistema de atención o el problema; 3) desarrollar una hipótesis según la cual los cambios (soluciones) pueden mejorar la calidad; 4) poner a prueba/implementar los cambios para ver si estos realmente producen mejoras; y 5) con base en los resultados de estas pruebas, decidir si las soluciones se abandonan, se modifican o se implementan (Proyecto QAP/URC, 2001b).

Medir la Calidad consiste en cuantificar el nivel del desempeño o cumplimiento con los estándares establecidos. Para este proceso se requiere identificar los indicadores de desempeño, recolectar los datos y

analizar la información. La medición de la calidad está estrechamente vinculada con su definición, ya que los indicadores de la primera se refieren a la definición específica o al estándar de calidad bajo análisis. Cuando la calidad es definida por estándares, su medición requiere una evaluación del nivel de cumplimiento con los mismos. Por consiguiente, es más fácil medir la calidad cuando se cuenta con definición o un estándar que sea claro, ya que los indicadores se obtienen a partir de lo que en ellos se exprese. Así también, medir la calidad conduce directamente a identificar las áreas que necesitan mejora o atención—lo que constituye el primer paso para mejorar la calidad. Para medir la calidad, hay una serie de aspectos importantes que deben subrayarse y sus detalles aparecen en diversas publicaciones (Proyecto QAP/URC, 2000a y 2000b). Entre estos aspectos, figuran:

- Si el enfoque de GC se inicia midiendo la calidad, ésta debe limitarse a lo que el sistema pueda o quiera mejorar (es decir, se debe definir un objetivo de mejora de la calidad);
- El equipo de la GC debe ser realista en cuanto a los datos que puede recolectar fácilmente a nivel del establecimiento o del sistema. Muchas veces resulta muy efectivo utilizar un sistema sencillo de monitoreo con pocos indicadores relevantes a la meta de la mejora; y
- Para que los grupos de interés que controlan la calidad de la atención (por lo general, los proveedores) se sientan parte del proceso de mejora de la calidad, estos deben tener participación activa en el diseño de las estrategias de la medición, tales como los estudios especiales, la auto-evaluación, las auditorías y las visitas de supervisión. El equipo que está a cargo de hacer las mejoras debe participar de lleno en definir los estándares, identificar los indicadores y desarrollar la estrategia de la medición.

En esta sección, centramos nuestra atención en la medición de la calidad de los servicios de salud materna y neonatal, específicamente de la atención obstétrica esencial a nivel operativo o a nivel del establecimiento. Por consiguiente, en lo que se refiere a atención del recién nacido y maternidad segura, los indicadores que sirven de ilustración se basan en los estándares actuales de la Atención Obstétrica Esencial

(AOE) Neonatal y de la Atención Obstétrica de Emergencia. Sin embargo, aunque haya estándares nacionales claramente definidos, podría ser necesario definir nuevos estándares (e indicadores) específicos al establecimiento y a la comunidad a la que se sirve. Así pues, los indicadores que se usen para medir la calidad variarán en cada ámbito, conforme a los estándares particulares que se utilicen y al nivel operativo del sistema en el que se enfoque la medición (a nivel del establecimiento, del distrito, a nivel regional o a nivel nacional).

Los estándares e indicadores que se presentan para ilustrar esta sección se han extraído de la Iniciativa Latinoamericana de Mortalidad Materna (ILAMM). Esta iniciativa, implementada en colaboración con el Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en cada uno de los países participantes, pretende reducir la mortalidad materna, incrementando el uso, calidad y disponibilidad de los servicios de salud materna en once países. En tres de estos países—Bolivia, Ecuador y Honduras—los subcontratistas del Proyecto Quality Assurance y de algunas organizaciones no gubernamentales brindaron asistencia técnica para medir la calidad, utilizando el enfoque de GC. Este enfoque mejoró la capacidad de los establecimientos y de los proveedores de salud para detectar y manejar las complicaciones de la atención obstétrica y neonatal, a nivel del establecimiento y del distrito. Mayores detalles de los resultados de este trabajo se pueden encontrar en el Resumen de la ILAMM, por Askov, Legros y Camacho, 2001.

Los Niveles Organizativos de la Atención

Tal como se explica a continuación, para desarrollar indicadores para monitorear la calidad de la atención materna, se deben tomar en consideración varios niveles organizativos del sistema de atención de la salud (nivel operativo/nivel del establecimiento, nivel intermedio y nivel estratégico). Los indicadores varían según el nivel organizativo y los estándares específicos seleccionados para medir la calidad (Proyecto QAP/URC, 2001c). En la medida de lo posible, el equipo de GC debe seleccionar aquellos indicadores que usan datos disponibles que se recolectan a través del sistema

rutinario de información en salud. A continuación se ofrece una breve descripción de los niveles organizativos.

- **Nivel operativo** - se refiere al establecimiento donde se llevan a cabo los procesos que afectan directamente a los usuarios y que generan los datos a monitorear.
- **Nivel intermedio** - incluye a las personas que toman las decisiones y que influyen en la calidad de la atención y en la entrega de los servicios, tales como los jefes de los departamentos, de las secciones o de los servicios.
- **Nivel estratégico** - incluye a las personas que toman las decisiones al más alto nivel político y administrativo, tanto a nivel local como a nivel de provincia y a nivel nacional.

La Tabla II.H.2.2 describe las diferencias entre estos niveles.

Un sistema completo de monitoreo de la atención obstétrica neonatal y esencial incluye indicadores para los procesos, los productos y los resultados en los distintos niveles de atención. Estos indicadores deben reflejar los niveles de cumplimiento con los mejores estándares clínicos con base en la evidencia disponible. Varía la frecuencia con la que se deben medir estos indicadores. Algunos requieren mediciones mensuales o trimestrales (por ejemplo, el cumplimiento con los estándares de los procesos de atención), mientras otros requieren mediciones menos frecuentes (por ejemplo, la medición de resultados tales como las tasas de mortalidad materna específicas a una enfermedad). Cuando el número de casos es limitado, se pueden combinar los resultados de varios de los establecimientos de una región. Los evaluadores pueden ir trazando en una tabla los datos obtenidos en el transcurso del tiempo; y pueden seguir así las tendencias o los patrones de desempeño y mejora (cuyo producto se conoce como las “tablas de tendencias”).

Aunque los siguientes indicadores ilustrativos son particularmente útiles a nivel del establecimiento o servicio, algunos se pueden usar también a nivel del programa nacional.

Tabla II.H.2.2 Los Niveles Organizativos

Nivel	Objetivo del Monitoreo	Proceso	Personas Involucradas
Nivel Operativo	Rastrear los procesos y los resultados de la entrega de los servicios y la disponibilidad de los insumos	Hacer énfasis en los procesos o servicios individuales a nivel del establecimiento	Los equipos administrativos y de mejora de servicios que examinan la calidad de los procesos a nivel del establecimiento
Nivel Intermedio	Comparar los procesos que se llevan a cabo a nivel operativo	Hacer énfasis en los resultados y en los productos de los procesos o servicios combinados	Los jefes de los departamentos, de los programas y de los servicios, a nivel de distrito
Nivel Estratégico	Evaluar los resultados globales del sistema, comparar los resultados frente a los objetivos, tomar acciones respecto a las diferencias, garantizar la calidad del sistema completo	Hacer énfasis en los resultados globales del sistema y en las estrategias para obtener un mejor logro de los objetivos	Las máximas autoridades administrativas y organizativas del gobierno, a nivel nacional, regional o local

Fuente: PQA/URC, 2001c.

Indicador

EL PORCENTAJE DE LOS RECIÉN NACIDOS QUE RECIBEN LA ATENCIÓN INMEDIATA CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DEL MSP

Definición

El porcentaje de los recién nacidos que reciben atención inmediata conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud Pública (MSP)

El estándar clínico para la atención inmediata del recién nacido incluye un examen físico que consiste en los siguientes elementos (como mínimo):

- Los signos vitales;
- El ritmo cardíaco;
- El ritmo respiratorio;
- La temperatura;
- La apariencia general (por ejemplo, el color, las malformaciones, el nivel de actividad, el peso, la longitud, la circunferencia de la cabeza);
- La edad gestacional;
- El puntaje Apgar;
- Otro tipo de intervenciones (por ejemplo, profilaxis oftálmica, administración de vitamina K y llenado de la historia clínica neonatal).

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de recién nacidos en el establecimiento que reciben atención conforme a las normas de atención clínica del MSP}}{\text{\# de recién nacidos en el establecimiento}} \times 100$$

El indicador se calcula para un período de referencia específico (por ejemplo, un trimestre o un año, dependiendo del tamaño del establecimiento).

Datos Requeridos

El número de recién nacidos en el establecimiento durante el período de referencia que reciben atención inmediata conforme a las normas de atención clínica del MSP; el número total de recién nacidos en el establecimiento durante el período de referencia

Fuente(s) de Datos

Revisión de los expedientes médicos; observación directa de los proveedores

Propósito y Temas a Considerar

La atención inmediata al recién nacido ayuda a identificar si el bebé tiene una condición física normal; si tiene una condición o problema que requiere tratamiento inmediato urgente; o si tiene alguna condición/malformación u otro problema que requiera su traslado a otro establecimiento o servicio.

La atención inmediata ayuda a reducir las complicaciones, secuelas y muerte de los recién nacidos; y tanto los médicos como las enfermeras pueden aprender a ejecutarla sistemáticamente en todos los niveles de atención.

Para que el expediente clínico del recién nacido pueda ser una fuente de datos confiable, el personal debe llenarlo consistentemente y con toda precisión. Idealmente, el formulario de registro especificará los estándares a cumplir, facilitará el registro exacto de los datos y estimulará las acciones apropiadas a seguir.

Las normas de atención inmediata también pueden incluir protocolos específicos para la identificación y tratamiento de la asfixia, la hipotermia o la hipoglucemia.

Una baja calificación en este indicador debe desencadenar una o varias intervenciones inmediatas para abordar los conocimientos y las destrezas de los proveedores, la manera cómo está organizada la atención o ambos. Tanto el equipo de salud de la zona o distrito como el supervisor del establecimiento pueden brindar al personal el apoyo y la motivación necesarios para garantizar que se cumpla con este importante estándar. Los equipos de mejoría de la calidad también pueden ayudar a determinar las causas por las que se ha tenido dificultad en cumplir con el estándar, de acuerdo con lo que revele el indicador.

LA TASA DE MORTALIDAD PERINATAL DEL ESTABLECIMIENTO

Definición

La mortalidad perinatal se refiere a las pérdidas gestacionales (bebés nacidos muertos después de 22 semanas de gestación) y a las muertes neonatales tempranas (muerte dentro de los primeros siete días completos de vida). Este indicador, el de la mortalidad perinatal del establecimiento, mide la mortalidad perinatal en los nacimientos atendidos en un establecimiento o en una red de establecimientos.

El indicador se calcula para un período específico, de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de muertes perinatales}}{\text{\# de nacimientos}} \times 100$$

Datos Requeridos

El número de muertes perinatales y el número de nacimientos atendidos durante un período de referencia específico (por ejemplo, en 3 meses, en 12 meses) en un establecimiento o en un conjunto de establecimientos

Fuente(s) de Datos

Revisión de los expedientes médicos del establecimiento

Propósito y Temas a Considerar

La tasa de mortalidad perinatal es un indicador clave del estado de salud, reflejando la calidad de la atención materna y neonatal en general. Esta calidad depende de la condición socioeconómica de la comunidad, del acceso a la atención de la salud y de la calidad de dicha atención.

Entre los diversos factores que influyen en el nivel de mortalidad perinatal, figuran: La efectividad del tratamiento de las condiciones médicas y de las complicaciones durante el embarazo, tales como la diabetes y la presión sanguínea alta; la disponibilidad de atención neonatal o especial para los recién nacidos muy enfermos o prematuros; y la disponibilidad de establecimientos en los que se haga un diagnóstico prenatal de las malformaciones congénitas. Otros factores que afectan la mortalidad perinatal son la calidad de la atención obstétrica y pediátrica disponible, así como las políticas de salud pública.

Nota: La Tasa de Mortalidad Perinatal del Establecimiento refleja la calidad de la atención que se brinda en un establecimiento específico o en una red de clínicas. Para su aplicación a nivel de la población, se refiere a los lectores a la Parte III.E.

Indicador

EL PORCENTAJE DE LOS PARTOS EN LOS QUE SE UTILIZÓ CORRECTAMENTE UN PARTOGRAMA

Definición

El porcentaje de los partos correctamente monitoreados con un partograma

El partograma es un cuadro sencillo que el personal clínico puede utilizar para monitorear el trabajo de parto e identificar si éste tiene un progreso no satisfactorio.

El uso correcto se define como: (1) Comenzar el proceso de monitoreo solamente después que la mujer ha iniciado el trabajo de parto y (2) medir los parámetros esenciales, tales como dilatación cervical, el descenso de la cabeza fetal y las contracciones uterinas.

El indicador se calcula para un período de referencia específico de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de partos monitoreados correctamente con un partograma}}{\text{\# total de partos}} \times 100$$

Datos Requeridos

El número de partos monitoreados con un partograma; evidencia del uso correcto del partograma; el número de partos atendidos en el establecimiento durante el período de referencia (por ejemplo, 3 meses, 12 meses)

Fuente(s) de Datos

Revisión de los expedientes médicos; observación directa por un supervisor o un evaluador externo (para el uso correcto); revisión del partograma

Propósito y Temas a Considerar

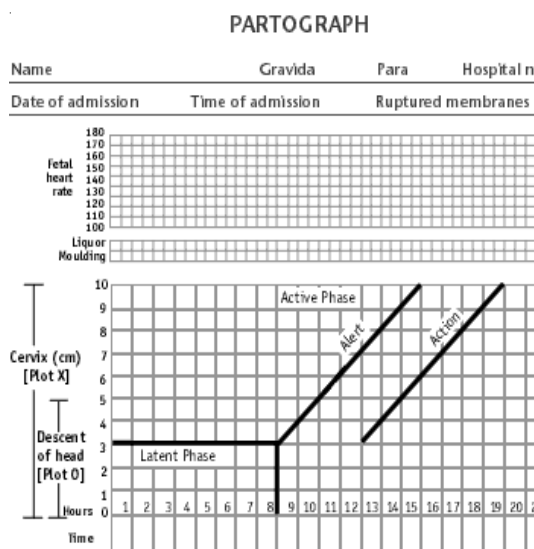
El partograma presenta la dinámica del trabajo de parto durante la primera etapa del mismo. Registra la condición fetal, el progreso del trabajo de parto y la condición de la madre, ofreciendo una exposición visual del progreso y alertando de inmediato al proveedor de atención sobre cualquier suceso anormal. De esta forma, el partograma actúa como un “sistema de advertencia temprana” que detecta la insuficiente

acción uterina y/o la desproporción cefalopélvica que podría(n) conducir a un parto obstruido (OMS, 1991a).

Si se usa apropiadamente, el partograma ayuda a reducir el trabajo de parto prolongado y sus secuelas, por medio de una pronta referencia. Las parteras, los médicos y las enfermeras pueden aprender a usar e interpretar correctamente el partograma en todos los niveles de atención, ayudando así a reducir los casos de trabajo de parto prolongado, la morbilidad materna y la mortalidad perinatal (Schwarcz, Díaz y Nieto, 1990).

Una baja puntuación en este indicador podría señalar la necesidad de implementar más intervenciones, tales como capacitación en el lugar de trabajo o tutelaje de refrescamiento para el personal.

Gráfica II.H.2.3 El Partograma



Indicador

EL PORCENTAJE DE LOS PARTOS EN LOS QUE SE LLENÓ ADECUADAMENTE UNA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

Definición

La atención que el personal pone en mantener una historia completa de la madre y el bebé, desde el período prenatal hasta las 22 semanas después del parto

La historia clínica perinatal consiste en uno o varios formularios con información de la madre y el recién nacido en cada contacto—durante el embarazo, el parto, y el período neonatal.

Este indicador se calcula para un período de referencia específico de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de partos atendidos en el establecimiento con una historia clínica perinatal adecuadamente llenada}}{\text{\# de partos atendidos en el establecimiento}} \times 100$$

El período de referencia para este indicador se determina localmente, pero por lo general es de 3 a 12 meses.

Datos Requeridos

El número de partos con una historia clínica perinatal completa; el número de partos atendidos en el establecimiento durante el período de referencia

Fuente(s) de Datos

La revisión de los expedientes médicos; la observación directa de los proveedores

Propósito y Temas a Considerar

El mantener una historia clínica perinatal estandarizada y completa es de suma importancia para la calidad de la atención materna, ya que sirve para recordar a los

proveedores de salud los estándares de la atención. En América Latina, la mayoría de los Ministerios de Salud han adaptado el modelo de la “historia clínica perinatal simplificada” desarrollada por el Centro Latinoamericano de Perinatología.” La historia clínica estándar cuenta con secciones para los datos de identificación, el historial obstétrico, los datos del embarazo y del parto, los datos del recién nacido y la información del postparto. La historia clínica tiene unas secciones en amarillo que representan algunos factores importantes que pueden incrementar el riesgo perinatal.

Tanto el formato como el contenido de la historia clínica perinatal podrían variar de país en país, o aun dentro de un mismo país, si el Ministerio de Salud no ha introducido un formato estandarizado. Los proveedores deben saber completar y usar correctamente la historia clínica perinatal para cada embarazo y cada parto, sin importar cual sea el formato y el contenido que el establecimiento haya decidido utilizar. Esto crea conciencia entre los gerentes de programa sobre la necesidad de contar con una historia clínica perinatal estandarizada o la de mejorar las que se utilizan.

Este indicador mide, desde el período prenatal hasta las 22 semanas después del parto, el grado de atención que el personal pone al mantenimiento de la historia completa de la madre y el bebé. Aun cuando sea responsabilidad del personal mantener las historias clínicas de todas las mujeres que asisten al establecimiento, no se le puede responsabilizar del todo por las mujeres que no regresen al establecimiento para recibir la atención postparto. Ante todo, este indicador mide el cumplimiento del personal con el mantenimiento de los registros, lo cual es una función importante que ayuda a mejorar la continuidad de la atención.

Indicador

EL PORCENTAJE DE LAS MADRES EXAMINADAS CADA 30 MINUTOS DURANTE LAS PRIMERAS DOS HORAS DESPUÉS DEL PARTO

Definición

El número de madres con un parto reciente a quienes se les hizo un examen estandarizado cada 30 minutos durante las primeras dos horas después del parto

“Examinadas” se refiere a una serie de exámenes estandarizados, entre los cuales figuran: Los signos vitales, el sangrado y la condición uterina.

Este indicador se calcula para un período de referencia de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de madres examinadas cada 30 minutos durante las primeras dos horas después del parto}}{\text{\# de partos atendidos}} \times 100$$

Datos Requeridos

El número de madres con un parto reciente que son examinados cada 30 minutos después del parto durante las primeras dos horas; el número de mujeres con partos atendidos en el establecimiento durante el período de referencia. Para que sean válidos, los exámenes tienen que haber sido hechos oportunamente (cada 30 minutos).

Fuente(s) de Datos

La revisión de los expedientes médicos, la observación directa por un supervisor o evaluador externo

Propósito y Temas a Considerar

Una proporción importante de las muertes maternas ocurren después del parto, siendo la hemorragia la principal causa individual para estas muertes. La hemorragia suele ocurrir con mayor frecuencia en el período del postparto inmediato (OMS, 1999a). Es por esto que un examen rutinario de los signos vitales (la presión sanguínea en particular) y de la condición de sangrado vaginal y uterino durante las primeras dos horas postparto es un estándar importante de la calidad de la atención que ayuda a detectar oportunamente una complicación que potencialmente podría constituir una amenaza a la vida.

Una historia clínica postparto diseñada conforme a los estándares de atención servirá para recordar a los proveedores que deben cumplir con dichos estándares. Si no se dispone de un formulario específico, el hecho de enfocar la atención hacia este estándar podría propiciar el desarrollo de una herramienta de trabajo específica para este fin.