

CURSO ESPECIAL DE POSGRADO EN GESTIÓN LOCAL DE SALUD

M ó d u l o

N U E V E

**INTRODUCCIÓN A LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD
EN EL NIVEL LOCAL**

Caja Costarricense de Seguro Social
Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud
y Seguridad Social (CENDEISSS)
Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado (SEP)
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública



2004

Introducción a la Calidad en los Servicios de Salud en el nivel local:
módulo IX/ Orlando Urroz Torres, Patricia Allen Flores.
San José, C.R.: EDNASSS-CCSS. 2004.

77 p. : 21.5 x 27 cm (Curso Especial de Posgrado Gestión Local de
Salud)

ISBN:

1. Calidad en salud 2. Mejoramiento de la calidad en salud. 3.
Garantía de Calidad 4. Metodología de calidad

Comité Editorial

Álvaro Salas Chávez
Alcira Castillo Martínez
Raúl Torres Martínez
Carlos Icaza Gurdían
Marianne Carballo Rosabal

Equipo de Producción

Asesoría pedagógica y metodológica: Raúl Torres Martínez
Corrección filológica: Raúl Torres Martínez
Edición del sitio en Internet: Magally Morales Ramírez, BINASSS
Apoyo secretarial: Carmen Villalobos Céspedes

Coordinaciones del Curso

Coordinación institucional por CENDEISSS
Marianne Carballo Rosabal

Coordinación académica por Escuela Salud Pública, UCR
Alcira Castillo Martínez

Colaboración en el Curso

Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

Primera edición, 2004

© Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)

Todos los derechos reservados

Prohibida la reproducción parcial o total de la obra sin la autorización previa del CENDEISSS.

Las opiniones y contenidos de los módulos, no necesariamente evidencian la posición y las perspectivas de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

Autoría de contenidos

Orlando Urroz Torres
Patricia Allen Flores

Esta es una versión del 2004, revisada y actualizada a partir del módulo “Introducción al Estudio de la Calidad en Servicios de Salud Local”, 1999.

TABLA DE CONTENIDOS

8	Introducción
10	Objetivo general del módulo
11	Primer Unidad: La Calidad total en el Modelo de atención de salud
11	Objetivo general de la primera unidad
12	I. Introducción conceptual sobre calidad
12	A. El campo de la calidad
16	B. Características del mejoramiento de la calidad
18	C. Componentes de la garantía de la calidad
21	D. Propuestas de calidad en salud
22	E. La índole del problema de la calidad
24	F. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad
26	G. Vocabulario del modelo industrial
27	Segunda Unidad: Garantía de Calidad en los Servicios de Salud
27	Objetivo general de la segunda unidad
28	I. Principios y definiciones sobre garantía de calidad
28	A. Definiciones
29	B. Interés por la garantía de calidad
30	C. Principios de la garantía de calidad
32	II. El proceso de garantía de calidad
32	A. Pasos del proceso de garantía de calidad
50	Tercera Unidad: Metodología de Calidad en Servicios de Salud
50	Objetivo general de la tercera unidad
51	I. Bases metodológicas del estudio de la calidad en salud
51	A. Interrelaciones de concepto de calidad
53	B. Dimensiones de la calidad
55	C. Objetivos de calidad en salud
56	II. Una propuesta metodológica de calidad en salud

56	A. Sistema de análisis de la mortalidad infantil y materna
58	B. Análisis de las muertes de menores de un año en las “COLAMI”
62	Bibliografía
64	Anexo 1

Presentación

Prefacio

El Curso **ESPECIAL DE POSGRADO EN GESTION LOCAL DE SALUD**, es la respuesta que el CENDEISSS y el Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, en contrato con la Escuela de Salud Pública, de la Universidad de Costa Rica, implementan para satisfacer adecuadamente la actualización de conocimientos teórico-prácticos de los recursos humanos en el primer nivel de atención. Este proyecto de capacitación se realiza desde finales de 1996 y en esta oportunidad se ofrece en una versión actualizada.

La articulación de herramientas e instrumentos de gestión de los servicios de salud con las necesidades y las oportunidades que generan los procesos de reforma son parte de una posición analítica y práctica frente a la problemática y avances de nuestro Sistema Nacional de Salud y el modelo de atención del primer nivel de atención. Más que una descripción técnica, sin contextualización institucional, de la realidad nacional y los marcos de referencia teórica, el tratamiento de la temática de la gestión intenta vincularse con la identificación de los problemas centrales de nuestro sistema de salud.

En términos generales, la definición del nivel de análisis vinculado con los aspectos de la gestión, tiene un significado y una finalidad decididamente práctica, pero no ingenua. El abordaje propuesto en el Curso intenta a partir de la concepción del posicionamiento de los actores protagonistas de los servicios de salud, cuales son los estudiantes profesionales que trabajan en los EBAIS y en las Áreas de Apoyo, el desarrollo de sus capacidades organizacionales e institucionales y los mecanismo de coordinación de las diferentes instancias de financiamiento, organización y provisión de servicios, factores relevantes en la definición de la trayectoria del proceso de cambio y de sus resultados en materia de equidad, eficiencia y calidad.

En todos los casos los módulos -dada su integración- se vinculan y retroalimentan necesariamente, condición favorecedora de la metodología en uso (MOUSE), que permite que ninguno sea exhaustivo en el contenido que aborda sino con características de complementariedad, para dar cabida a la concepción interdisciplinaria.

Este módulo y la serie a que pertenece constituyen el material didáctico básico del Curso de Gestión Local de Salud, que desencadena el desarrollo del aprendizaje significativo en el proceso de trabajo.

Este esfuerzo se concreta en el conjunto de 11 módulos elaborados por grupos de autores procedentes de los servicios de salud, tanto de la CCSS como del Ministerio de Salud y de la Universidad de Costa Rica, asesorados técnica y metodológicamente por la Escuela de Salud Pública.

Alcira Castillo Martínez
Directora
Escuela de Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad de Costa Rica

Introducción

La calidad debe ser el paradigma de todos los que gestionan la salud en los servicios de salud y en la comunidad para el mejoramiento de las condiciones de vida de los individuos y los grupos sociales.

Aunque la calidad parece un atributo inherente y obvio a la prestación de los servicios de salud no siempre esta se garantiza. Se debe desde la perspectiva de la equidad y la eficacia realizar estudios de los procesos y resultados del quehacer en la atención integral de la salud, en forma sistemática y sistémica.

El tema de la calidad se introduce en este módulo en forma sencilla y aplicable para los servicios de salud del primer nivel de atención.

Se desarrollan tres unidades: La Calidad total en el modelo de Atención de Salud, Garantía de Calidad en los Servicios de Salud y Metodología de calidad en servicios de salud, que presentan conceptos y metodologías apropiadas para valorar la calidad del Equipo de Salud y de la red de Servicios del Sistema de Salud.

Estos contenidos que se sugieren con el objetivo de relacionar el tema de la calidad con los procesos de trabajo del EBAIS y áreas de salud.

Claves

**Objetivo
específico**

o

Ejemplo

Ei.

**Resumen
parcial**

Res.

**Conclusión
parcial**

Concl.

Objetivo general del módulo

Introducir la calidad en salud como un atributo de los servicios de atención para el mejoramiento de la salud local de las personas y la población.

Primera Unidad

LA CALIDAD TOTAL EN EL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD

Objetivo general de la primera unidad

Reconocer conceptualmente las nociones de calidad en materia de atención de la salud.

I. INTRODUCCIÓN CONCEPTUAL SOBRE CALIDAD



Identificar los elementos componentes de la calidad en la atención de la salud

A. EL CAMPO DE LA CALIDAD

1. Elementos básicos de una definición de calidad en la atención médica y de salud

Según, Donabedian la búsqueda de una definición de lo que es la calidad en la atención médica puede, atinadamente, empezar por lo más simple y completo de la atención: el tratamiento que proporciona un médico, o cualquier otro profesional, a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado. El autor divide el tratamiento o atención en elementos: **el técnico** y **el interpersonal** (1984).

La atención técnica es la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud. Se acompaña de la interacción social y económica entre el cliente y el facultativo (médico, equipo de salud). De acuerdo con algunas personas, el tratamiento técnico de la enfermedad se conoce como el "arte". Puesto que la atención técnica no es completa ni exclusivamente una ciencia, y el cuidado interpersonal es capaz de convertirse, por lo menos en parte, en una ciencia. La distinción entre ciencia y arte sólo puede aceptarse como una representación imperfecta de la diferencia entre la atención técnica y la interpersonal. La utilidad de distinguir entre estos dos aspectos de la atención están interrelacionados y puede ser difícil establecer distinciones entre ambos; pero puede ser fácil ver cómo la relación interpersonal influye sobre la naturaleza y el éxito de un tratamiento técnico. Se podría también sugerir que la naturaleza de los procedimientos técnicos usados y su grado de éxito influyen en la relación interpersonal; en la mayoría de los casos se pueden visualizar esas características, lo cual no sólo es útil sino de importancia fundamental para la definición de la calidad en la atención en salud.

2. Elementos de la calidad técnica

Donabedian, sugiere que la calidad es una propiedad de, y un juicio sobre, alguna unidad definible de la atención, la cual se puede dividir por lo menos en dos partes: técnica e interpersonal. Es necesario precisar que la calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas, de manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios (1984).

3. La calidad y lo interpersonal

Específicamente Donabedian, expresa que el manejo de la relación interpersonal debe responder y contener los valores y normas socialmente definidas que regulan la interacción de los individuos, en general y en situaciones particulares. Estas normas están reforzadas, en parte, por los dictados éticos de las profesiones relacionadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los y las pacientes en forma individual. De ahí se desprende que el nivel de la calidad en el manejo de la relación interpersonal se mida por el grado de apego a los valores, normas, expectativas y aspiraciones. Por otro lado, en la medida que el proceso interpersonal contribuye al fracaso o al éxito de la atención técnica, ayuda a proporcionar equilibrio entre los beneficios y riesgos que derivan la atención.

Es importante por tanto, hacer una evaluación de beneficios y de riesgos; cualquiera que sea su naturaleza, debe ser compartida, al menos por el paciente además del profesional responsable de la atención. Todo lo expuesto lleva a un concepto unificador de la calidad de la atención, como aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente, el máximo y más completo bienestar. Todo ello después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes. Este concepto de calidad es fundamental de acuerdo a los valores, la ética y las tradiciones de las profesiones de la salud: “cuando menos no dañar, usualmente hacer algún bien e, idealmente, realizar el mayor beneficio que sea posible alcanzar en cualquier situación dada” (Danavedian, 1984)

4. La calidad y las amenidades

Otro elemento de la calidad de la atención de la salud que integra a la atención médica, la denomina el autor como “amenidades”.

En cierto modo, las amenidades son parte de los aspectos más íntimos de los lugares en los que se presta la atención médica; pero algunas veces parecen estar incorporados al proceso de la atención. Esto se ve con más claridad cuando se describe en forma abstracta: como comodidad, privacidad, cortesía, aceptabilidad y otros términos semejantes. En el análisis que presenta el autor, las amenidades no recibirán atención separada, sino que se considerarán principalmente como parte de las contribuciones al manejo de la relación interpersonal, ya que significan interés por la satisfacción del paciente, independientemente de que la atención proporcionada directamente por el médico, o el equipo de salud en los servicios de salud locales: Áreas de Salud y Sectores donde trabajan los EBAIS.

Ej

En la consulta de salud reproductiva contar con una sala de espera agradable y cómoda, bien ventilada e iluminada, un cuarto de exploración a buena temperatura, sábanas limpias, un espejo de exploración bien lubricado, que no esté demasiado caliente ni demasiado frío; u otras condiciones que hagan agradable la atención a la persona.

5. Peligro de definir la calidad en forma general

El término ampliado de calidad en la atención de la salud, pasa de una preocupación inicial por definir los requisitos del producto a una deificación de los deseos y las expectativas de la persona; también aparecen otros enfoques y medidas que se preocupan por los costos de la atención, y por la producción en calidad exacta y correcta.

Desde esa perspectiva, el concepto de calidad abarca la organización en su totalidad, implica ser considerada en la planificación y que la mejora de la calidad esté en todos los niveles de la organización, en todas las unidades y divisiones horizontales y verticales en el organigrama.

En resumen, si se amplía mucho el enfoque de la calidad con relativo abandono del cuidado directo de la atención de la salud, podría conducirse a un proceso tan general que se pierde el requisito de calidad; se amplía el criterio de calidad, no sólo a la contribución que hace el Equipo de Salud a la atención de la salud, sino que se incluye a todos los proveedores, al paciente y su familia.

El tema de la calidad, como se nota ha tenido varios enfoques o énfasis, se ha pasado de la preocupación por el cuidado técnico a la inquietud por las relaciones interpersonales y de la preocupación por la efectividad a la inclusión de la eficiencia; es decir, de la optimización de los recursos a una preocupación por el bienestar individual, y colectivo.

Concl

El modelo de atención a la salud requiere, al igual que el industrial, que la preocupación por la calidad invada a toda la institución u organización.

Los cuidados de la atención de la salud que proveen los médicos a los Equipos de salud a los pacientes y las personas, debe ser la preocupación central del tema de la calidad; no obstante deben estar presentes las cualidades y requisitos de la calidad relativa a la organización y sus procesos de trabajo como un todo.

Hay que tener cuidado, entonces, que la palabra "calidad" pueda perder su clara significación, al aplicar ese término de manera indiscriminada a demasiadas cosas en el proceso de la atención.

B. CARACTERÍSTICAS DEL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

Las estrategias del modelo industrial para proteger y mejorar la calidad fluyen, parcialmente, de sus postulados relativos a los determinantes de la calidad. En un grado similar, si no más grande, estas ideas proceden de un punto de vista casi utópico sobre la naturaleza humana y sobre las organizaciones formales con sistemas sociales. Por otra parte, el modelo industrial establece una congruencia fundamental entre los objetivos e intereses de los trabajadores y de la administración, que es necesario cultivar y reforzar a través de un conjunto de manipulaciones ideológicas e instrumentales.

1. Bases de esfuerzos para mejorar la calidad

- Se basan en una redefinición de la autoridad y de la responsabilidad que liga a los trabajadores a la tarea de mejorar la calidad, **sin disminuir en ningún grado la responsabilidad última de los gerentes.**
- Este realineamiento reconoce, aunque sea parcialmente, la posición estratégica de los trabajadores, hasta tal punto de que muchos de los recursos materiales y los conocimientos en una organización se convierten en productos o servicios.
- Los trabajadores son los agentes de esta transformación, y tienen conocimiento detallado de sus características, obtienen estimaciones tempranas de cualquier tipo de anomalía que surja y pueden tomar una acción correctiva.

2. Cambio radical del potencial humano y de la motivación

- Se considera a las personas como esencialmente buenas.
- Se reconoce en ellas la capacidad para adquirir conocimientos, el interés por estar al día y por su integración social.
- Por supuesto, se intenta aprovechar estos poderosos impulsos en el lugar de trabajo para el trabajo.
- Al dar a los trabajadores la oportunidad y los medios para monitorizar y ajustar su propio trabajo se restaura el orgullo personal en el mundo del trabajo. Al fomentar la educación continua, se fortalece la actualización de conocimientos; y al facilitar las actividades de grupo para identificar y resolver los problemas, se añade la fuerza del componente social al arsenal de motivaciones.

3. El modelo industrial promueve la responsabilidad social

- Al estimular el sentido de responsabilidad de los trabajadores, estos asumen que para dar el siguiente paso de la secuencia de la producción, es necesario cumplir con los requisitos del paso anterior.
- Cuando los trabajadores se sienten “clientes” del paso anterior y “proveedores” del siguiente, se crea una realidad instrumental y se pone en marcha una cadena de obligaciones con los demás, de tal manera que todos se interesan en la organización.

4. Reformulación de la gerencia y la organización

- La citada reformulación de las capacidades, motivaciones, roles y responsabilidades de los trabajadores conlleva una formulación radical de la naturaleza de la gerencia.
- La gerencia debe conducir más que dictar; debe motivar más que intimidar; debe educar más que obligar y debe estar preparada para escuchar y aprender y no sólo para dar instrucciones.
- La estructura de la organización debe cambiar: debe hacerse menos jerárquica, con menos estructuras verticales, con más conexiones interdepartamentales, así como con una estrecha relación con aquellos que producen y con los que planifican y dirigen.

5. Similitud de principios

- El propósito del modelo industrial de realzar la importancia de los trabajadores, es una realidad claramente establecida en las responsabilidades de los servicios de salud y quienes desarrollan la Gerencia.
- El modelo industrial no destaca la industrialización del trabajo profesional, sino la profesionalización del proceso de trabajo.
- Dicho modelo reafirma la actualidad de los principios del modelo de atención, en este caso el de Costa Rica nos empuja a ser más coherentes en la práctica, y también, lecciones que aprender: prestar más atención a la “continuidad y coordinación.

Aquellos que disfrutan de los privilegios de una profesión deben comprometerse a brindar una atención de calidad en la atención a la salud, lograr la calidad desde su propia esfera de trabajo y obtener la satisfacción y el orgullo de hacerlo.

La visión multidisciplinaria de la garantía de la calidad se debe a que la atención médica y de salud es siempre interdisciplinaria.

Concl

Si en el mundo de los negocios y de la industria hay una concentración de poder en los puestos directivos, en algunos sistemas de atención a la salud se ha dado un balance contrario: una concentración extrema de poder en manos de los trabajadores clave: los médicos. Si una de las características del modelo industrial es buscar un equilibrio armonioso entre la producción y la gerencia, se podría sugerir, en algunos casos, un flujo de poder y responsabilidad de los médicos a los directivos, que podría ser beneficioso para el desarrollo de la empresa de atención a la salud como un todo.

C. COMPONENTES DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD

El modelo industrial ofrece un conjunto amplio de métodos para proteger y facilitar la calidad, en congruencia con los objetivos, las orientaciones y las ideas básicas descritas.

En **el modelo industrial** el esfuerzo por lograr la calidad tiene una cantidad de componentes que se refuerzan mutuamente. En primer lugar, existe un conjunto de actividades cuyo propósito es introducir mejoras fundamentales en el desarrollo del producto, desde el diseño de los procesos mediante los cuales se producen los bienes y los servicios, con el objeto de hacer esos procesos eficientes, efectivos y más resistentes al error humano.

El proceso de producción está sujeto a un **monitoreo continuo**, para asegurar el cumplimiento del diseño inicial.

1. Dos formas de monitoreo

- a) Una es **la concurrente**, lo que significa que los propios trabajadores revisan lo que producen o, en otras palabras, monitorean su actividad durante el desarrollo de la producción, lo cual se complementa con controles ocasionales que realizan sus supervisores. **El propósito de la monitorización concurrente es el de facilitar una intervención precoz para remediar las deficiencias.**
- b) Otro método es el que podríamos llamar de **inspección terminal** de los productos. Tiene como objetivo rechazar los productos que no alcanzan los estándares establecidos, antes de que lleguen al cliente.

En el caso de la atención de la salud el desarrollo de un producto está en buena parte sometido a la evaluación tecnológica, por lo que es imposible corregir un servicio prestado a una misma persona, una vez que pasa el evento; por lo anterior los requisitos de calidad son una garantía de la actuación preventiva y de prestar servicios de salud adecuados.

2. Información calidad

Se puede evitar que se brinde un mal servicio si disponemos con antelación sobre toda la información necesaria.

3. Otros componentes del modelo industrial congruente con el de atención de la salud

- El sistema entero está gobernado principalmente por estándares generados internamente y sometidos a revisiones periódicas.
- La monitorización continua que realizan los propios trabajadores en la línea de producción, es la clave para mantener el proceso en marcha y los resultados de estos procesos se emplean para detectar y rectificar posibles errores.
- No se puede decir que el modelo industrial ignore los resultados y que haya abandonado los estándares y que rechace la inspección. La evaluación de los resultados es insuficiente para mejorar la calidad.
- Los estándares externos impuestos son, con frecuencia, insuficientes e irrelevantes; y la inspección final a gran escala de los productos es costosa, es tardía y supone una pérdida de tiempo
- **El modelo industrial se asemeja al de la atención a la salud en la conceptualización de la mejoría de la calidad como un ciclo continuo de actividades.**

4. El ciclo de mejoría de la calidad requiere diseño y seguimiento

El monitoreo, por su propia naturaleza, supone el reajuste continuo de la calidad que tiene probabilidades de ser escaso, especialmente si muchos de tales reajustes se dejan en manos de trabajadores, cuya capacidad para realizar cambios radicales es limitada por falta de conocimiento, iniciativa o supervisión.

5. Gradualidad del proceso de mejora de la calidad

En una formulación del modelo industrial el gradualismo ha sido elevado, en forma innecesaria, al estatus de una ideología designada *kaizen*, término japonés de “mejoría”. Mientras mejore la calidad, no importa que eso suceda de golpe, con pequeños pasos dolorosos o con grandes cambios.

Relacionado con calidad no es verdad que el modelo de atención a la salud busque solamente mantener la calidad más que mejorarla; si esto fuese el propósito oculto, el progreso continuo de la ciencia y la tecnología y el aumento de las expectativas sociales lo imposibilitarían.

Los aspectos característicos del modelo industrial no son los métodos y herramientas en sí, sino su insistencia en que todos en la organización y, especialmente, los trabajadores en la línea de producción comprendan y usen las herramientas más sencillas en el seguimiento de su actividad diaria para evaluar su desempeño, requiere al lado del jefe ejecutivo, está el responsable de la estadística, capaz de participar e intervenir en las decisiones y proceso más importantes. En orden descendente de competencia y localización están otros, en los departamentos y en los puestos de supervisión en la línea de producción. Por otro lado, cada trabajador debe internalizar y desarrollar los principios y métodos de recolección y análisis de información pertinentes para la evaluación y mejoría de la actividad, lo que implica un esfuerzo educativo masivo, intensivo y continuo se pone en marcha para poder alcanzar estos fines.

D. PROPUESTAS DE CALIDAD EN SALUD

Los arquitectos del modelo de atención a la salud han propuesto, al menos en teoría, una **reestructuración y reforma similares**, a la concepción expuesta en el modelo industrial, exceptuando que **la epidemiología sustituya a la estadística industrial** como la disciplina analítica más relevante. De acuerdo con esto, se ha resaltado la importancia del “epidemiólogo del quehacer clínico” como el líder que debe impulsar esta actividad desde los más altos niveles de la organización.

No se ha logrado desarrollar este modelo, en particular el relativo al que nuestros trabajadores actúen como se señala en la línea de producción. Los profesionales de la atención a la salud, tienen poca preparación para percibir, comprender y analizar las opiniones sobre calidad expresadas en grupo. Continúan centrados en los datos clínicos, discretos, tomados de vez en cuando a pacientes en forma individual.

En la disciplina del control estadístico existen ejemplos estadísticos aplicados al campo de salud, en forma intencionada o no, total o parcialmente; sin embargo, se ha propuesto una aplicación más amplia del método. Y, en esencia, hay que referirse al control estadístico que no difiere de los métodos de vigilancia epidemiológica, muy bien establecidos en el campo de la salud.

El control estadístico no ha sido adoptado más ampliamente como un instrumento de control y mejoría de la calidad y entre las posibles razones, están la escasez de un flujo continuo de datos sobre procedimientos y resultados; la dificultad de hacer estratificaciones precisas, sin las cuales tales datos son mal interpretados o inservibles y la falta de voluntad para esperar que puedan surgir resultados adversos, distintos a los esperados.

Concl

Hemos sido reacios a aceptar el concepto de que, con ciertos límites, la variabilidad no sólo es esperable, sino que puede ser tolerable. La capacitación en lo clínico conduce a centrar la atención en cada variación individual desde lo esperado, empujando a explicar y a eliminar las desviaciones.

Necesitamos una perspectiva epidemiológica, colectiva que complemente las preocupaciones de la atención de la salud integral individuales y el proceso de la atención.

E. LA ÍNDOLE DEL PROBLEMA DE LA CALIDAD

El tema de la calidad nace en el modelo industrial, existe un conjunto de postulados que constituyen lo que se ha llamado “la nueva filosofía” o, en un sentido más radical, “una revolución en el pensamiento”, cuyos postulados incluyen el punto de vista sobre la calidad. Existen también postulados sobre la naturaleza de lo que se podría llamar “el problema de la calidad” y de las estrategias apropiadas para negociarlos.

1. Diferencias en la calidad

a. El problema de la calidad Los muy estrictos en la utilización del lenguaje prefieren llamar “el desafío” o “la oportunidad de la calidad” que puede concebirse en términos de metas o de causas.

b. El objetivo de la calidad El tema predominante es la “constancia en el propósito” de situar a “la calidad primero” y de definir la calidad como congruente con las exigencias del cliente.

La causa básica de las deficiencias en calidad, se atribuye al incumplimiento de dicho objetivo.

c. Causas principales de las deficiencias de la calidad

- En un sentido más inmediato, las causas principales se relacionan, sobre todo, **con deficiencias en los sistemas y procesos que son responsables del diseño** y producción de bienes y servicios. Pocas veces se atribuyen a la falta de capacidad de los trabajadores e, incluso, con mayor frecuencia, a una motivación insuficiente para hacerlo bien.
- Cada conjunto de sistemas y procesos se asocia con una capacidad para producir bienes y servicios de una calidad definida.
- Al entender que cada trabajador forma parte de un sistema o proceso determinado, sus propias características contribuyen a la capacidad inherente para la calidad que se ha descrito.
- Los trabajadores no pueden, sólo con su esfuerzo, hacer que un sistema funcione mejor de lo que se programó inicialmente.

d. Causas comunes de las deficiencias de calidad

- Tales sistemas tienden a caer en un sistema estable, caracterizado por un nivel medio de calidad que se acompaña, necesariamente, de variaciones alrededor de esa media aparentemente debida al azar.
- Estas variaciones se atribuyen a lo que se ha llamado “causas comunes”, inherentes al sistema o al proceso mismo.

e. Causas especiales de las deficiencias de calidad

- Están superpuestas sobre las anteriores aparecen, de vez en cuando, otras variaciones inesperadas producidas por fenómenos intercurrentes, llamados “causas especiales”, que perturban en un grado más o menos importante la situación estable.
- Estas causas especiales pueden ser percibidas, identificadas y corregidas cuando aparecen, pero el estado subyacente no puede ser alterado sin cambios fundamentales.
- La principal responsabilidad en cuanto a las deficiencias programadas en la calidad, recae sobre todo en los responsables del diseño y gestión de los sistemas, procesos y productos.

f. Factores fundamentales de la calidad en la atención de la salud

Son inherentes al diseño de los sistemas y procesos, que en nuestro vocabulario hemos llamado “estructura”. A la revisión constante de la actividad que se realiza, se le identifica como una **fuentes de información** que ayuda a ajustar la calidad mediante modificaciones en el diseño del sistema. En todos estos aspectos y a pesar de la diferencia en el vocabulario, ambos modelos son esencialmente congruentes.

g. Diferencia significativa entre calidad de atención de salud y sistema industrial

- En el modelo de atención a la salud, se otorga mucha importancia a la **contribución de los profesionales, a la excelencia de la calidad** o a su carencia. No es una situación ilógica, si se tiene en cuenta la naturaleza de nuestra ciencia y de nuestro trabajo: es una afirmación bien sustentada en evidencias empíricas.
- Se han demostrado deficiencias importantes en la calidad, atribuibles en un alto porcentaje de casos, a fallas en los juicios o en la capacidad de los profesionales.
- Por lo tanto, nuestro interés en modificar la conducta profesional está justificado.
- **El modelo señala, al igual que el industrial, que la calificación de los trabajadores es una parte integral del sistema de producción.**
- **Ambos modelos difieren no tanto en si las deficiencias en la calidad provienen de las propiedades de los sistemas o del desempeño individual, sino en qué partes de un sistema tienen más probabilidades de fallar.**
- Nuestro modelo, muy justificadamente, otorga mayor importancia a los componentes humanos de un sistema

F. CONTINUIDAD Y CAMBIO EN LA BÚSQUEDA DE LA CALIDAD

Se puede empezar a estudiar en detalle el conjunto de los métodos industriales, con el ánimo de profundizar y no estancarse en los fenómenos superficiales, en búsqueda de sus **conceptos, orientaciones, valores y métodos fundamentales.**

Para ello, es necesario analizar los trabajos originales; a menudo los adaptadores y difusores confunden. Es necesario, por tanto identificar que aspectos del modelo industrial simplemente reproducen características de nuestro propio modelo, pero en otro contexto, además de los aspectos que resultan nuevos. Por otra parte, sería necesario estudiar aquellas innovaciones, más o menos modificadas, que resulten apropiadas a nuestro campo, las que podrían ser inapropiadas y las merecedoras de un estudio más profundo.

1. Terminología prestada

Es importante evitar entrar en contradicción con nuestros propios objetivos y valores al aceptar sustitutos más adecuados al mundo de los negocios. Podría resultar necesario crear un vocabulario de términos equivalentes, para limpiar los originales de connotaciones indeseadas y para evitar confusiones en los aspectos superficiales.

Ej

Utilizar la palabra cliente en los servicios de salud, habría que adoptar los términos del modelo industrial, especialmente en situaciones en las que el mundo de los negocios tiene un alto estatus social y cuando la aparente novedad del vocabulario y de los métodos añade frescura y vigor al tema de la garantía de calidad.

2. Objetivos

Se trata de su actual enfoque, o su intención, de la totalidad. Lo que hace la garantía de la calidad "total", es congruente con el modelo, con nuestros objetivos y útil a nuestra causa. Pero es necesario evitar cambiar el enfoque primario de la actividad clínica por las funciones periféricas, así como eludir el peligro de borrar las distinciones actuales de nuestro rol y experiencia.

Concl

Alguno de estos procesos, métodos y herramientas están diseñados para guiar la interacción grupal en la **búsqueda de la identificación de problemas y del consenso**, otros tienen la meta de la **recolección de información; la localización de fenómenos aberrantes en tiempo**, la definición de prioridades, principalmente en aspectos relativos a frecuencia y en la localización de varios factores causales que puedan jugar un papel importante en una situación determinada.

Ninguno de estos procedimientos, métodos y herramientas pueden identificarse como propiedad del modelo industrial. E incluso **aquellos que parecen serlo recuerdan tanto a los conceptos epidemiológicos y métodos característicos de nuestro campo que, con más ganancias que pérdidas, fácilmente podrían ser sustituidos por ellos.**

G. VOCABULARIO DEL MODELO INDUSTRIAL

Como ocurre en cualquier campo especializado, el modelo industrial se ha caracterizado por un vocabulario que refleja su **ciencia**, su **contexto**, su **historia** y sus **perspectivas ideológicas**. Aquellos que han intentado aplicar el modelo industrial a nuestro campo, sin ningún tipo de cuestionamiento, han visto en este vocabulario una garantía de ortodoxia, una prueba de distinción y la evidencia del progreso. **Incluso cuando este vocabulario amenaza con violentar nuestras propias tradiciones y usos, ellos insisten en seguir adelante.** No ven, o quizás desean explotar, las connotaciones oscuras del lenguaje precisamente porque son casi subliminales.

Ej.

¿Es su esposa su “cliente”? ¿es usted su “cliente”?
¿qué pasa con su hijo? ¿soy yo un cliente de Dios?
¿es Dios mi cliente? Y ¿por qué debe el ciclo de
mejoría de la calidad tener un nombre particular para
hacerlo más aceptable y eficaz?

Asimismo, no es verdad que los términos que hemos utilizado durante mucho tiempo ya no son aceptables para el modelo industrial cuando éste se aplica a nuestro propio campo. De hecho, el modelo industrial emplea y asigna roles diferentes no solamente a “mejoría de calidad”, sino también a “aseguramiento de calidad” e incluso a “control de calidad”.

Concl

Ha llegado el momento de abandonar la preocupación por “hablar correctamente” y de dar lugar a un interés más importante: “pensar correctamente”.

Segunda Unidad

GARANTÍA DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Objetivo general de la segunda unidad

Conceptualizar los elementos teóricos y prácticos de la garantía de calidad en los servicios de salud

I. PRINCIPIOS Y DEFINICIONES SOBRE GARANTÍA DE CALIDAD



Analizar los conceptos y principios del mejoramiento de la calidad en la atención de la salud

A. DEFINICIONES

Algunas explicitaciones del concepto de calidad, se refieren a continuación:

Avedis Donabedian (1995)

“Conjunto de arreglos y actividades que tienen por fin salvaguardar, mantener y promover la calidad de atención de la salud”.

Ruelas y Frenk

“Un proceso sistemático de cubrir la brecha entre el desempeño real y los resultados ideales, de acuerdo con un conjunto de límites tecnológicos en cualquier sistema en particular” (citado por Donabedian, 1995)

Heather Palmer

“Un proceso para determinar la calidad que analiza las deficiencias encontradas y la adopción de medidas, a fin de mejorar el desempeño, seguidos de una nueva medición de la calidad para determinar si se ha logrado una mejora. Se trata de una actividad cíclica y sistemática que utiliza normas de medición”. (citado por Donabedian, 1995)

Donald Berwick:

Está tratando de aplicar principios de Administración de Calidad Total (ACT) a los servicios de salud. La ACT es un enfoque organizacional integrado, para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente, lo que comprende la participación de la administración y del personal para mejorar los procesos y servicios, mediante el uso de técnicas cuantitativas e instrumentos analíticos. De acuerdo con esta filosofía, la mejora continua de la calidad es “...un programa independiente de supervisión destinado a asegurar que existan todas las actividades de calidad necesarias y que sean de una eficacia óptima; que los resultados de las actividades de calidad constante sean positivos y que se comuniquen, entiendan y faciliten en forma positiva”. (citado por Donabedian, 1995)

Todas estas definiciones de garantía de calidad comparten varias características. Cada una de ellas se refiere a un proceso de evolución sistemático que se orienta hacia el mejoramiento del desempeño y la utilización de información en el proceso, ya sea en forma implícita o explícita.

Fundamentalmente, la garantía de calidad es el conjunto de actividades que se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño, de tal manera que la atención prestada sea lo más eficaz y segura posible.

B. INTERES POR LA GARANTÍA DE CALIDAD

Desde hace mucho, la garantía de calidad se usó principalmente en los hospitales de los países desarrollados, y dependía en gran medida de las normas de atención formuladas por los organismos acreditantes. En la década de los años 1980, la garantía de calidad se extendió a la atención primaria de la salud en los Estados Unidos y en Europa. Simultáneamente, los algoritmos desarrollados por la OMS para el control de casos de diarrea e infección respiratoria aguda (IRA) introdujeron las normas de atención. Después de 1985, la OMS y otros, comienza a utilizar el análisis de sistemas y las evaluaciones de los establecimientos para evaluar la calidad de la atención.

Recientemente ha habido una revolución en los métodos de garantía de calidad y una explosión de interés en la elaboración de programas nacionales de GC por varios motivos:

Interés en la Garantía de Calidad

- Los motivos de democratización han llevado a los políticos a considerar con mayor detenimiento las demandas de los ciudadanos con respecto a una atención de mejor calidad.
- Los problemas económicos de todos los países han limitado su capacidad de mejorar la calidad por medio de un mayor nivel de gastos. Los países se han dado cuenta que las mejoras de la calidad deben provenir de las mejoras de la eficacia y la eficiencia dentro de los recursos actuales.
- Los directores ven la necesidad de una mayor recuperación de costos, pero se dan cuenta que es difícil cobrar por los servicios, a menos que se mejore la calidad.



- El éxito de los métodos de control de calidad empleados por la industria en el Japón y recientemente en los Estados Unidos y en Europa, han motivado a las organizaciones de atención de salud para aplicar los mismos métodos en sus programas de garantía de calidad. Después de solo cinco años, hay ejemplos notables de que pueden lograrse mejoras en la calidad y eficacia.

C. PRINCIPIOS DE LA GARANTÍA DE CALIDAD

La reciente experiencia en la aplicación del control de la calidad en los sistemas de atención de salud sugiere que los cuatro principios a los que debe adherirse un programa ideal de garantía de calidad son los siguientes:

1. La garantía de calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve

La garantía de calidad exige un compromiso para determinar qué necesitan los pacientes y la comunidad, qué quieren y qué esperan de los servicios de salud. El equipo de salud tienen que trabajar con las comunidades para satisfacer las demandas y los esfuerzos subsiguientes de mejora de calidad deben evaluarse de acuerdo con estas necesidades y expectativas. Además, la garantía de calidad también requiere que se satisfagan las necesidades y expectativas de los trabajadores de salud que prestan los servicios de atención.

2. La garantía de calidad se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios.

Al enfocar el análisis de los procesos de prestación de servicios, las actividades y tareas, así como los resultados, los enfoques de garantía de calidad permiten a los proveedores de atención de salud y a los directivos forjar una comprensión plena del problema y analizar sus causas a fondo. En lugar de tratar meramente los síntomas de un problema, la garantía de calidad busca una cura. En los estados avanzados de un programa de GC, el equipo de salud del centro de salud puede todavía ir más lejos por medio de un análisis de los procesos para prevenir problemas antes de que éstos ocurran.

3. La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios.

Otro aspecto importante de la garantía de calidad son las técnicas cuantitativas para el análisis y la supervisión de problemas. Este enfoque orientado hacia la información sirve para que el equipo de GC pruebe sus teorías sobre las causas de fondo, la solución eficaz de los problemas debe basarse en los hechos, no en las suposiciones.

4. La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad.

La participación del personal y el uso de enfoques de equipo, cuando corresponda, son esenciales para la garantía de calidad. Las perspectivas de participación ofrecen dos ventajas. En primer lugar, el producto técnico de un proceso participativo es probable que sea de mejor calidad porque cada uno de los miembros del equipo aporta perspectiva e información originales al esfuerzo de mejora de la calidad. El trabajo en equipo posibilita un análisis completo del problema y una solución factible. En segundo lugar, es más probable que se acepte y respalde las decisiones y o cambios cuando se ha participado. Por ende, la participación genera el consenso y reduce la resistencia que normalmente se experimenta cuando se inician cambios institucionales.

Ej

El trabajo en equipo que desarrollan los EBAIS en el primer nivel de atención facilita el proceso de control y evaluación que se efectúa mediante los compromisos de gestión.

Concl

Es importante darse cuenta de que la definición de garantía de calidad es amplia en extremo y potencialmente puede subsumir todos los esfuerzos de un programa según la perspectiva de ese concepto. La GC puede incluir todo, desde investigación aplicada hasta evaluaciones e intervenciones de las necesidades y la capacidad de la organización de servicios de salud. En la mayoría de los casos, el esfuerzo de GC se realizará como una actividad limitada que se integra al sistema de administración existente. Sin embargo, si una organización desea un enfoque más integral, se puede elaborar una iniciativa de GC, dentro del contexto de un esfuerzo de mejora de administración global y administración de calidad total, lo que tendría repercusiones para todo el sistema administrativo.

II. EL PROCESO DE GARANTÍA DE CALIDAD

Identificar y analizar los pasos metodológicos de un proceso de garantía de calidad



A. PASOS DEL PROCESO DE GARANTÍA DE CALIDAD

El proceso se basa en la experiencia de colaborar con servicios de salud en los países en desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha promovido un modelo de GC que se ha aplicado por muchos años en ámbitos internacionales. En los Estados Unidos se utiliza el Ciclo de Garantía de Calidad y se aplica en los ámbitos de la consulta externa. El proceso de diez pasos, lo elabora la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención de Salud y el Modelo de Mejora de Calidad (MMC) lo aplica a la gestión de calidad total en los servicios de salud.

El Modelo de Mejora de Calidad (MMC) formulado por el Proyecto de Garantía de Calidad tiene por objeto integrar los aspectos positivos de varios modelos en un proceso lógico y sencillo para la planificación y ejecución de las actividades de Garantía de Calidad.

El proceso de Garantía de Calidad contempla en forma cíclica diez pasos que se describen a continuación.

1. Primer Paso: Planificación de la garantía de calidad

Este primer paso de la garantía de calidad prepara a una organización para llevar a cabo actividades correspondientes. La planificación de la GC se inicia con un análisis de atención de la organización para determinar qué servicios deben encarar el esfuerzo de GC. En la mayoría de las organizaciones no es posible mejorar la calidad en todos los aspectos a la vez. En cambio, las actividades de GC comienzan con unos pocos aspectos críticos. A menudo se escogen los servicios de alta prioridad, de elevado volumen o propensos a generar problemas para darles especial atención al iniciar el programa de GC

Una vez que los directivos de la organización hayan decidido dónde comienza el esfuerzo de GC, deben también decidir qué tipos de actividades se realizarán. Se pueden concentrar en la vigilancia de los resultados, tanto los

deseados como los adversos, o pueden estudiar la prestación de servicios y brindar apoyo estadístico a los procesos para determinar cuales esferas puedan mejorar.

Otro componente de la planificación es la asignación de funciones para las actividades de GC, el mismo comprende la formación de un comité de GC o la selección y formación de un equipo **ad hoc** que sea responsable de las actividades iniciales.

Si la misión del programa no es clara o no permite atender las necesidades comunitarias, o si la planificación global de la organización es débil, la planificación estratégica podría ser necesaria en esta fase y comienza a definir las actividades de la organización. La próxima fase es evaluar oportunidades y restricciones en el medio ambiente así como los puntos fuertes y débiles en el plano interno de la organización.

En la planificación estratégica este proceso resulta en una visión clara de lo que tiene que hacer la organización para lograr su misión, en función del análisis del medio interno y externo. Luego se pueden determinar las prioridades de Garantía de Calidad con base en la misión y la visión del programa.

2. Segundo Paso: Fijación de normas y especificaciones.

A fin de prestar servicios de primera calidad en forma constante, una organización tiene que traducir sus metas y objetivos programáticos en procedimientos de operación. En su sentido más amplio, una “norma” constituye una descripción de la calidad que se espera lograr. Existen normas de diferente tipo:

Ej

Las pautas de práctica profesional, los protocolos clínicos, los procedimientos administrativos y operativos, las especificaciones de los productos y las normas de cumplimiento.

Las normas de la práctica profesional también se llaman protocolos clínicos o parámetros de práctica profesional, estos definen la manera de llevar a cabo un proceso clínico, como la atención prenatal. Las normas de orientación se definen como lineamientos elaborados sistemáticamente para ayudar al facultativo y al paciente a tomar decisiones respecto a la atención médica adecuada para un caso clínico específico.

Los procedimientos administrativos, que a veces se conocen con el nombre de procedimientos operativos, explican los procesos no clínicos. Las

especificaciones normalmente se relacionan con las características de los productos o los insumos materiales relacionados con la prestación de servicios de salud, como medicamentos y equipos de alta tecnología.

Además, las normas de cumplimiento, son criterios específicos que se emplean para evaluar los resultados de la prestación de servicios, las actividades auxiliares o el desempeño de las pautas y normas de orientación. Son diferentes de las pautas o procedimientos operativos porque están destinadas a evaluar la práctica.

Normativa sobre

- los niveles mínimos aceptables de cumplimiento o de resultados,
- los niveles excelentes de cumplimiento o de resultados o
- los límites aceptables de cumplimiento o de resultados.

Ej

Las normas y metas especificadas en los compromisos de gestión de la CCSS relativas al manejo de la hipertensión, la diabetes, el cáncer de mama, cáncer de cuello de útero, la participación social, etc.

Las normas pueden relacionarse con el proceso de atención, evaluando el cumplimiento de las pautas, o pueden ser medidas por los resultados obtenidos en los servicios de salud. Si bien a veces es difícil y costoso evaluar estos resultados, a menudo es posible vigilar los intermedios, como la utilización de recursos o la cobertura de atención, para evaluar la eficacia del programa.

Ej

La evaluación de la cobertura de vacunación en el primer nivel de atención

Se deben elaborar pautas, estándares de procedimientos operativos y normas de desempeño para los campos clínicos, lo administrativo, como es el componente de recursos humanos. Las normas deben reflejar las perspectivas de las comunidades a las que sirven así como las de los especialistas en atención de salud. Ambas perspectivas son esenciales para asegurar la eficiencia de las actividades planeadas, la accesibilidad y aceptabilidad de la comunidad. Revisar y analizar las normas periódicamente es uno de los requerimientos más importantes.

En algunos programas, la definición de normas comprende una revisión simple de las normas actuales del programa para asegurarse de que estén actualizadas o completas. En otros programas, puede ser

importante forjar un consenso entre los profesionales para asegurarse que las normas escogidas tengan un sólido respaldo. Aún así, otros pueden exigir la creación de normas donde no haya ninguna o las existentes estén obsoletas. En tales casos, existen algunas normas de orientación ampliamente aceptadas.

Ej.

La Organización Mundial de la Salud ayuda en la definición de normas de prestación de servicios que son apropiadas para los centros de salud y pequeños hospitales en los países de desarrollo.

Participación de los trabajadores de la salud

Los trabajadores de salud de todos los niveles tienen que participar en la fijación de normas en la medida más amplia posible. Debido a que a menudo conocen las condiciones de la localidad mejor que los altos ejecutivos, las normas resultantes probablemente sean más apropiadas y eficaces. Su participación también aumentará el compromiso global con la calidad porque es más probable que esos trabajadores ejecuten y apoyen una actividad en la que han participado para su elaboración. Finalmente, es más probable que el personal del programa acepte las actividades de GC si ha participado en la definición de la calidad desde el comienzo. Estas normas se convertirán en la medida para juzgar la calidad de los servicios que prestan.

Actualmente y desde muchos años la CCSS desarrolla proyectos relacionados con el mejoramiento de la calidad para crear normativas e incentivar procesos en los niveles operativos de la atención de la salud, ya sean en hospitales, clínicas o en servicios del primer nivel de atención. La tendencia de mejoría de la calidad esta enfatizando el área de la seguridad del paciente *.

- Para mayor información sobre estos proyectos y procesos, se puede contactar con uno de los autores de este módulo, Dr. Orlando Urroz, Subdirector, Hospital Nacional de Niños. Las áreas de salud también cuentan con puntos focales para el desarrollo de esta temática.

3. Tercer Paso: Comunicación de normas y especificaciones

Una vez que el programa haya definido las normas, es esencial que éstas se comuniquen a todo el personal y, así, cada trabajador de salud, supervisor, gerente y miembro del personal de apoyo entienda qué es lo que se espera de ellos. Esto resulta especialmente importante si la capacitación y la supervisión cotidiana no lo contemplan de manera sistemática para su revisión en lo técnico y lo actitudinal del personal. La evaluación de calidad que se lleva a cabo antes de comunicar las normas puede conducir a culpar erróneamente a las personas por un mal desempeño cuando la culpa la tienen las deficiencias del sistema. Además, los esfuerzos de garantía de calidad que comienzan con un examen sorpresivo pueden originar sospechas más que apoyo a dichas actividades.

Los administradores y el equipo del centro de salud

Comparten una responsabilidad mutua de calidad que debe comunicarse junto con las normas y las especificaciones a los diversos servicios y programas. La supervisión debe crear espacios y metodologías adecuadas para incentivar el diálogo sobre las normas y procedimientos de la atención; la capacitación mediante estrategias de actualización de estas temáticas es un instrumento para mejorar el desempeño y valorar el trabajo de los equipos de salud.

Las actividades que sirven para transmitir normas y especificaciones

Comprenden la elaboración de pautas para cargos, la formulación de normas y guías de orientación y desempeño, la elaboración y conducción de programas de capacitación, por medio de actividades de supervisión y la información a los proveedores de los cambios en los protocolos por medio de anuncios administrativos.

4. Cuarto Paso: Vigilancia de la calidad

Vigilancia de la Calidad (Concepto)

Es la recolección y revisión cotidiana de la información que sirve para evaluar si se cumplen las normas de los programas.

Ej.

La Dirección Técnica de la CCSS, en su Departamento de Medicina Preventiva, desarrolla procesos participativos para definir normas de atención, como los de Materno-Infantil, Atención del Adolescente, etc.

Mediante la vigilancia de una serie de indicadores clave, los directivos y supervisores pueden determinar si los servicios prestados siguen la norma fijada y obtienen los resultados.

La garantía de calidad

Aporta una nueva orientación del proceso que tiene profundas repercusiones en la vigilancia y recolección de datos en los países en desarrollo.

La evaluación de los resultados y otras estadísticas de servicio que generalmente son parte de los sistemas de vigilancia de los países en desarrollo, ofrecen una guía limitada en la resolución de problemas. La evaluación de los procesos en detalle, por medio de estudios integrales especiales o evaluaciones de rutina, pueden suministrar información acerca de problemas específicos en la prestación de servicios.

El sistema de vigilancia es clave en un esfuerzo de garantía de calidad. Desafortunadamente, en muchos países en desarrollo los sistemas de recolección de información actualmente establecidos pueden ser engorrosos y difíciles de usar para el propósito de garantía de calidad.

Rediseño de sistemas de vigilancia

En algún momento durante el esfuerzo de garantía de calidad, los sistemas de vigilancia existentes pueden necesitar un rediseño. No obstante, esto no se recomienda como actividad inicial, debido a que es probable que demande mucho tiempo y que encuentre resistencia. Es mejor a menudo hacer participar al personal del programa en la utilización de información para la resolución de problemas (ver pasos 5-10) y colaborar en el rediseño del sistema, una vez que tenga una idea más clara de cómo utilizar la información.

El diseño (o el rediseño) de un sistema de vigilancia comprende:

- Trasladar normas de calidad esperada en indicadores mensurables de procesos,
- Fijar umbrales de cumplimiento,
- Escoger fuentes de información,
- Diseñar un sistema de acopio de información y
- Compilación de resultados y ejecutar las actividades de vigilancia.

Es importante definir qué información se va a utilizar en los diversos niveles del sistema.

Ej.

Los parámetros del compromiso de gestión para el primer nivel en las áreas de salud definen en parte la

información apropiada.

Cada una de las actividades señaladas se describe enseguida:

a. Seleccionador de indicadores:

**Indicador
(Concepto)**

Un indicador es una variable mensurable definida que se utiliza para vigilar la calidad o lo apropiado de las actividades administrativas o clínicas de importancia. No es preciso escoger un indicador para todas las normas o especificaciones.

b) Fijación de umbrales

Los umbrales definen niveles aceptables de cumplimiento tal como los miden los indicadores. Permiten que el personal del programa detecte problemas o campos potenciales para la mejora. Los umbrales de cumplimiento pueden basarse en el conocimiento médico de los riesgos y en los riesgos propios de los procesos de trabajo de la atención de la salud; o en lo que es factible desde el punto de vista operativo en un momento definido. La función de los umbrales es la de poner en funcionamiento el programa cuando los indicadores vigilados sugieren que su desempeño es inadecuado. Los umbrales de cumplimiento deben fijarse después de una consulta con el personal del programa.

Ej.

Algunos programas de inmunización fijan una cobertura del 80% como umbral. El nivel aceptable de cumplimiento es relativo y debe revisarse al cambiar las condiciones y prioridades.

Es importante destacar los posibles inconvenientes de utilizar umbrales en un esfuerzo de mejora de calidad. Antes de alentar la mejora continua, el uso de umbrales puede dar la impresión equívoca de que algunos errores son aceptables y que una vez que se cumple con los umbrales no hay más necesidad de mejorar en un campo dado. A pesar de estos posibles inconvenientes, los umbrales de cumplimiento, cuando se usan correctamente, pueden ser útiles a los equipos para fijar prioridades y ser un instrumento para una mejora gradual que, a largo plazo, dé como resultado la excelencia.

Muchas organizaciones ya recogen información; la primera fuente para explorar son los sistemas

c) Selección de fuentes de información

existentes. Debido a que la vigilancia es un ejercicio de rutina, la recolección de información adicional debe mantenerse al mínimo. Es especialmente importante minimizar la carga de la recolección de información sobre trabajadores de salud en la periferia. Por regla general, a nadie se le debe pedir que recoja información que no pueda utilizar en el curso de su propio trabajo. La información que se utiliza en el ámbito local y, luego, se compila para los altos directivos, es más probable que suministre la base para un diálogo constructivo entre los trabajadores de salud y los directivos acerca de los problemas y las prioridades.

Ej.

Otras fuentes comprenden buzones de sugerencias, registros de quejas, archivos clínicos, registros del centro de salud, entrevistas

d) Diseño de un sistema para la recolección y la compilación de información

Es importante especificar **quién** se encargará de recoger y compilar la información, fijar la frecuencia de la recolección y crear un mecanismo y un plan para informar los resultados a las partes interesadas. Este sistema se tiene que elaborar con la participación del personal a todos los niveles y revisarlo periódicamente. Durante el transcurso del tiempo, el personal puede perfeccionar sus habilidades de manera que se pueda vigilar a sí mismo cada vez más y que dependa cada vez menos de los administradores regionales o del nivel central.

Ej.

El equipo del Área de Salud como evaluador.

e) Ejecución de las actividades de vigilancia

Una vez que el sistema se haya diseñado y que se haya asignado la responsabilidad, se puede comenzar la recolección y compilación de datos. Durante la fase inicial del sistema de vigilancia, debe esperarse que los trabajadores de salud necesiten apoyo y asistencia para la recolección y utilización de información. Este respaldo es esencial si la vigilancia ha de cumplir con su propósito previsto como instrumento de selección que conduce a la acción.

Más que vigilar constantemente todas las actividades, los sistemas pertinentes permiten escoger un índice de actividades o condiciones indicadoras que cubran diversas dimensiones del programa.

Ej.

Un gerente de programa podría vigilar la inmunización, y el tratamiento de la neumonía y la hipertensión.

En conjunto, podría decirse que estas condiciones indicadores cubren los servicios preventivos y el manejo de enfermedades crónicas y agudas, mientras que abarcan tanto la atención de los niños como la de los adultos. Con el transcurso del tiempo, las condiciones vigiladas deben rotarse o modificarse para satisfacer las crecientes necesidades de la comunidad y ampliar en la medida en que crece el esfuerzo de garantía de calidad. Es importante mantener al mínimo el sistema de vigilancia con énfasis en la recolección y el uso efectivo de la información esencial.

5. Quinto Paso: Identificación de problemas y oportunidades de mejora

Los campos problemáticos y otras oportunidades de mejora pueden identificarse por medio de las actividades de vigilancia y evaluación. En ausencia de sistemas de vigilancia eficaces o como complemento de ellos, pueden realizarse encuestas especiales de pacientes o comunidades, para identificar problemas de prestación de servicios.

Otras formas de identificar oportunidades de mejora

Comprenden la solicitud de sugerencias a los trabajadores de salud, realización de análisis de procesos del sistema, revisión de las reacciones o las quejas de los pacientes y generación de ideas por medio de reuniones u otras técnicas grupales para generar ideas y fijar prioridades. El empleo de un enfoque participatorio para la identificación de problemas ofrece varias ventajas. Primero, la calidad de la evaluación y del análisis preliminar es probable que sea superior debido a que quienes intervienen en forma directa con los procesos son participantes. En segundo lugar, es más probable que los miembros del personal contribuyan a las actividades de GC y ofrezcan su cooperación si participan en la identificación de problemas.

El equipo debe fijar sus prioridades para mejorar la calidad, eligiendo uno o dos campos de problemas, en

Después de identificar una serie de problemas

los que concentrará sus esfuerzos de mejora de calidad. Los criterios de selección de problemas, variarán de un programa a otro. Dos principios importantes deben orientar este proceso. El equipo debe compartir los criterios más que ser esto un reflejo de las prioridades de cualquiera de las personas. También, los criterios deben ser explícitos de manera que el proceso de toma de decisiones sea lo más objetivo y completo posible. Los criterios podrían incluir la factibilidad de analizar el problema, el impacto potencial de mejorar la calidad de salud de la población o los recursos que pueden necesitarse para solucionar el problema.

Ideas para fijación de prioridades

Es importante considerar si el problema seleccionado está dentro del alcance de las responsabilidades y la autoridad de quienes llevan a cabo el esfuerzo de garantía de calidad. Tratar de cambiar algo que está fuera de control local es una experiencia frustrante que tiene pocas oportunidades de éxito. En el mismo plano, a menudo es preferible comenzar las actividades de garantía de calidad relativas a un problema más pequeño y manejable, que a uno más grande y complejo. Atacar un problema soluble alienta la confianza en el proceso de garantía de calidad y la capacidad de hacer mejor las cosas.

Los equipos pueden seleccionar las prioridades por medio de diversas técnicas de toma de decisiones a nivel de grupo, ejercicios de categorización, votación y aplicación de matrices de decisión, tales como criterios en el proceso de establecer prioridades.

6. Sexto Paso: Definición del problema operacional

Una vez que se haya escogido el problema, es importante que se defina en términos operacionales, como una brecha entre el desempeño real y el que establecen las normas y pautas. El enunciado del problema debe indicar de qué se trata y cómo se manifiesta. Debe aclarar dónde comienza y dónde termina, y cómo se sabrá cuando esté solucionado. **La elaboración del enunciado de un problema es un paso crucial en el proceso de garantía de calidad y su simplicidad aparente es engañosa.** A menudo, la formulación inicial del problema comprenderá solamente la causa de éste- “no tenemos un laboratorio- o propondrá una solución en forma prematura- “necesitamos más personal”. Algunas veces son demasiado generales para permitir medidas concretas y progresivas- “no trabajamos como equipo”.

Concl

Los problemas deben relacionarse con las normas de cumplimiento y, siempre que sea posible, deben relacionarse en forma explícita con la calidad de la atención de salud a la población. Tienen que referirse a procesos o actividades específicos de manera que esté bien concentrado y pueda medirse el progreso.

La definición del problema es un proceso reiterativo

Mientras un equipo procura definir un problema, se verá forzado a volver a pensar en muchos de los pasos adoptados. Puede decidirse escoger un problema más limitado que el que comenzó a resolver, o escoger analizar la causa de un problema polifacético. En el proceso de definir un problema operacional concreto, es probable que vacile entre problemas grandes e inmanejables y los más pequeños que procura definir. Incluso puede tener la sensación de que no vale la pena analizar el problema operativo que está definiendo, dado que es una parte tan pequeña de este. Es importante que el equipo se tome todo el tiempo necesario para definirlo y llegar a un consenso sobre su importancia. Sin estos componentes, el esfuerzo de GC no saldrá adelante

Los ejemplos que figuran a continuación ilustran cómo se puede reformular la descripción de los problemas para mostrar la relación con la calidad de los servicios.

Formulación deficiente del problema	Deficiencia en la formulación del problema	Formulación adecuada del problema
-------------------------------------	--	-----------------------------------

Ej.

Problema No. 1: No tenemos laboratorio	La descripción del problema incluye únicamente una causa.	En todos los casos en que se sospeche tuberculosis se debe hacer una prueba de esputo (en la actualidad solamente se hacen pruebas en el 25% de los casos).
Problema No. 2: Necesitamos más personal	La descripción del problema contiene una solución prematura.	El treinta por ciento de los pacientes que llegan a la clínica vuelven a su casa sin haber sido examinados.
Problema No. 3: No trabajamos como equipo	La descripción del problema es demasiado indefinida como para adoptar una medida concreta.	El EBAIS no planea ni programa las actividades comunitarias en forma conjunta.

7. Séptimo Paso: Selección del equipo

Una vez utilizado el enfoque participatorio para seleccionar y definir un problema, debe asignarse un equipo pequeño para analizar el problema específico. **Dicho equipo llevará a cabo los tres próximos pasos: el análisis y el estudio del problema, la elaboración del plan para mejorar la calidad y la ejecución y evaluación de la gestión de mejora de calidad.** El equipo debe estar constituido por los participantes en las actividades en donde se encuentra el problema, así como por otros contribuyentes a la actividad suministrando insumos o recursos. Esto asegura la participación de quienes tienen más conocimientos del proceso y la consideración de las limitaciones y perspectivas de quienes apoyan o reciben el servicio.

Aprender a trabajar en forma

Es un proceso continuo que significa un reto. Los equipos de los centros de salud a menudo necesitan capacitación en técnicas básicas para planear y facilitar reuniones, tener comunicación efectiva,

efectiva en equipo

adoptar decisiones por parte del grupo y resolver conflictos. La transformación de un equipo de elevado desempeño toma tiempo y requiere paciencia y persistencia por parte de sus miembros.

8. Octavo Paso: Análisis y estudio del problema para identificar las causas de fondo.

Para lograr una mejora de calidad sustancial y continua

Es importante comprender el problema y sus causas de fondo. Dada la complejidad de la prestación del servicio de salud, la identificación clara de la causa exige un estudio sistemático y un análisis profundo.

Los instrumentos analíticos para analizar un proceso o problema:

Ej

El flujograma y el diagrama de causa y efecto

Una vez que se identifican varias de las causas, debe hacerse un esfuerzo por determinar cuáles ocasionan la mayoría de los problemas. A menudo, dos o tres de las causas de un problema pueden crear hasta el 80% de problemas de calidad. Al analizar estas causas críticas, puede lograrse un importante impacto con un mínimo esfuerzo.

A veces los instrumentos analíticos no suministran suficiente información sobre el problema y sus causas radicales. Puede ser necesario dirigir un estudio especial de evaluación de calidad para sacar mayores conclusiones. Tales estudios pueden basarse en la revisión de la historia clínica, la información de los registros de los centros de salud, las entrevistas con el personal o los pacientes, la observación de la prestación de servicios o cualquier combinación entre estas. Es importante indicar que estos estudios deben ir más allá de la simple documentación del problema y explorar a fondo las causas de manera que se puedan adoptar medidas.

En esta fase, los equipos dedicados a solucionar los problemas a menudo emplean algunos instrumentos estadísticos básicos:

Ej

Hoja de inspección, el histograma, el diagrama de dispersión, el Diagrama de Pareto, el gráfico de

tendencia y el gráfico de control.

La hoja de inspección es un instrumento de recolección de datos que puede utilizarse para evaluar variables relacionadas con un proceso específico. La información resultante puede presentarse en un histograma para evaluar la medida de la variación, en un gráfico de tendencia de distribución o un Diagrama de Pareto que clasifica los problemas de acuerdo con sus causas en orden de magnitud descendente.

Los gráficos de tendencia facilitan la vigilancia del cambio en un proceso a través del tiempo y los de control son útiles para vigilar las variaciones y suministran claves que pueden llevar a identificar las causas de ella. Algunas son causas comunes y forman parte intrínseca del proceso tal como está diseñado y otras son causas especiales que tienen sus raíces fuera del proceso.

9. Noveno Paso: Elaboración de soluciones y medidas de mejora de calidad

Una vez realizada una evaluación completa del problema y sus causas, el equipo debe estar listo para adoptar medidas a fin de analizar el problema y mejorar la calidad. Esto comprende la elaboración y evaluación de posibles soluciones. La elaboración de las soluciones debe seguir siendo un esfuerzo de equipo, a menos que el procedimiento en cuestión sea la responsabilidad exclusiva de una persona. Puede ser importante cambiar la composición del equipo para hacer participar a quienes tengan la responsabilidad de los procesos relacionados con la causa de fondo.

Las soluciones a los problemas de calidad o las medidas para mejorarla, pueden adoptar una variedad de formas

Algunas soluciones pueden ser muy directas y fáciles de resolver. Por ejemplo, puede resultar tan sencillo como recordar las normas de orientación clínica o los estándares de procedimientos operativos al personal, por medio de la supervisión o la capacitación. A menudo, las soluciones y mejoras tienen sus raíces en los sistemas de administración tales como supervisión, capacitación o logística. Las soluciones también pueden adoptar la forma de instrumentos de trabajo u otros que se vuelven parte del proceso de prestación de servicios para suministrar información y reducir el error o la variación.

También es importante señalar que los problemas a menudo están enraizados en los procesos o los sistemas que están diseñados en forma deficiente y que el rediseño del proceso o del sistema a veces será un requisito previo necesario para el o la mejora. El rediseño puede ser una

fuerza importante de mejora especialmente en los países en desarrollo donde los sistemas enfrentan limitaciones de recursos y pueden no tener la capacidad de beneficiarse de la tecnología más avanzada.

Sin embargo, algunos problemas son más difíciles de solucionar porque requieren una reelaboración, o porque se prevé que los esfuerzos destinados a analizarlos se encontrarán con la resistencia del personal. En tales casos, será necesario proceder al rediseño de un proceso o sistema y un plan de ejecución, concebido cuidadosamente, para poder cambiar y mejorar el servicio. Los medios como los diagramas de flujo y las matrices de diseño pueden resultar muy útiles para la elaboración de soluciones que se basen en los aspectos positivos de las prácticas existentes y que tengan en cuenta los requisitos de los clientes.

Una vez que el equipo tenga en claro lo que trata de lograr

Se elabora una lista de posibles soluciones. La selección a partir de varias soluciones debe basarse en un examen de los costos potenciales y la eficacia de las opciones para maximizar el impacto del problema. Los equipos pueden emplear técnicas como evaluación de la utilidad de los criterios múltiples o la multivotación para asistirlos en la evaluación de las soluciones y la toma de una decisión. El equipo también debe explorar la posible oposición al cambio y hacer los planes del caso para minimizar la resistencia a la mejora de calidad.

10. Décimo Paso: Ejecución y evaluación de actividades de mejora de calidad

La ejecución de la mejora de calidad exige una planificación cuidadosa

El equipo tiene que decidir quién estará encargado y determinar los recursos necesarios y el tiempo requerido. También tiene que decidir si la ejecución debe comenzar con una prueba piloto en un campo limitado o si se debe proyectar en una escala más grande. Si la solución exige recursos substanciales o si existe mucha incertidumbre sobre su eficacia, amerita un proyecto piloto.

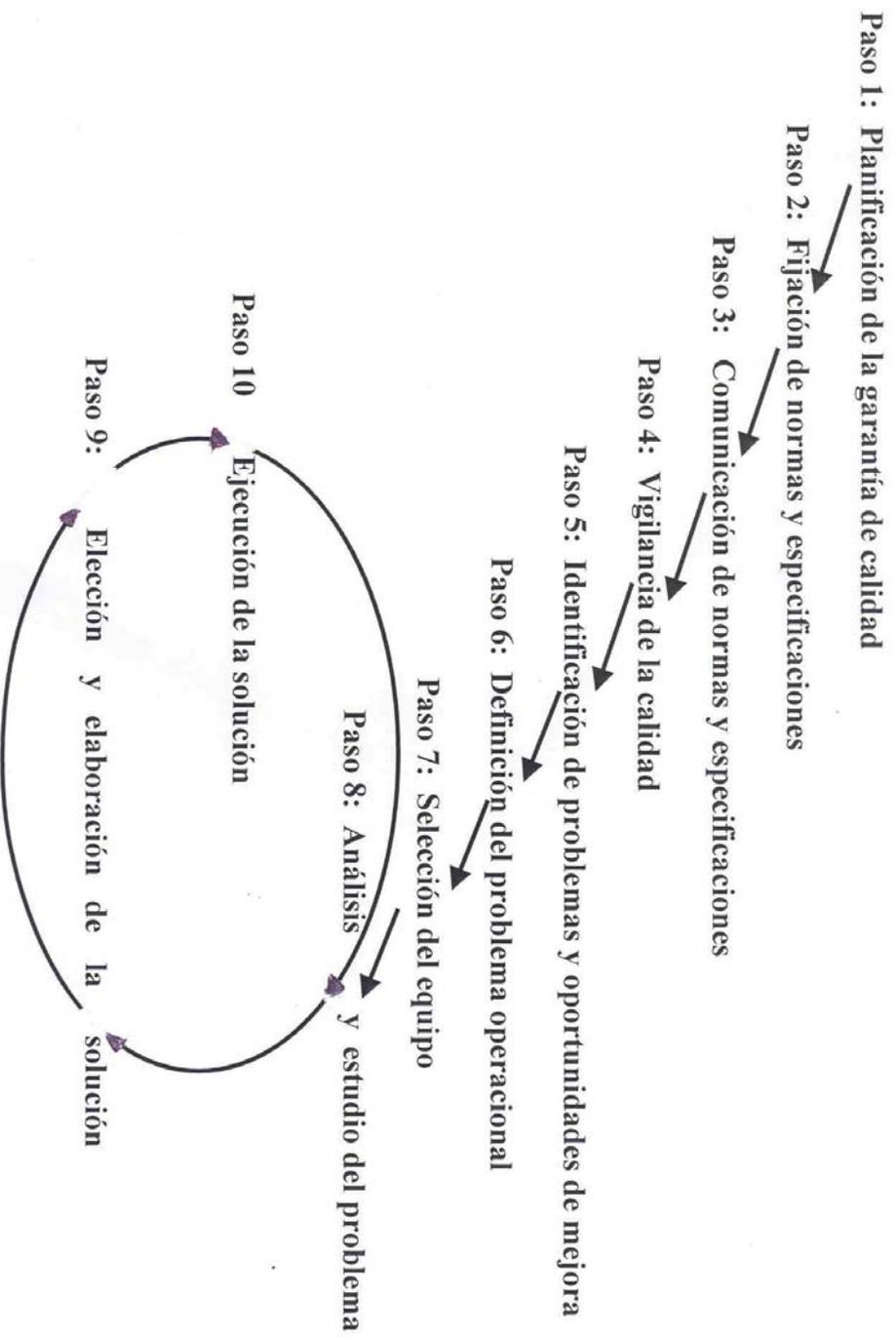
El equipo debe seleccionar indicadores para ver si la solución es efectiva. Los indicadores deben escogerse para determinar si la solución se ejecutó en forma correcta y si resolvió el problema que se había propuesto solucionar. La vigilancia concienzuda debe comenzar cuando el plan de mejora de calidad esté instrumentado y debe seguir hasta que la solución

demuestre ser eficaz y continua, o ineficaz y se abandone o modifique. En ese momento, solamente debe seguirse una vigilancia mínima para mantener los esfuerzos manejables de vigilancia global. Las soluciones deben modificarse o revisarse en la medida en que sea necesario y los resultados tienen que documentarse plenamente incluyendo las experiencias adquiridas en el proceso de ejecución.

Una vez que la solución haya demostrado ser eficaz

El nuevo proceso se tiene que codificar y diseminar de manera que otros puedan aprender de la experiencia. El equipo de garantía de calidad también debe hacer planes para identificar un nuevo problema, ya sea por medio del proceso de equipo, o de información generada por el sistema de vigilancia integral, si hay uno establecido. Entonces, el equipo puede repetir el ciclo de mejora de calidad.

Ciclo de Mejoramiento de Calidad



Res

Res

Los equipos de salud notarán que ya se están adoptando medidas para mejorar la calidad, aunque es probable que no utilicen el término “garantía de calidad” para describirlas. La cantidad de tiempo y esfuerzo que se requiere para cada paso dependerá de las actividades de garantía de calidad ya establecidas.

Es importante que una organización nueva en GC recorra todos los pasos, por lo menos de una forma sucinta, para asegurarse de que los componentes esenciales y todos los participantes en el proceso tengan la información que necesitan.

En la práctica, la garantía de calidad es un proceso cíclico y repetitivo que debe aplicarse en forma flexible para satisfacer las necesidades de un programa específico. El proceso puede comenzar con un esfuerzo integral de organizar un programa de garantía de calidad (tal como se describe en los pasos 1-3) o puede comenzar los pasos del ciclo de mejoramiento de calidad en pequeña escala (pasos 5-10). De otro modo, el proceso puede comenzar con la vigilancia (paso 4). Algunos equipos pueden escoger dos pasos para comenzar al mismo tiempo. Por ejemplo, la vigilancia integral y la solución del problema enfocado pueden comenzar en forma simultánea, en un esfuerzo paralelo coordinado para mejorar la calidad.

Tercera Unidad

METODOLOGÍA DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD

Objetivo general de la tercera unidad

Analizar algunas propuestas metodológicas para valorar la calidad en los servicios de salud

I. BASES METODOLÓGICAS DEL ESTUDIO DE LA CALIDAD EN SALUD



Situar las metodologías de calidad en el proceso de salud-enfermedad

Como lo mencionamos anteriormente, debemos introducir términos que tengan sentido claro que faciliten la comunicación. Es el caso de las definiciones de salud-enfermedad, calidad, eficiencia, eficacia. Además, es preciso enmarcar el diagnóstico de salud, el perfil epidemiológico y los programas y políticas nacionales de salud.

A. INTERRELACIONES DEL CONCEPTO DE CALIDAD

Es un producto de múltiples interrelaciones entre la equidad, la eficiencia y la eficacia, la oportunidad de la atención y la humanización de los servicios.

1. Equidad (Concepto)

Es la reducción de las disparidades en la situación de salud de los diferentes grupos sociales o unidades espacio-población. Disparidades o diferencias que se consideran innecesarias o evitables, pero que además se consideran injustas y que deben orientar el proceso de transformación de los servicios de salud en una doble dimensión de calidad y cantidad.

2. Eficacia (Concepto)

Es entendida como aquellas intervenciones realmente útiles para la eliminación de riesgos, la prevención y el control de los daños y la promoción de determinantes que protegen la salud colectiva e individual de la población.

3. Eficiencia (Concepto)

Es el máximo resultado posible que puede ser alcanzado a partir de un volumen de recursos determinado, en función de la equidad y de la eficacia de las acciones necesarias para modificar positivamente la situación de salud de una comunidad concreta. (Danavedian, 1984)

3. Otros atributos

Por ser la **Calidad de la Atención** un producto de múltiples interrelaciones, según la definición social de la calidad (Donabedian, 1984) y considerando la distribución social del beneficio de la atención de la salud, se propone una perspectiva colectiva de la calidad de la atención en que se incorpore el estudio del acceso a los recursos y su asignación a los diferentes segmentos de la población, de acuerdo a sus condiciones de vida. Los atributos de oportunidad, continuidad y coordinación de la atención, son otros determinantes importantes de la calidad de la atención, como se mencionó anteriormente.

Res

Se propone que en el estudio de la calidad de la atención se profundice el análisis de la calidad de los servicios, en relación con las necesidades de salud de la población adscrita y con la óptima organización y utilización de los recursos disponibles para responder a esas necesidades

- a. **La oportunidad de la atención** Se refiere a la forma en que una atención no demora y puede evitar posteriores complicaciones a quien la requiera.
- b. **La satisfacción de los usuarios** Es de fundamental importancia. Sin embargo, también se sustenta en que el mercado de salud es un mercado atípico, puesto que los usuarios poseen una comprensión muy incompleta de la ciencia y la tecnología en el área de salud, de manera que sus juicios pueden representar una visión incompleta o aún más sesgada, sobre la calidad de atención de los servicios de salud. La satisfacción de los usuarios se debe sustentar especialmente en las expectativas y valoraciones de los usuarios y deben reflejar los esfuerzos realizados en la educación y democratización de los conocimientos en salud por parte de los proveedores. Por ello, los esfuerzos de los servicios de salud deben dirigirse a que la población comprenda y se apropie de los conocimientos, actitudes y prácticas que hagan posible su participación activa y crítica en los procesos de control de calidad.

c. La satisfacción de los proveedores como elemento fundamental en la construcción de la calidad de la atención.

Los instrumentos elaborados incluyen la detección de la satisfacción o el sentir de los usuarios. En este caso, el sentir de la madre y los familiares ante la atención recibida por el menor de un año fallecido. Es importante tomar en cuenta la satisfacción de los usuarios, porque proporciona información del éxito del proveedor para satisfacer las necesidades. Esta es la mejor representación de ciertos componentes de la definición de calidad, especialmente en aquellos que concierne a las expectativas, valoraciones y necesidades sentidas y que deben reflejar los esfuerzos realizados en la educación y en la democratización de los conocimientos en salud por parte de los proveedores.

Concl

En última instancia, los esfuerzos de los servicios de salud, deben dirigirse a que la población comprenda y se apropie de los conocimientos, actitudes y prácticas que hagan posible su participación activa y crítica en los procesos de construcción social de la salud.

B. DIMENSIONES DE LA CALIDAD

Al entrar a hacer un análisis de la calidad se debe contemplar las diferentes dimensiones:

1. Personal

Se refiere el trato del equipo de salud con el usuario: respeto, privacidad, humanización.

Ej

En la consulta externa evidenciar calidez con la persona, mirándola, gesticulando de se perciba un trato

2. Técnica

Se refiere al proceso de atención que se brinda en el servicio con las mejores técnicas e instrumentos según las normas de atención establecidas; identificando y evitando riesgos innecesarios para proporcionar los mayores beneficios posibles al paciente.

Ej

- Consulta de crecimiento y desarrollo con cumplimiento de las normas respectivas.
- Convocatoria pertinente de actores (as) sociales para el análisis de situación de salud

3. Ambiental

Se refiere específicamente a las condiciones de planta física y las comodidades en general a que el usuario pueda aspirar.

Ej

Salas de espera ventiladas con luz, espacio suficientes y con asientos.

El usuario, cuando valora la calidad prestada por un sistema, red u organización de salud, se rige fundamentalmente por la primera y tercera dimensiones mencionadas. Él no tiene conocimiento, ni tiene por qué tenerlo, acerca del contenido técnico del servicio recibido. Es responsabilidad del equipo de salud vigilar especialmente la segunda dimensión: la calidad técnica.

Res

Existe suficiente convicción, tanto en los gobiernos y en las instituciones de los países como en la comunidad científica y los organismos internacionales especializados, sobre la estrecha relación existente entre la situación de salud y las condiciones de vida de los diferentes grupos poblacionales y, por lo tanto, hay que desarrollar acciones multisectoriales, integrales, para transformar las condiciones de vida y la situación de salud.

En el espacio de las condiciones de vida, operan las acciones sociales, los servicios de salud y de bienestar. De allí que recuperar este nivel de abordaje tiene gran importancia para la planificación y evaluación del impacto de dichas acciones.

C. OBJETIVOS DE CALIDAD EN SALUD

- Mejorar la calidad de la atención.
- Crear un sistema nacional de calidad en los sistemas y servicios de salud.
- Fomentar la creación de grupos de calidad en todos los establecimientos de salud.
- Fomentar la cultura de calidad en salud.
- Promover espacios para una participación activa de los usuarios y la comunidad en la vigilancia de la calidad en el sistema y los servicios de salud.

II. UNA PROPUESTA METODOLÓGICA DE CALIDAD EN SALUD



Identificar los elementos metodológicos del análisis de mortalidad infantil para el mejoramiento de la calidad de la atención

A. SISTEMA DE ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA

Entre las estrategias escogidas para mejorar la calidad de la atención está la creación de un Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil y Materna, sistema que se define como el conjunto de actividades interrelacionadas y desarrolladas a escala nacional, regional y local que comprenden la detección y notificación inmediata de todo fallecimiento ocurrido en menores de un año. Una de sus características es que es permanente y sistemático, lo que apunta a que el proceso de análisis debe formar parte de los procesos gerenciales, educativos y de análisis cotidiano de la organización.

Esto incluye el análisis de las condiciones de vida así como el proceso de atención recibido por este niño y/o madre: control prenatal, parto, nacimiento, control durante el crecimiento y atención en sus períodos de morbilidad y último episodio que lleva a la muerte. Incluye la determinación de la satisfacción del usuario (madre y/o familiares) y la evitabilidad de dicha muerte, la determinación de debilidades del sistema de salud en los diferentes niveles, estrategias y planes de acción que propicien y desarrollen los cambios requeridos.

Elemento de Análisis

El análisis de cada muerte es la reconstrucción en el tramado de circunstancias que la rodearon, conformado por las condiciones de vida, la respuesta de los servicios de salud y la percepción del usuario; con base en esta recreación se identifican los problemas y los puntos críticos del proceso de atención. El análisis se orienta hacia el mejoramiento de la calidad de la atención. Por ser esta la orientación, la respuesta de transformación se elabora como propuesta, estrategia y plan de acción, que propicien y desarrollen los cambios requeridos.

Al desarrollar el **Sistema de Análisis de la Mortalidad Infantil y Materna**, se intenta promover procedimientos que se expresen en actividades sencillas, accesibles, a costos razonables y que puedan ser asumidos como sistemas permanentes, que apoyen los procesos de decisión y que tengan sensibilidad para captar procesos y cambios a corto plazo. Deben ser complementarios a los sistemas de información, vigilancia, monitoreo y planificación existentes.

**Eventos
Centinelas**

Esta actividad hace referencia a la “**investigación y análisis**” de todas las muertes maternas y de niños menores de un año. Cada muerte será un **evento centinela**, puesto que con su investigación se logrará abarcar un conjunto de elementos, resultados, debilidades en el proceso de atención de la enfermedad, relacionados con la organización y funcionamiento de los servicios de salud; algunos fácilmente detectables y probablemente previsible; cuyo seguimiento y estudio permiten determinar o medir puntos débiles en el sistema.

**Eventos
trazadores**

Cada muerte se convierte en un “**evento trazador**” ya que provee información sobre uno o más aspectos de la atención a la salud (estructura, proceso y resultado) y que puede contribuir a una aproximación sobre la calidad de la atención de una red de servicios sin necesidad de investigar todos y cada uno de los procesos de atención que ahí se ofrecen.

Este sistema es un análisis de la calidad de la atención, es un proceso de autoevaluación frente a criterios explícitos y aceptables de desempeño (normas), que son comparados con la atención ofrecida y que debe ser realizado con fines educativos. Es una actividad que cubre toda la red de servicios de salud y camina paralela a una mejoría de la calidad y la equidad de la atención del usuario.

Organización del Sistema

En lo que a mortalidad infantil se refiere, se ha creado toda la estructura del sistema. Existe un decreto en vías de publicación que le da soporte legal y hace obligatoria la declaración de todo fallecimiento de menores de un año. Existe una Comisión Nacional (CONAMI), nueve Comisiones Regionales (CORAMI) y más de 80 Comisiones Locales (COLAMI). Todas estas comisiones tienen composición interinstitucional e interdisciplinaria.

En el año 1996 se registraron 417 casos (30%) y se analizaron el 10% de esos casos. La meta para 1997 es el registro del 70% de los casos y analizar un 25% de estos. Y para 1998 es registrar el 100% y analizar un 60% de los casos. Cada caso analizado genera cambios en los funcionarios de salud y en sus procesos de trabajo y aportan luz sobre tendencias regionales y nacionales para problemas que ameritan estrategias de acción más globales en vías de mejorar la calidad de la atención.

En cuanto a mortalidad materna, los instrumentos de evaluación de la calidad fueron validados y se inició el proceso de mejoramiento del sistema de registro y el análisis de casos. Este proceso difiere del de mortalidad infantil en el sentido de que el análisis se realizará de manera centralizada (los casos ocurridos durante el año no suman más de 20) y se hará retroalimentación y elaboración de estrategias de acción con los niveles regionales y locales.

B. ANÁLISIS DE LAS MUERTES DE MENORES DE UN AÑO EN LAS “COLAMI” (Anexo 1)

1. Condiciones

- Conformación multidisciplinaria de la COLAMI
- Todos los miembros de la COLAMI deben conocer las normas de atención, mínimamente las de atención prenatal y de crecimiento y desarrollo.
- Proceso de recolección de datos completo. (Instrumento No.2 adecuadamente lleno)

Analizar, autocríticamente y desde el principio de

2. Propósito del análisis

equidad, cada muerte de menor un año para conocer sus características con el fin de identificar los puntos críticos del sistema de atención y realizar las transformaciones pertinentes. La pregunta que genera todo el análisis y la reflexión en torno al caso en estudio es ¿qué fue lo que hicimos, dejamos de hacer o pudimos haber hecho con esta madre y este niño para evitar su muerte?

3. Propuesta metodológica

Se propone que el análisis se realice en aproximaciones sucesivas de tal forma que permita tener una visión integradora de las condiciones globales en la que se produjo la muerte del niño o niña en estudio.

Se hace necesario señalar que se debe considerar la determinación de la evitabilidad como la identificación de criterios técnicos con que se debe examinar la respuesta del sistema de salud y no como un asunto de auditoría a funcionarios en particular.

Para efectos de la propuesta se plantearán dos momentos y, para cada uno de ellos, se formulan objetivos orientados de cada paso analítico.

PRIMER MOMENTO: CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DEL CASO

1º Paso Objetivo:

Analizar las condiciones de vida en las cuales vivió y murió el niño o niña.

Actividades por desarrollar:

- Revisar la información contenida en la entrevista a los padres y clasificar en las cuatro dimensiones de condiciones de vida (ecológica, económica, biológica y conciencia y conducta).
- Identificar las relaciones e interacciones de los hallazgos.
- A modo de ejemplo: Composición familiar- fecundidad de la madre- escolaridad de los padres.
- Índice de Desarrollo Social (Mideplan) (IDS)- acceso servicios agua y luz- estado de la vivienda- aumento de peso en el embarazo.

- Intervalo intergenésico- convivencia con el padre- ayuda económica del padre- edad de la madre.
- Servicios de salud- ocupación de la madre- necesidades básicas insatisfechas- peso al nacer
- Caracterizar las condiciones de vida del caso en estudio.

2° Paso
Objetivo:

<p>Analizar críticamente el registro de las acciones brindadas a la madre y al niño por el sistema de atención incorporando la vivienda expresada por los padres en relación con estas acciones.</p>
--

Actividades por desarrollar:

- Revisar la información recopilada del expediente del proceso de atención a la madre y al niño, registrando todos los datos clave de evolución del embarazo, del parto y del recién nacido.
- Identificar y consignar las deficiencias de registro de actividades, en el expediente de datos contenidos en el instrumento.
- Revisar las acciones realizadas en el proceso de atención de acuerdo con las normas vigentes y registrar las que no se cumplen.
- Utilizar la opinión de los padres para analizar cualitativamente las acciones realizadas en el proceso de atención y registrar los resultados.

3° Paso
Objetivo:

<p>Realizar una síntesis que exprese una idea global del caso en estudio y que permita señalar los puntos críticos que incidieron en el proceso de muerte del menor.</p>
--

Actividades por desarrollar:

- Discutir y relacionar los hallazgos de los dos pasos anteriores que caracterizan el proceso de muerte.
- Hacer una síntesis comprensiva, abarcativa; es decir, que dé una idea global del proceso de muerte.

SEGUNDO MOMENTO: PROPUESTA PARA LA TRANSFORMACIÓN

1° Paso Objetivo

Identificar los puntos críticos del sistema de atención y de las condiciones de vida.

Actividades por desarrollar:

- Analizar y definir los puntos críticos en la caracterización de las condiciones de vida
- Analizar y definir los puntos críticos del sistema de atención
- Identificar y señalar los criterios técnicos utilizados en la determinación de evitabilidad del caso en estudio.

2° Paso Objetivo

Identificar los puntos críticos del sistema por nivel de atención con el fin de proponer recomendaciones que se transformen **en estrategias de acción.**

Actividades por desarrollar:

- Determinar y clasificar los puntos críticos por nivel de atención.
- Emitir recomendaciones para cada nivel de atención.
- Elaborar una propuesta de estrategias de acción para el desarrollo de las recomendaciones en el primer nivel de atención.
- Elaborar una propuesta de estrategias de coordinación con los otros niveles de atención.

BIBLIOGRAFÍA

DONABEDIAN, A. "La Calidad de la atención Médica", En: La Prensa Médica Mexicana, S.A. México D.F. 1984.

DONABEDIAN, A., "Calidad de la atención a la salud. Continuidad y Cambio en la Búsqueda de la Calidad". Revista ITAES, No.2 junio 1995.

Fernández, N. Instrumentos y técnicas para evaluar la atención de la salud de los adolescentes en Latinoamérica. Washington DC, EUA, Julio, 1994.

Fernández, N. "Garantía de calidad de atención: experiencias de Costa Rica". Revistas ITAES, Vol. No.2, mayo 1996.

Fernández, N. y Romero, M.I. Metodología de Trazadoras: Experiencias de aplicación en países latinoamericanos. OMS/OPS 1997.

Kessner, D., Kalk, G., Singer, J. Assessing Health Quality- The Case for Tracers. *The New England Journal of Medicine*. 1973; 288 (1): 188-194.

Ministerio de Salud. Memoria Anual 1995, San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud Análisis de Situación de Salud (ASÍS) Módulo No. 2, San José, Costa Rica, abril, 1997.

Ministerio de Salud, CCSS. Programa de atención integral en salud de los y las adolescentes. Bases Programáticas, San José, Costa Rica 1993.

OPS/OMS Metodología de Trazadoras: componentes principales y aplicaciones en países americanos. Doc. No.2, Nov. 1989.

OPS/OMS Infecciones respiratorias agudas en los niños. Tratamiento de casos en hospitales pequeños. Serie Paltex No.24, Washington DC, EUA 1992.

OPS/OMS Atención del niño con infección respiratoria aguda. Serie Paltex No.21, Washington DC, EUA 1992.

Ministerio de Salud Función Rectora de Regulación. San José, Costa Rica 1996.

Ministerio de Salud, CCSS. Normas de Atención Integral de Salud I nivel de atención, febrero 1995.

Ministerio de Salud, CCSS. Normas Técnicas de Atención Materna y Perinatal. San José, Costa Rica, febrero 1994.

Romero, M.I. Medición de calidad de atención médica a través de enfermedades trazadoras Documento de trabajo No. 2 CPU, Santiago, Chile, enero 1989.

ANEXO 1

**SISTEMA NACIONAL DE ANÁLISIS DE MORTALIDAD INFANTIL
INSTRUMENTO N° 2 (Rev.-28-5-02)**

I. IDENTIFICACIÓN DEL CASO

N° Identificación

1.1. Nombre y apellidos del niño@ _____ 1.2. No. Expe

1.3. Fecha de Nac. (hora/día/mes/año): 1.4. Fecha de Fall.

1.5. Edad al morir: meses días horas 1.6. Sexo: Fem. Masc. Ambiguo

1.7. Lugar de fallecimiento: _____ (ver códigos)

1.8. Nombre y apellidos de la madre _____ 1.9. No. Expe

1.10. Cédula 1.11. Edad en años

1.12. Dirección domicilio: (exacta) _____

1.12.1. Provincia 1.12.2. Cantón

1.12.3. Distrito Otras señas _____

_____ Teléfono

II. IDENTIFICACIÓN DEL ÁREA DE ADSCRIPCIÓN DEL CASO

2.1. Región: _____ 2.2. Área _____

2.3. Sector _____ 2.4. EBAIS _____

III. DATOS DEL EMBARAZO (Datos obtenidos del expediente clínico en el hospital, consultorio externo o consulta privada debe ser llenado por médico/a o enfermero/a)

1. Se controló el embarazo 1.SI 2.NO

3.2. Lugar donde se controló el embarazo (1) _____ { 888 = No aplica
(2) _____ } 999 = Desconocido

3.3. Edad gestacional (en semanas) al primer control prenatal 88. No aplica 99. Desconocido

3.4. Ganancia de peso 1. < 9 Kg 2. 9-12 Kg 3. > 12 Kg No aplica Desconocido

3.5. Talla materna en cm: 88. No aplica 99. Desconocido

3.6. Número de controles consignados durante el embarazo 88. No aplica 99. Desconocido

3.7. Duración embarazo en semanas

3.8. Intervalo intergenésico 1. Menos de 24 meses 2. De 24 meses o más 3. Primigesta Desconocido

3.9. Complicaciones/condiciones de riesgo durante el embarazo 1. SI 2. NO Desconocido

3.10. En caso afirmativo, anote en el siguiente cuadro de complicaciones y condiciones de riesgo:

Complicaciones y condiciones de riesgo	1. SI	2. NO	9. Desconocido	Complicaciones y condiciones de riesgo	1. SI	2. NO	9. Desconocido
3.10.a. Anemia crónica				3.10.j. Embarazo múltiple			
3.10.b. Diabetes				3.10.k. Desproporción Cef-Pelv			
3.10.c. Hipertensión previa				3.10.l. Ruptura prematura membrana			
3.10.d. Cardiopatía				3.10.m. Amenaza parto prematuro			
3.10.e. Pre eclampsia				3.10.n. Hemorragias I o II trimestre			
3.10.f. Eclampsia				3.10.o. Hemorragia III trimestre			
3.10.g. Infección urinaria				3.10.p. Tabaquismo			
3.10.h. Otras infecciones				3.10.q. Alcoholismo			
3.10.i. Agresión intradoméstica				3.10.r. Drogadicción			
3.10.s. Otra. Cuál:							

- 3.11. Se clasificó el embarazo según riesgo 1. SI 2. NO 3. No aplica 9. Desconocido
- 3.12. Qué riesgo obtuvo 1. Alto riesgo 2. Bajo riesgo 3. No aplica 9. Desconocido
- 3.13. Qué dimensión se usó en la clasificación de riesgo: 1. Biológico 2. Psicológico 3. Social 4. No aplica
4. 1 y 2 5. 1 y 3 6. 2 y 3

	Norma Control	H.C.	Peso Talla	P.A.	A.U.	M.F.	F.C.F.	Hs./Hte.	G. Rñ	VDR1.	G.O.	Clasificación Riesgo
3.14a	< 19 sem.											
3.14b	20 - 24 sem.											
3.14c	27 - 29 sem.											
3.14d	30 - 35 sem.											
3.14e	38 sem. o >											

- 3.15. Cumplimiento de normas de atención prenatal 1. SI 2. NO 3. No aplica 9. Desconocido

IV. DATOS DEL PARTO

- 4.1. Lugar del parto: 1. Hospital 2. Clínica 3. Camino/ambulancia 4. Hogar 9. Desconocido
- 4.2. Si es en establecimiento de salud, especifique el nombre: _____
- (8888 No aplica, 9999 Desconocido)
- 4.3. Clasificación de riesgo intraparto 1. SI 2. NO 3. No aplica 9. Desconocido
- 4.4. Tipo de trabajo de parto 1. Espontáneo 2. Inducido 3. Conducido 9. Desconocido
- 4.5. Forma de terminación del parto 1. Vaginal espontáneo 2. Vaginal - Fórceps 3. Cesárea electiva
4. Cesárea intraparto 9. Desconocido
- 4.6. Causa de Cesárea 1. Sufrimiento fetal 2. Labor parto estacionaria 3. Bolsa rota 4. Eclampsia
5. Expulsivo prolongado 6. Problemas de placenta 7. Otro. Cuál: _____ 8. No aplica
9. Desconoce
- 4.7. Quién atendió el parto: 1. M.G.O 2. M. Gral 3. E.O. 4. E.Gral 5. Res 6. Inter
7. Otro, Especifique _____
- 4.8. Cumplimiento de normas de atención del parto según riesgo 1. SI 2. NO
- Especifique _____

V. DATOS DEL RECIÉN NACIDO

- 5.1. Nacimiento 1. Único 2. Gemelar Trillizos Otro
- 5.2. Clasificación del Recién Nacido 1. RNPPEG 2. RNPAEG 3. RNPGEG 4. RNTPEG
 5. RNTAEG 6. RNTGEG 7. RNPostPEG 8. RNPostAEG
 9. RNPostGEG 88. No aplica 99. Desconocido
- 5.3. Edad gestacional por Capurro
- 5.4. Consanguinidad o isoimmunización 1. SI 2. No 9. Desconocido
- 5.5. Peso al nacer en gramos 5.6. Circunferencia cefálica en cm
- 5.7. Valores de Apgar Un minuto Cinco minutos Diez minutos (99. Desconocido)
- 5.8. El RN presentó algún problema al nacer 1. SI 2. NO 3. No aplica 9. Desconocido
- 5.8.1. En caso afirmativo, cuál problema _____
- 5.9. Se registró Reanimación 1. SI 2. NO 9. Desconocido

5.10. En caso afirmativo la reanimación recibida incluyó:

	1. SI	2. NO	8. No aplica	9. Desconocido
5.10.1. Oxígeno flujo libre				
5.10.2. Oxígeno con mascarilla				
5.10.3. Entubación traqueal				
5.10.4. Masaje cardíaco				
5.10.5. Uso de drogas				
5.10.6. Hospitalización				

5.11- Si presentó algún problema:

1. Falleció inmediatamente 2. Se internó en el mismo Centro 3. Se trasladó a otro nivel en forma inmediata
 4. Se internó en el mismo Centro y posteriormente se trasladó a otro nivel 8. No aplica 9. Desconocido

5.12. Se cumplieron las normas de atención al RN en los siguientes aspectos:

Norma	1. SI	2. NO	8. No aplica	9. Desconocido	Norma	1. SI	2. NO	8. No aplica	9. Desconocido
Paso SNG					Clasificación de riesgo				
Profilaxis ojos					Aplicación Vit.K				
Profilaxis ombligo					Termómetro rectal				
BCG					Hepatitis B				

5.13. En resumen, se cumplieron las normas de atención del RN 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido

VI EN CASO DE TRASLADO

- 6.1. La calidad del llenado de la hoja de referencia es 1. Completo 2. Incompleto 3. No aplica 9. Desconocido
- 6.2. Se cumplen procedimientos para traslado 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido
- 6.3. Se cumplen procedimientos para estabilización 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido
- 6.4. Oportunidad de la referencia fue 1. No se hizo 2. Adecuada 3. Inadecuada 9. Desconocida
- 6.5. Pertinencia del traslado por diagnóstico y riesgo por nivel 1. No se hizo 2. Adecuada
 3. Inadecuada 9. Desconocida

6. En resumen la calidad del traslado fue 1. Buena 2. Regular 3. Mala No aplica

Especifique: _____

6.7. Se envió contrarreferencia al hospital de origen 1. SI 2. NO 3. No aplica Desconocido

6.8. La calidad del llenado de la hoja de contrarreferencia es 1. Adecuada: 2. Inadecuado
 No aplica Desconocido

VII DURANTE EL INTERNAMIENTO DEL RECIÉN NACIDO

7.1. Se manejó ese problema en el nivel de atención adecuado 1. SI 2. NO 3. No aplica 4. Desconocido

7.2. Se actualizó el carnet de salud del niño al salir 1. SI 2. NO 3. No aplica 4. Desconocido

7.3. Se cumplieron las normas de atención al recién nacido de alto riesgo 1. SI 2. NO 3. No aplica 4. Desconocido

aplique: _____

VIII CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO AMBULATORIOS

8.1. Tuvo control en CC y D: 1. SI 2. NO 3. No aplica 4. Desconocido

8.2. Edad en que inició los controles de CC y D meses días

8.3. Número de controles hasta la edad de su muerte

8.4. Se realizó las pruebas de tamizaje 1. Si 2. No 3. No aplica 4. Desconocido

8.5. Se detectaron problemas de morbilidad 1. SI 2. NO 3. No aplica 4. Desconocido

8.6. Se registran consultas por morbilidad: 1. SI Especifique: _____
 2. NO 3. No aplica 4. Desconocido

8.7. Se clasificó el riesgo del niño/a 1. SI 2. NO 3. Ignora 4. Desconocido

8.8. Se valoró el riesgo de las dimensiones 1. Biológica 2. Psicológica 3. Social 4. 1 y 2 5. 1 y 3
 6. 2 y 3 7. No aplica 8. Desconoce

8.9. Qué riesgo obtuvo 1. con riesgo 2. sin riesgo 3. No aplica 4. Desconocido

8.10. Factores de alto riesgo que presentó: _____

8.11. Presentó hospitalizaciones previas al episodio final que le causó la muerte:

1. SI Especifique: _____

2. NO 3. No aplica 4. Desconocido

8.12. Durante los CC y D se cumplieron las normas: 1. SI 2. NO 3. No aplica 4. Desconocido

IX. ENFERMEDAD ÚLTIMA (EVENTOS QUE CONDUJERON A LA MUERTE DEL NIÑO O NIÑA)

9.1. Fecha de inicio de la enfermedad (día, mes, año)

9.2. Edad del niño/niña meses días horas

9.3. Peso en gramos (99 999 Desconocido)

9.4. Talla en cm. (999 Desconocido)

9.5. Estado nutricional 1. Eutrófico 2. Desnutrición aguda 3. Retardo en talla
 4. Desnutrición aguda y crónica 5. Desconocido

11.3. Cómo son las relaciones interpersonales de este grupo familiar (Anote textualmente) _____

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO CUADRO DE COMPOSICIÓN FAMILIAR CON CODIGOS

1. N°: Inicie con el Jefe de Familia y asignándole el número 1. Luego, asigne números consecutivos para cada una de las personas restantes que habitan en el domicilio del niño/a.

2. Nombre: Anote el nombre de cada uno de los que habitan en el domicilio del niño/a

3. Relación con el niño/a: 1. Padre 2. Madre 3. Hermano 4. Abuelo 5. Tío 6. Otros familiares 7. Otros no familiares.

4. Sexo: 1. Femenino 2. Masculino

5. Edad: Anote la edad en años cumplidos.

En el caso de menores de un año, anote en meses cumplidos agregando una "m" al dato.

6. Estado Civil: 1. Soltera/o 2. Unión libre 3. Casada/o 4. Divorciado(a)/separado(a) 5. Viuda/o 9. Desconocido

7. Instrucción: 1. Analfabeto/a 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa 6. Est. técnicos o universitarios 8. No aplica 9. Desconocido
(menores de 7 años)

8. Tipo de Seguro: 1. No tiene 2. Asegurado por Estado 3. Directo asalariado y por otras formas
4. Asegurado familiar 5. Pensionado 9. Desconocido

9. Ocupación:

0	Desempleado	1	Oficios domésticos no remunerados
2	Estudiante	3	Pensionado o viuda de pensionado
4	Trabajo informal: trabajo ocasional sin patrono fijo	5	Trabajo no remunerado con pago en especie
6	Oficios domésticos remunerados	7	Asalariado agrícola (peón o jornalero)
8	Asalariado no calificado de servicios (cocineras, misceláneos, meseras, dependientes de comercio, asistentes de pacientes y similares)	9	Obrero no calificado asalariado (peón de construcción, empleado de fábrica o industria sin requerir entrenamiento previo y similar)
10	Obrero calificado asalariado: (mecánicos, ebanistas, fontaneros, electricistas y similares)	11	Pequeños productores agrarios independientes, sin trabajadores remunerados.
12	Asalariados calificados: técnicos y profesionales asalariados.	13	Trabajadores independientes sin patrono (intelectuales, profesionales y artesanos)
14	Empleadores	15	Otros. (Anotar cuál)
88	No aplica (menores de 7 años)	99	Desconocido

10. Nac.: Anote la nacionalidad de cada miembro

11. Cuando el padre del niño no convive en la casa se llenan esos mismos datos fuera del cuadro, al pie del mismo.

11.4. Tipo de familia: Clasifique la familia desde la madre del hijo/a

1. Familia nuclear simple: (Un núcleo central formado por madre o padre y sus hijos/as solteros/as)

2. Familia nuclear conyugal: (Una pareja conyugal e hijos/as solteros/as)

3. Familia extensa: Si en el hogar conviven personas de varias generaciones todos familiares.

4. Familia mixta: Si en el hogar conviven otros adultos o niños no familiares.

11.5. Datos de la Madre: Antecedentes obstétricos

11.5.1. Número total de embarazos:

11.5.2. Número total de abortos:

11.5.3. Número total de Nacidos muertos:

- 11.5.4. Número total de Nacidos vivos:
- 11.5.5. Número total de fallecidos después de nacer antes 1mes
- 11.5.6. Número total de fallecidos menores de un año, después del mes
- 11.5.7. Número de orden gestacional del caso en estudio
- 11.5.8. El caso en estudio fue un embarazo planificado 1. SI 2. NO
- 11.5.9. En caso negativo, anote textualmente el por qué: _____

11.6. Embarazo del caso en estudio

- 11.6.1. Tuvo control prenatal: 1. SI 2. NO 3. Desconocido
- 11.6.2. En caso negativo anote razones de no control prenatal _____
- 11.6.3. En caso afirmativo, donde recibió el Control Prenatal _____
- 11.6.4. Tiene Carnet Perinatal 1. SI 2. NO 3. No aplica 4. Desconocido
- 11.6.5. En caso negativo, razones de no poseer carnet perinatal _____
- 11.6.6. Meses de embarazo al primer control prenatal
- 11.6.7. Si se inscribió después del primer trimestre, por qué _____
- 11.6.8. Número total de controles prenatales
- 11.6.9. Si fueron menos de 4 controles, por qué: _____
- 11.6.10. Complicaciones o enfermedades durante el embarazo 1. SI 2. NO 3. Desconocido
- 11.6.11. (Especifique) Cuáles? (anotar textual) _____
- 11.6.12. Satisfacción de la madre con relación a la atención prenatal recibida
 1. Buena 2. Regular 3. Mala 4. No aplica 5. Desconocido
- 11.6.13. Si hubo complicaciones, fue referida a otro nivel de atención 1. SI 2. NO 3. No aplica 4. Desconocido
- 11.6.14. (Especifique) ¿dónde la refirieron? _____
- 11.6.15. Si fue referida, fue atendida 1. SI 2. NO 3. No aplica 4. Desconocido
- 11.6.16. Satisfacción de la madre con relación a la atención del Servicio donde fue referida
 1. Buena 2. Regular 3. Mala 4. No aplica 5. Desconocido

11.7. Datos sobre el Parto del caso en estudio

- 11.7.1. Lugar de nacimiento del niño/a: 1. Casa 2. Servicio ambulatorio 3. Hospital 4. Otro
- 11.7.2. (Especifique) Dónde? _____
- 11.7.3. Como empezó el parto 1. Espontáneo 2. Inducido 3. Conducido
- 11.7.4. Tuvo alguna complicación durante el parto 1. SI 2. NO 3. Desconocido
- 11.7.5. (Especifique) Cuál? _____
- 11.7.6. Fue buena la condición del niño/a al nacer 1. SI 2. NO 3. Desconocido
- 11.7.7. Si no lo fue, qué notó usted? Le dijeron algo? _____

11.7.8. Satisfacción de la madre con relación a los servicios durante la atención del parto

1. Buena 2. Regular 3. Mala 4. No aplica 5. Desconocido

11.7.9. Porqué? _____

11.7.10. Le dieron el Carnet de Salud del Niño 1. SI 2. NO 3. No aplica 4. Desconocido

11.7.11. Sabe usted para qué sirve el Carnet de Salud el niño? _____

11.8. Datos del Niño o la Niña en estudio

crecimiento y desarrollo (En el caso de niñ@s que no fueron internad@s inmediatamente después de su nacimiento)

11.8.1. Le dio de mamar 1. SI 2. NO 3. No aplica 4. Desconocido

11.8.2. En caso negativo, por qué? _____

11.8.3. Qué edad en meses tenía su niño/a cuando le empezó a dar otros alimentos distintos y la leche materna (88 = No

11.8.4. Qué edad en meses tenía su niño/a cuando le dejó de dar de mamar definitivamente aplica) }

11.8.5. Según su opinión su niño presentó algún problema en su desarrollo psicomotor. Se atrasó en fijar la mirada, en sonreír, en sostener la cabeza, en sentarse, en pararse, en caminar? 1. SI 2. NO 3. No aplica 4. Desconocido

11.8.6. Esquema básico de vacunación para la edad 1. Completo 2. Incompleto 3. No aplica 4. Desconocido

11.8.7. Tiene el Carnet de Salud del niño/a

1. Sí, completo 2. Sí, incompleto 3. No tiene 4. No aplica 5. Desconocido

11.8.8. Lo llevó a control del crecimiento y desarrollo 1. SI 2. NO 3. No aplica 4. Desconocido

11.8.9. Edad al primer control días meses (88 88 = No aplica, 99 99 = Desconocido)

11.8.10. Satisfacción de la madre con relación a los servicios brindados a su hijo/a en el CC y D

1. Buena 2. Regular 3. Mala 4. No aplica 5. Desconocido

11.8.11. Porqué? _____

11.8.12. Quién cuidó al niño/a la mayor parte del tiempo

1. madre 2. abuela 3. hermano/a > 15 años 4. hermano/a < 15 años
 5. empleada 6. Institución (guardería) 7. Otro 8. No aplica 9. Desconocido

11.9. Datos de enfermedades y atención médica al caso en estudio (anteriores al evento final)

Aplicar solamente a niños que no se internaron inmediatamente después de su nacimiento.

11.9.1. Antes de la enfermedad final del niñ@ lo llevó a otro tipo de consulta 1. SI 2. NO 3. No aplica 4. Desc.

11.9.2. Por qué razón lo llevó a consulta _____

11.9.3. Satisfacción de la madre con relación a estos servicios de consulta ambulatoria

1. Buena 2. Regular 3. Mala 4. No aplica 5. Desconocido

11.9.4. (Especifique) Porqué? _____

11.9.5. Antes del episodio final fue hospitalizado previamente 1. SI 2. NO 3. No aplica 4. Desconocido

11.9.6. Cuantas veces fue hospitalizado (88 = No aplica, 99 = Desconocido)

11.9.7. Satisfacción de la madre sobre estos servicios de hospitalización
 1. Buena 2. Regular 3. Mala 8. No aplica 9. Desconocido

11.9.8. (Especifique) Porqué? _____

11.10. Proceso que lo llevó a la muerte

11.10.1. Descripción de la enfermedad según la entrevistada (Tiempo de duración, síntomas, evolución) (Anote textualmente)

11.10.2. Cuáles enfermedades cree usted que le causaron la muerte (Anote textualmente)

11.10.3. La madre conoce las o la causa de muerte 1. SI 2. NO 9. Desconocido

11.10.4. Qué otras cosas cree usted que contribuyeron a la muerte(aparte de las enfermedades) (Anote textualmente): _____

Para aplicar en caso de niño@s que no fueron hospitalizad@s inmediatamente después de su nacimiento:

11.10.5. Consultó en este último episodio (de enfermedad) 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido

11.10.6. Si no consultó, por qué? (Anote textualmente): _____

11.10.7. Si consultó, cuántos días después del comienzo de la enfermedad 1 2 (88 = No aplica, 99 = Desconocido)

11.10.8. Si consultó, a dónde consultó? _____

11.10.9. Lo atendieron 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido

11.10.10. Si no lo atendieron. Por qué no lo atendieron? (Anote textualmente) _____

11.10.11. Si lo atendieron, lo refirieron a otro nivel de atención 1. SI 2. NO 8. No aplica 9. Desconocido

11.10.12. A dónde lo refirieron _____

11.10.13. Satisfacción de la madre en relación con estos servicios ambulatorios

1. Buena 2. Regular 3. Mala 8. No aplica 9. Desconocido

11.10.14. (Especifique) Porqué? _____

11.11. Episodio final

11.11.1. ¿Dónde murió el niño/a?

- 1. Casa. Por qué. (Anote textualmente) _____
- 2. Establecimiento ambulatorio. Por qué. (Anote textualmente) _____
- 3. Camino a establecimiento de salud. Por qué. (Anote textualmente) _____
- 4. Hospital. Nombre del establecimiento _____

11.11.2. Si el niño/a fue hospitalizado. ¿Cómo estaba al hospitalizarlo?

1. Ligeramente enfermo 2. moderadamente enfermo 3. grave 8. No aplica 9. Desconocido

11.11.3. Opinión de la madre sobre la atención de ese episodio final en los servicios de hospitalización
 1. Buena 2. Regular 3. Mala No aplica Desconocido

11.11.4. (Especifique) Por qué? _____

11.12. Índice de Necesidades Básicas

Necesidades Básicas	1. Si Hay	2. No Hay
11.12.1 Niños de 7-12 años que no asisten a la escuela		
11.12.2. Hacinamiento crítico (un promedio de más de tres personas por cuarto, entendiéndose como tal los dormitorios, sala, comedor, cocina y otros) Anote cuántos por aposento		
11.12.3. Vivienda inadecuada (improvisada, tugurio, casa de vecindad, construida con materiales de deshecho, paredes y techos en malas condiciones)		
11.12.4. Servicios Básicos inadecuados: Urbano: sin servicio de agua intradomiciliar, sin excusado con conexión a tanque séptico o alcantarillado. Excusado compartido con otras familias. Rural: carecen de agua intradomiciliar y disposición sanitaria de excretas		
11.12.5. Alta dependencia económica: Hogares con más de tres habitantes por persona ocupada, cuyo jefe de familia tenga menos de 3 años de escolaridad		
11.12.6. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI): Familia con al menos una de las características anteriores		

11.12.7. Fuente de información 1. Madre 2. Padre 3. Otro Especifique _____

11.12.8. CALIFIQUE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA FAMILIA

XII. Conclusiones Finales del Caso

12.1. CAUSAS

CAUSA	Certificado de Defunción	Código del CIE -10	Resultado de Autopsia	Código del CIE-10	Según Análisis de la COLAMI	Código del CIE-10
BASICA						
ASOCIADA						

12.2. RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD: ÁREAS CRÍTICAS IDENTIFICADAS

- A nivel de servicios de planificación familiar
- A nivel de servicios prenatales
- A nivel del sistema de referencia, contrarreferencia y traslados
- A nivel de servicios hospitalarios: (en labor, sala de partos, alojamiento conjunto, servicios de neonatología, pediatría, emergencias)
- A nivel de servicios ambulatorios de atención del niño@ (tamizaje, control de crecimiento y desarrollo, control de morbilidad, vacunatorios)

12.3. CALIFIQUE LA CALIDAD DE RESPUESTA DEL SERVICIO DE SALUD

12.4. CONDICIONES DE VIDA DEL GRUPO FAMILIAR: ÁREAS CRÍTICAS IDENTIFICADAS

12.5. CONCLUSIONES GENERALES DEL CASO:

12.6. PREVENIBILIDAD Muerte Prevenible 1. SI 2. NO

12.7. JUSTIFIQUE LA RESPUESTA DE PREVENIBILIDAD

12.8. RECOMENDACIONES E INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

INTERVENCIONES DEL SISTEMA DE SALUD	INTERVENCIONES DENTRO DE LA FAMILIA	INTERVENCIONES EN OTROS SECTORES

OLAMI de: _____ Región _____
coordinador _____ Visita realizada por: _____
Fecha de la muerte del niño: _____ Fecha de la visita _____ Fecha del análisis: _____

Del Autor y la Autora

Patricia Allen Flores

Médica, Máster en Salud Pública, Máster en Economía de la Salud, Universidad de Costa Rica. Actualmente forma parte del equipo de trabajo de la Dirección Desarrollo de la Salud, Ministerio de Salud.

Orlando Urroz Torres

Actualmente Subdirector General, Hospital Nacional de Niños. Médico especialista en Cirugía pediátrica y Cuidados Intensivos. Máster en Gestión de la Calidad Total, Universidad Sheffield – Hallam, Inglaterra. Coordinador Nacional del Programa para el Mejoramiento continuo de la Calidad.

Autoridades Institucionales

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

Dr. Alberto Sáenz
Presidencia Ejecutiva

Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

CENDEISSS

Dra. Olga Arguedas Arguedas
Directora Ejecutiva

DRA. NURIA BAEZ BARAHONA
Coordinadora
Sub Área de Posgrados y Campos Clínicos

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Dra. Yamileth González García
Rectora

DRA. MARÍA PÉREZ YGLESIAS

Vicerrectora de Acción Social

M.Sc. JORGE MURILLO MEDRANO

Decano
Sistema de Estudios de Posgrado

M.Sc. ALCIRA CASTILLO MARTÍNEZ

Directora
Escuela de Salud Pública

DRA. ILEANA VARGAS UMAÑA

Directora
Maestría en Salud Pública