

MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS NACIONALES DE CALIDAD

Un enfoque práctico para elaborar políticas y estrategias
destinadas a mejorar la calidad de la atención



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS NACIONALES DE CALIDAD

Un enfoque práctico para elaborar políticas y estrategias
destinadas a mejorar la calidad de la atención



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Washington, D.C.
2018

Se publica también en inglés con el título
Handbook for National Quality Policy and Strategy: a practical approach for developing
policy and strategy to improve quality of care
© World Health Organization 2018
ISBN: 978-92-4-156556-1

Manual para la elaboración de políticas y estrategias nacionales de calidad. Un enfoque práctico para elaborar políticas y estrategias destinadas a mejorar la calidad de la atención.

ISBN: 978-92-75-32034-1

© Organización Panamericana de la Salud 2018

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web en (www.paho.org). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

Forma de cita propuesta. Organización Panamericana de la Salud. Señales en Farmacovigilancia para las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2018.

Catalogación en la Fuente: Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| PREFACIO | 5 |
| AGRADECIMIENTOS | 6 |
| ABREVIATURAS | 7 |
| INTRODUCCIÓN | 9 |
| ¿En qué consisten las políticas y estrategias nacionales de calidad? | 10 |
| Importancia e integración de las políticas y estrategias | 11 |
| Argumentos a favor de la calidad. | 12 |
| Definición del concepto de calidad. | 13 |
| Una cultura de la calidad | 14 |
| Calidad en todo el sistema de salud. | 16 |
| Las PENC dentro del contexto de la cobertura universal de salud y los ODS | 17 |
| Manual para elaborar políticas y estrategias nacionales de calidad. | 18 |
| La iniciativa sobre PENC. | 19 |
| PARTE I. FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA. | 21 |
| Formulación de una política nacional de calidad: | 24 |
| 1. Objetivos y prioridades nacionales de salud | 24 |
| 2. Definición local de calidad | 26 |
| 3. Identificación y participación de los interesados directos. | 27 |
| 4. Análisis de la situación: estado de la calidad | 29 |
| 5. Gobernanza y estructura orgánica para la mejora de la calidad | 30 |
| 6. Métodos e intervenciones de mejora de la calidad | 32 |
| 7. Sistemas de información sobre la gestión sanitaria y sistemas de datos sobre salud . . . | 34 |
| 8. Indicadores y medidas básicas de la calidad. | 35 |
| PARTE II. ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA | 37 |
| Elaboración de una estrategia nacional de calidad. | 39 |
| 1. Objetivos y prioridades nacionales de salud | 39 |
| 2. Definición local de calidad | 42 |
| 3. Identificación y participación de los interesados directos. | 43 |
| 4. Análisis de la situación: estado de la calidad | 48 |
| 5. Gobernanza y estructura orgánica para la mejora de la calidad | 50 |
| 6. Métodos e intervenciones para mejorar la calidad | 54 |
| 7. Sistemas de información sobre la gestión sanitaria y sistemas de datos sobre salud . . . | 62 |
| 8. Indicadores y medidas básicas de la calidad. | 65 |
| Elaboración de un plan operativo para poner en práctica | 69 |
| Panorama y justificación | 69 |
| ¿Cuándo y cómo debe elaborarse el plan operativo? | 69 |
| ¿Qué elementos debería incluir el plan operativo? | 70 |
| Integración de programas técnicos en las PENC. | 70 |

| | |
|---|-----------|
| PARTE III. HERRAMIENTAS Y RECURSOS | 73 |
| Antecedentes | 74 |
| Cómo buscar, seleccionar y usar las herramientas para apoyar el proceso de elaboración de PENC | 74 |
| Compendio de herramientas y recursos | 76 |
| GLOSARIO | 79 |
| REFERENCIAS | 83 |

Recuadros

| | |
|---|----|
| Recuadro 1. Políticas y estrategias basadas en la ejecución | 12 |
| Recuadro 2. Definición de una atención de salud de calidad | 14 |
| Recuadro 3. Cultura de la calidad: características clave | 15 |
| Recuadro 4. Agua, saneamiento e higiene: un pilar fundamental para la calidad en los sistemas de salud | 17 |
| Recuadro 5. Objetivos y prioridades | 24 |
| Recuadro 6. Seguridad y calidad de la salud: prioridades estrechamente vinculadas | 25 |
| Recuadro 7. Lista ilustrativa de interesados directos potenciales | 28 |
| Recuadro 8. Calidad de la atención de salud: funciones y responsabilidades de interesados directos seleccionados | 31 |
| Recuadro 9. Elementos básicos para mejorar la calidad en todo el sistema | 33 |
| Recuadro 10. Variaciones en las estrategias nacionales de calidad | 41 |
| Recuadro 11. Estudio de caso: definición de calidad en el Sudán | 42 |
| Recuadro 12. Participación de la comunidad y los pacientes: la experiencia ugandesa | 46 |
| Recuadro 13. Evaluación externa, concesión de licencias y certificación | 54 |
| Recuadro 14. Aplicación de la trilogía de Juran para guiar la selección de intervenciones .. | 56 |
| Recuadro 15. Preguntas ilustrativas clave para evaluar las fuentes de datos actuales | 62 |
| Recuadro 16. Fuentes potenciales de medición de la calidad disponible en muchos países .. | 64 |
| Recuadro 17. Diez criterios para evaluar indicadores de la calidad e incorporarlos a un conjunto básico | 67 |
| Recuadro 18. Fuentes potenciales de herramientas y recursos | 75 |

Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Transición de los modelos lineales a la elaboración de políticas y estrategias basadas en la ejecución | 12 |
| Figura 2. Organigrama ilustrativo de los esfuerzos nacionales de calidad nacionales | 51 |
| Figura 3. Actividades ilustrativas en cinco niveles de jerarquía | 60 |
| Figura 4. Marco de las intervenciones en cada nivel de jerarquía: México | 61 |
| Figura 5. Herramientas y recursos: fuentes y pertinencia para el proceso de elaboración de PENC | 77 |

Cuadros

| | |
|---|----|
| Cuadro 1. Marco de las dimensiones de calidad | 26 |
| Cuadro 2. interesados directos y tareas asociadas | 45 |
| Cuadro 3. Intervenciones ilustrativas para mejorar la calidad | 57 |

PREFACIO

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible hacen especial hincapié en la consecución de la cobertura universal de salud, lo que significa “velar por que todas las personas y comunidades puedan usar los servicios de promoción de la salud, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos que necesitan, *de calidad suficiente para ser eficaces*, y a la vez asegurar que el uso de esos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras”.

El Marco de la OMS sobre los servicios de salud integrados, centrados en las personas, presenta una visión del futuro en el que “todas las personas tienen acceso a los servicios de salud que se prestan para responder a sus prioridades, se coordinan en torno a sus necesidades y son seguros, eficaces, oportunos, eficientes y de una calidad aceptable”. La acción propuesta en el Marco de la OMS pone especial énfasis en los mecanismos de política para mejorar la calidad.

La elaboración, mejora y ejecución de las políticas y estrategias nacionales de calidad son una prioridad para los países que se esfuerzan por mejorar el desempeño de sus sistemas de salud. El creciente impulso hacia la cobertura universal de salud se acompaña de la correspondiente conciencia de que un mejor acceso requiere esfuerzos orientados a mejorar la calidad de los servicios de salud para lograr las mejoras deseadas en los resultados en materia de salud.

Los países están solicitando asesoramiento para orientar sus esfuerzos en relación con las políticas y estrategias nacionales de calidad. Están adoptando diversos enfoques con múltiples puntos de entrada para mejorar la calidad, y muchos de ellos también están centrando su atención en el nivel subnacional como un ámbito de acción. Sin embargo, el objetivo sigue siendo el mismo: aumentar la calidad de la atención de salud como un punto de entrada crucial para el fortalecimiento de los sistemas de salud, y en último término lograr mejorar la salud de la población.

En reconocimiento de esta necesidad fundamental, la iniciativa de la OMS relativa a las políticas y estrategias nacionales de calidad tiene cuatro objetivos: a) fomentar la sensibilización, el conocimiento y las aptitudes en relación con las políticas y estrategias nacionales de calidad en los países de ingresos bajos y medianos; b) definir los procesos clave para la planificación, desarrollo y ejecución de políticas y estrategias nacionales de calidad; c) prestar apoyo a los países en este ámbito; y d) proseguir la elaboración conjunta y la documentación de los procesos relacionados con la elaboración y ejecución de políticas y estrategias nacionales de calidad dentro de un plan de laboratorio de aprendizaje.

El presente documento sienta las bases de esta iniciativa, partiendo de un conjunto existente de trabajos de la OMS y otras instituciones. Proporciona una estructura en torno a la cuestión examinada, describe algunos de los temas clave sometidos a examen y presenta un punto de partida para las medidas que es necesario poner en práctica. Se seguirá puliendo mediante un proceso de elaboración conjunta en el que intervienen los países y los asociados técnicos, que también producirán diversos recursos complementarios. El Manual es el resultado de una iniciativa de mayor alcance que trata de dar respuesta a las necesidades de asesoramiento estratégico y práctico de los países en cuanto a las políticas y estrategias nacionales de calidad. Los nexos con la política y planificación sanitarias son cruciales para este enfoque.

El público destinatario de este documento básico es diverso. Los destinatarios principales son los responsables de guiar la formulación y aplicación de políticas y estrategias nacionales de calidad. Se beneficiará de él un conjunto mucho mayor de interesados directos que participan activamente en el proceso nacional. Los asociados a nivel nacional, regional y mundial que apoyan los esfuerzos de mejora de la calidad también saldrán beneficiados del contenido proporcionado.

Cada país debe seguir su propia vía para alcanzar la cobertura universal de salud, basándose en múltiples y complejos criterios. Un enfoque nacional de la calidad concebido cuidadosamente puede ser un punto de entrada fundamental para los países mientras trabajan para lograr mejores resultados de salud.

AGRADECIMIENTOS

El *Manual de la OMS para la elaboración de políticas y estrategias nacionales de calidad* se preparó bajo la dirección general de Edward Kelley y Shams Syed, del Departamento de Prestación de Servicios y Seguridad, en la sede de la OMS en Ginebra. El equipo de redacción principal estuvo compuesto por Sheila Leatherman, Shams Syed, Ruben Frescas y Matthew Neilson.

Habida cuenta de su función como asesora principal de la iniciativa de la OMS sobre políticas y estrategias nacionales de calidad, Sheila Leatherman aportó el contenido básico al Manual. Investigaciones y publicaciones anteriores de Sheila Leatherman y otros autores contribuyeron a la elaboración de todas las secciones del Manual.

La labor anterior de la OMS relacionada con la calidad y la política y estrategia de seguridad del paciente, tanto en la sede como en las regiones de la OMS, ayudó significativamente a elaborar el Manual.

La preparación del Manual se basó en ejemplos nacionales de la elaboración de políticas y estrategias nacionales de calidad, muchos de los cuales se presentan en el texto. Desearíamos agradecer en particular la contribución de diversos países (Colombia, Etiopía, Ghana, Indonesia, Liberia, Malawi, México y Sudán) al incipiente conjunto de conocimientos incluido en el Manual.

También desearíamos reconocer la labor de distintos asociados técnicos, incluidos la Sociedad Internacional para la Calidad en la Atención de la Salud, el Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria, el proyecto Applying Science to Strengthen and Improve Systems (ASSIST) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y HealthQual, que han ejercido influencia sobre el terreno y han contribuido al presente documento.

Estamos reconocidos con Bruce Agins y Josh Bardfield por su contribución a la sección sobre la integración de los programas técnicos en las políticas y estrategias nacionales de calidad; con Lisa Hirschhorn y Sun Mean Kim por su ayuda en las secciones relativas a los sistemas, datos y medición de la información sobre la gestión sanitaria; con Liana Rosenkrantz Woskie, Anthony Moccia y Ruma Rajbhandari por su trabajo sobre las intervenciones en materia de calidad; y con Julie Storr, Lopa Basu, Nana Mensah Abrampah, Rhea Bright, Breda Cosgrove y Laura Simpson por la revisión del Manual.

Kehinde Balogun, Stephen Balogun, Pierre Barker, Jeffrey Braithwaite, Lucky Chikaura, Susan Davis, Paulina Pacheco Estrella, Raghavendra Guru, Maki Kajiwara, Pierre Claver Kariyo, Manuel Kassaye Sibhatu, Samuel Kidane, Jason Leitch, Garth Manning, Rashad Massoud, Mohamed A. Mohamed, Margaret Montgomery, Zainab Naimy, Edgar Necochea, Wendy Nicklin, Robbie Pearson, Charles Shaw, Sylvia Sax, Sodzi Sodzi-Tettey, David Weakliam y Albert Wu hicieron valiosas aportaciones en forma de contribuciones, revisiones por homólogos y sugerencias.

Un primer documento de trabajo del Manual fue examinado por homólogos en una reunión celebrada en Ginebra, Suiza, en junio del 2017 con los siguientes participantes nacionales: Hind Babekir Hassan Abdallatif, Philip Kerkula Bemah, Daniel Gebremichael Burssa, Andrew Likaka, Germán Escobar Morales, Benjamin Nyakutsey, Sebastián García Saisó y Eka Viora. También participaron en el examen los siguientes expertos nacionales y regionales de la OMS: Salma Burton, Nino Dal Dayanghirang, Jonas Gonseth-Garcia, Mondher Letaief y Juan Eduardo Tello. La reunión también contó con la presencia de los siguientes expertos de la OMS en la sede: Benedetta Allegranzi, Giorgio Cometto, Neelam Dhingra-Kumar, Bruce Gordon, Ann-Lise Guisett, Heather Harmon, Lauren Hoisl, Dirk Horemans, Sun Mean Kim, Blerita Maliqi, Asiya Odugleh-Koley, Archana Shah y Satvinder (Vindi) Singh.

La preparación del documento recibió el apoyo del Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar del Japón mediante una contribución a la Organización Mundial de la Salud.

ABREVIATURAS

| | |
|------|---|
| GLL | Laboratorio Mundial de Aprendizaje |
| HMIS | sistema de información sobre la gestión sanitaria |
| OCDE | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos |
| ODM | Objetivos de Desarrollo del Milenio |
| ODS | Objetivos de Desarrollo Sostenible |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| PENC | políticas y estrategias nacionales de calidad |

Información básica sobre el Manual

¿En qué consiste este documento?

Se trata de un manual que fundamenta la justificación de elaborar políticas y estrategias nacionales de calidad de la atención de salud, el proceso necesario para ello, y las herramientas de apoyo.

¿A quién va dirigido?

A las autoridades que elaboran políticas y estrategias nacionales de calidad, los interesados directos involucrados en el proceso y los asociados externos que apoyan a los ministerios de salud.

¿Cómo debe usarse?

Como un enfoque estructurado para apoyar la elaboración de políticas y estrategias nacionales de calidad, para complementar la pericia nacional y el apoyo externo existentes.

La cobertura universal de salud implica que todas las personas y comunidades puedan usar los servicios de promoción de la salud, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos que necesitan, de calidad suficiente para ser eficaces, y a la vez asegurar que su uso no exponga a dificultades financieras al usuario. Muchos países están realizando esfuerzos para mejorar la calidad de la atención e institucionalizar una cultura de la calidad en todo su sistema de salud. Esos esfuerzos pueden fortalecerse mediante la formulación de **políticas y estrategias nacionales de calidad (PENC)**.

El Manual proporciona una visión general de los ocho elementos fundamentales requeridos para producir documentos sobre PENC, y se divide en tres secciones principales: política, estrategia y herramientas.

Política

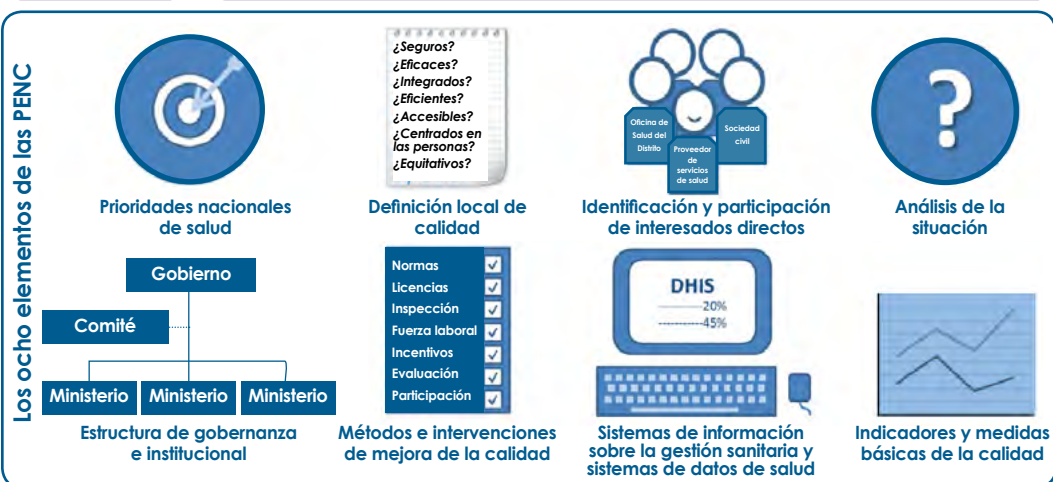
La **política** se basa en una aspiración acordada respecto de la declaración explícita de intenciones, y pasa a ser la "línea de actuación" convenida. En esta sección se describe cómo elaborar una política nacional de calidad, ya sea como un documento independiente o como parte de una política sanitaria nacional más amplia.

Estrategia

La **estrategia** proporciona una hoja de ruta clara y describe "cómo" se concretará la política. Muchos aspectos del proceso estratégico coincidirán con la formulación de la política. En esta sección se describe un proceso estructurado, de múltiples interesados directos y basado en datos.

Herramientas

Algunas **herramientas** y recursos adicionales pueden apoyar el proceso de elaboración de PENC. En esta sección se describe cómo acceder a tales herramientas y cómo seleccionarlas, y se incluye un compendio complementario de herramientas disponibles en el Laboratorio Mundial de Aprendizaje (GLL) de la OMS para una cobertura universal de salud de calidad.



Planificación operativa

La aplicación de estrategias puede describirse en un plan operativo detallado, que define las tareas fundamentales, asigna responsabilidades, identifica hitos y examina aspectos prácticos de la ejecución, como el financiamiento.

Integración de programas técnicos

Los países a menudo poseen iniciativas en materia de calidad centradas en ámbitos técnicos (como el VIH, el agua, saneamiento e higiene) o grupos de población específicos (como madres y niños). Para integrar con éxito esos esfuerzos en la labor general en materia de calidad nacional se requiere una planificación cuidadosa.

INTRODUCCIÓN

Visión general de la sección

- ¿En qué consisten las políticas y estrategias nacionales de calidad (PENC)?
- Importancia e integración de las políticas y estrategias
- Promoción de la calidad
- Definición del concepto de calidad
- Una cultura de la calidad
- La calidad en todo el sistema de salud
- Las PENC dentro del contexto de la cobertura universal de salud y los ODS
- Cómo usar esta herramienta

Cada país está motivado por diversas razones para abordar la cuestión de la calidad de la atención de salud. Entre esas razones figuran la consideración de la calidad de la atención de salud como un bien público y el compromiso con una asistencia sanitaria de calidad; la creciente conciencia de las carencias de una atención de salud segura, eficaz y centrada en las personas; el impulso hacia la cobertura universal de salud y la percepción de que las mejoras en el acceso sin prestar la debida atención a la calidad no conducirán a los resultados deseados en la salud de la población; las presiones sobre los costos y para una mayor eficiencia y optimización de los recursos en todo el sistema de salud; el creciente reconocimiento de la necesidad de armonizar la prestación pública y privada de servicios de salud en mercados de salud fragmentados e interrelacionados; la creciente comprensión de la importancia fundamental de contar con unos servicios fiables para la preparación eficaz ante los brotes u otras emergencias complejas; y por último, las expectativas del público, los medios de comunicación y la sociedad civil con respecto a la creciente exigencia pública de transparencia y rendición de cuentas.

Aunque las razones que impulsan los esfuerzos nacionales en materia de calidad pueden variar, los países se encontrarán con dificultades comunes cuando elaboren o perfeccionen sus políticas y estrategias relacionadas con la calidad, y las tareas básicas serán similares.

Si bien resulta claro que la capacidad de los países para prestar una atención de calidad se verá afectada por los recursos disponibles, los esfuerzos nacionales para mejorar la calidad de la atención no deben considerarse como una competencia exclusiva de los países de ingresos altos o como un aspecto que solo se aborde cuando se haya ampliado el acceso. Cada esfera de la calidad es claramente pertinente para cualquier sistema de atención de salud, y aunque algunos países pueden disponer de recursos para abordar cada una de ellas en diferente medida, casi siempre habrá algunos puntos de partida de pocos recursos para la acción. En efecto, como el énfasis en la calidad promueve unos servicios más eficientes, eficaces e integrados que responden a las necesidades de la población, los esfuerzos nacionales para aumentar la calidad de la atención pueden por sí mismos ayudar cualquier sistema de salud a mejorar la optimización de los recursos.

¿En qué consisten las políticas y estrategias nacionales de calidad?

Se trata de una iniciativa impulsada por un país para promover y planificar una mayor calidad de la atención. A menudo se describe en un documento, en el que se incluye una declaración oficial y explícita del enfoque y las medidas necesarios para mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud de un país, y debe conectarse estrechamente con las políticas y procesos nacionales más amplios de planificación de la salud. La responsabilidad de la

preparación de tales documentos generalmente corresponde al ministerio de salud, que trabaja en estrecha colaboración con una variedad de instancias normativas y ejecutoras.

Las experiencias de los países con respecto a las PENC han puesto de relieve las ventajas de un plan coherente que proporciona orientación y directrices sobre la calidad a todos los niveles del sistema. Sin embargo, dentro del contexto de unos arreglos de gobernanza nacional de mayor alcance existen las políticas relacionadas con la calidad. Las PENC pueden ayudar a aclarar los nexos con las políticas, planes y prioridades nacionales de salud —y de otra índole—, a destacar la importancia de los procesos centrados en la calidad para hacer realidad las prioridades generales de salud, y a definir las líneas de la rendición de cuentas para trabajar para unos servicios de salud más centrados en las personas.

Importancia e integración de las políticas y estrategias

Muchos países deciden centrarse en una estrategia nacional de calidad; sin embargo, también resulta provechoso elaborar una política nacional de calidad que garantice la confianza política, ayude a orientar la estrategia y su ejecución, y concentre los esfuerzos nacionales para mejorar la calidad dentro del entorno más amplio de política. Si bien puede producirse una superposición significativa en el proceso de elaboración y en el contenido, existe una distinción clara entre ambos conceptos: la política se basa en una aspiración acordada, con una declaración explícita de intenciones, y pasa a ser la "línea de actuación" convenida. Puede abogar por la acción y definir amplias prioridades para abordar. La estrategia proporciona una hoja de ruta clara y describe "cómo" se concretará la política, y puede perfeccionarse durante el plazo más largo de la política. La "estrategia de calidad" es un puente que ayuda a un sistema de salud a acelerar el logro de sus objetivos y prioridades de salud, usando principios de gestión de la calidad que incorporan la planificación, control y mejora de la calidad. Aunque en el presente documento se describe un proceso de formulación simultánea de políticas y estrategias, las necesidades nacionales pueden llevar a centrar el interés en la política o bien en la estrategia. Con independencia de ello, es importante tener en cuenta ambos aspectos al tomar una decisión fundamentada.

Obviamente, la política y la estrategia deben pensarse de una manera integrada: generalmente en solo un documento o, en algunos casos, en documentos complementarios e interdependientes elaborados como parte de un esfuerzo de todo el sistema para mejorar la calidad de la atención. En efecto, es totalmente razonable examinar también si el mecanismo más apropiado para la elaboración y publicación de una política nacional de

calidad, una estrategia nacional de calidad o ambas forma parte de la planificación nacional integrada más amplia de la salud. Ambos enfoques tienen ventajas y desventajas. Por ejemplo, mientras la integración de las iniciativas para mejorar la calidad dentro de las políticas y estrategias nacionales en materia de salud puede aportar ventajas, como una mayor confianza política, unos esfuerzos integrados de ejecución y la oportunidad de examinar la calidad en todo el sistema, los documentos independientes pueden permitir ahondar más, dan mayor visibilidad a la calidad y utilizan diferentes plazos de planificación y ejecución. Sea cual sea el enfoque que se adopte, hay que prestar especial cuidado en garantizar que la elaboración de PENC se ajuste al plan nacional más amplio de salud, integrando plenamente los procesos de elaboración y publicación o bien sencillamente armonizando los objetivos, prioridades y medidas y los documentos de referencia cruzada.

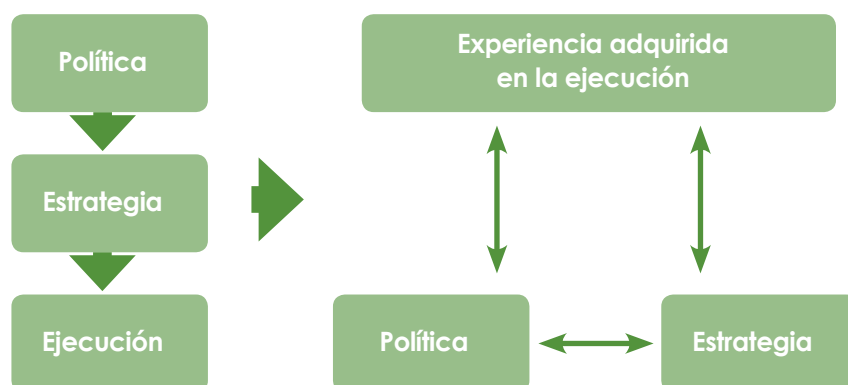
Si bien las políticas y estrategias pueden centrarse particularmente en los servicios de atención de salud financiados o prestados públicamente, debería examinarse cómo pueden afectar

al sistema de atención de salud en su conjunto. En la labor que realiza a lo largo de todo el proceso de la atención, la dirección nacional de calidad también necesita contar con la participación del sector privado, incluidas las organizaciones de carácter religioso, mientras que las organizaciones intersectoriales como los organismos profesionales, los gobiernos locales y la comunidad académica pueden desempeñar funciones muy importantes.

Recuadro 1. Políticas y estrategias basadas en la ejecución

Tradicionalmente, política, estrategia y ejecución se consideran un proceso lineal. Sin embargo, el paso a un proceso triangular (véase figura 1) donde la experiencia adquirida en la ejecución promueve la elaboración de políticas y estrategias puede favorecer un sentido de propiedad entre los ejecutores y asegurar que los productos se basan en las realidades de la prestación de los servicios y la experiencia de los pacientes y la comunidad. En la práctica, la elaboración de políticas y estrategias basadas en la ejecución requiere la participación sostenida y significativa de los interesados directos en el sistema de salud a lo largo de todo el proceso, reconociendo que no es necesario que exista una dicotomía inherente entre los enfoques de arriba abajo y de abajo arriba para mejorar la calidad.

Figura 1. Transición de los modelos lineales a la elaboración de políticas y estrategias basadas en la ejecución



Argumentos a favor de la calidad

El proceso de elaboración y ejecución de políticas y estrategias nacionales de calidad de la atención puede ser por sí mismo un mecanismo clave para fomentar mejoras en la calidad de la atención, ya que puede atraer a los principales interesados directos y garantizar su compromiso (en particular a nivel del gobierno nacional), dar visibilidad pública y profesional a la cuestión y brindar una oportunidad para demostrar la importancia de tales iniciativas para el sistema de salud. Sin embargo, incluso para llegar a asegurar el apoyo adecuado a fin de comenzar a elaborar las políticas y estrategias nacionales puede ser necesario realizar grandes esfuerzos. En un entorno de recursos limitados con prioridades de salud en pugna, fomentar la atención en una cuestión específica puede ser una tarea difícil. Los pasos iniciales para sentar las bases de una iniciativa nacional en materia de calidad pueden incluir:

- identificar a los principales responsables de adoptar decisiones y a quienes influyen en la política, y lograr su implicación;
- demostrar la repercusión potencial de la iniciativa, por ejemplo mediante datos probatorios o compartiendo ejemplos de otros países;
- involucrar a promotores externos, como los organismos técnicos y la comunidad académica;
- obtener el apoyo del personal de salud y el público, por ejemplo mediante la participación de los medios de comunicación, la formación de capacidad a pequeña escala en la mejora de la calidad, la promoción del intercambio de conocimientos y la obtención de datos probatorios, y la movilización de la sociedad civil;
- obtener la financiación de los esfuerzos iniciales para mejorar la calidad, por ejemplo de los organismos donantes u organismos profesionales, a fin de crear el impulso necesario y promover la inversión interna; y
- buscar oportunidades de influir en la planificación más amplia de los sistemas de salud para incorporar un enfoque en la calidad, por ejemplo durante la elaboración de los planes estratégicos nacionales de salud o la presupuestación nacional de la salud.

También es importante reconocer que la mayoría de los países tienen iniciativas pertinentes que pueden aprovecharse y ayudar a catalizar una iniciativa más amplia sobre las PENC. Entre los ejemplos de puntos de entrada comunes figuran los programas técnicos existentes, como los que se ocupan del VIH o la salud maternoinfantil, los programas de evaluación externos, como los de acreditación, y las iniciativas de mejora de la calidad a nivel subnacional o de centro de salud.

Definición del concepto de calidad

Hasta la fecha, no existe ninguna definición universalmente aceptada de "calidad", aunque sí una interpretación común de los conceptos básicos y las dimensiones definitorias (1). Dentro de la comunidad sanitaria mundial se ha utilizado ampliamente la definición siguiente del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, que establece el objetivo básico de influir positivamente en los resultados en materia de salud a los niveles individual y del conjunto de la población y pone de relieve la importancia fundamental de los datos probatorios y los conocimientos profesionales. Según esta definición, la calidad es:

La medida en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados en materia de salud y concuerdan con los conocimientos profesionales actuales (2).

Además, el Instituto de Medicina establece seis dimensiones generales, u objetivos, de la calidad exponiendo que los servicios de salud deberían ser seguros, eficaces, centrados en el paciente, oportunos, eficientes y equitativos. Este conjunto de dimensiones o atributos también ha sido adoptado y adaptado en países distintos de los Estados Unidos de América (2). En el 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió de igual manera los conceptos básicos de la calidad al declarar que la atención debería ser eficaz, eficiente, accesible, aceptable, centrada en el paciente, equitativa y segura. Significativamente, esta definición introdujo la dimensión de "accesible" como un objetivo más amplio que simplemente "oportuna" (1). Durante el último decenio, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) ha decidido destacar tres dimensiones de la calidad —eficacia, seguridad y centrada en el paciente—, con lo que se agrupan estas diferentes esferas. Esta conceptualización más concisa también ha influido en el pensamiento en algunos países (3). Más recientemente, el Marco de la OMS sobre servicios de salud integrados y centrados en las personas ha descrito

la “atención de alta calidad” como una “atención segura, eficaz, centrada en las personas, oportuna, eficiente, equitativa e integrada”. Y desde luego, el acceso a los servicios de salud refuerza todas las iniciativas en materia de calidad, especialmente en la era de la cobertura universal de salud y los esfuerzos a favor de la cobertura equitativa y la protección financiera de la población. En particular, durante mucho tiempo la seguridad del paciente se ha percibido como un punto de entrada de las iniciativas para mejorar la calidad de la atención, y una atención segura puede considerarse como un barómetro del éxito de los sistemas básicos para mejorar la calidad.

El recuadro 2 presenta una selección de los principales componentes de las definiciones de una atención de salud de calidad.

Recuadro 2. Definición de una atención de salud de calidad

La atención de salud de calidad puede definirse de muchas maneras, pero cada vez más se reconoce que unos servicios de salud de calidad en todo el mundo deberían ser:

- **Eficaces:** prestar servicios de salud basados en datos probatorios a quienes los necesitan.
- **Seguros:** evitar causar daños a las personas a las que va dirigida la atención.
- **Centrados en las personas:** proporcionar cuidados que respondan a las prioridades, necesidades y valores individuales.

Además, a fin de hacer realidad los provechos de una atención de salud de calidad, los servicios de salud deben ser:

- **Oportunos:** reducir los períodos de espera y a veces los retrasos perjudiciales para los que reciben y los que administran la atención.
- **Equitativos:** dispensar una atención que no varíe en cuanto a la calidad por razón de la edad, sexo, género, raza, etnicidad, ubicación geográfica, religión, estado socioeconómico, pertenencia lingüística o política.
- **Integrados:** prestar la atención de forma coordinada en todos los niveles y entre los proveedores, y poner a disposición la amplia gama de servicios de salud a lo largo de todo el curso de la vida.
- **Eficientes:** aprovechar al máximo los recursos disponibles y evitar derroches.

Aunque actualmente existe una coincidencia significativa respecto de las dimensiones esenciales de la calidad dentro del sector de la salud, es probable que cada país tenga su propia comprensión o definición local de la calidad. El proceso de definir la calidad mediante la participación de los interesados directos y el logro del consenso es crucial para establecer una intención y comprensión comunes del enfoque nacional de la calidad. El reconocimiento de la importancia de contextualizar la calidad es fundamental, ya que ayudará a orientar más el enfoque y la formulación de las políticas y estrategias de calidad correspondientes que respondan a las necesidades locales.

Una cultura de la calidad

Cuando se planifica una iniciativa nacional para mejorar la calidad de la atención es útil tener en cuenta la importancia de desarrollar e institucionalizar una “cultura de la calidad” en las organizaciones y en todo el sistema de salud con miras a realizar un cambio sostenible y significativo. No existe ninguna definición de lo que implica una cultura de la calidad, pero se ha descrito como “una organización que crea un entorno de trabajo que está abierto y

participativo, donde se comparten las ideas y las prácticas adecuadas, se valoran la educación y la investigación, y la culpa se usa en casos excepcionales" (4). Por regla general se entiende que en todos los niveles de un sistema de salud existe un reconocimiento inherente y explícito del valor de los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención prestada, y tales esfuerzos se promueven sistemáticamente dentro de un entorno favorable que alienta la participación, el diálogo, la franqueza y la rendición de cuentas. En el recuadro 3 se describen algunas de las características de un sistema de salud con una cultura arraigada de la calidad. No obstante, la cultura se instaura y mantiene dentro de las organizaciones y los sistemas de salud por medio de un conjunto complejo de factores, como el predominio de normas culturales más amplias, las expectativas de la comunidad, el liderazgo de los sistemas de salud, las estructuras y redes del sistema de salud y el entorno medicolegal. Lógicamente, efectuar cambios dentro de tales culturas puede ser un proceso lento y difícil, y puede ser contestado por quienes se sientan amenazados por el cambio cultural. El liderazgo político y de los sistemas de salud tiene un papel fundamental para desempeñar en la definición y promoción de una cultura de la calidad y la mejora del entorno jurídico, así como guiando mediante el ejemplo para incorporar los valores necesarios en todo el sistema. La participación de los interesados directos y el análisis de la situación, según se describe más detalladamente en las partes I y II, pueden usarse para ayudar a comprender la cultura actual dentro del sistema e identificar los elementos obstaculizadores y facilitadores del cambio cultural. En efecto, el proceso completo de elaborar y aplicar PENC puede brindar apoyo a un cambio cultural más amplio en todo el sistema de salud, proporcionando una declaración explícita de la cultura deseada y un conjunto de medidas que pueden ayudar a institucionalizarla.

Recuadro 3. Cultura de la calidad: características clave

- Liderazgo para mejorar la calidad a todos los niveles
- Franqueza y transparencia
- Énfasis en el trabajo en equipo
- Rendición de cuentas a todos los niveles
- Aprendizaje incorporado en el sistema
- Ciclos activos de retroalimentación para la mejora
- Participación significativa del personal, los usuarios de servicios y la comunidad
- Empoderamiento de las personas reconociendo a la vez la complejidad de los sistemas
- Armonización de los valores profesionales e institucionales
- Fomento del orgullo de la atención
- Valoración de la atención compasiva
- Coherencia de las iniciativas para mejorar la calidad con la organización y planificación de los servicios

Cuando se examina el posible apoyo de las PENC a la cultura propuesta puede ser útil tener en cuenta el equilibrio deseado entre una cultura "sin culpa" y una cultura "justa" (5, 6). Una cultura "sin culpa" reconoce que dentro de un sistema de salud es inevitable que se produzcan errores, a menudo debido a múltiples factores y fallos del sistema, y que una respuesta que solo trata de culpar a los bien intencionados no abordará adecuadamente las deficiencias del sistema. A fin de identificar y corregir continuamente los errores del sistema, una cultura "justa" procura promover un entorno seguro para la mejora de la calidad alentando la identificación y corrección de los fallos sistémicos y reconociendo a la vez la responsabilidad personal (7). Se puede considerar que la rendición de cuentas personal desalienta la práctica negligente o deficiente, pero también puede alentar a los médicos a que ejerzan su trabajo de forma defensiva o no informen sobre posibles errores. Obviamente, estos conceptos no son

mutuamente excluyentes; en cambio, las instancias normativas deberían ser conscientes de la repercusión que pueden tener las diferencias culturales en la calidad de la atención en un sistema de salud.

En la elaboración de las políticas y estrategias también existen aspectos importantes por lo que se refiere a cómo la cultura de los equipos responsables de su aplicación puede influir en los resultados del sistema de salud. Para llevar a cabo reformas en la prestación de la atención de salud que sean inclusivas, equitativas y promuevan una cultura de mejora de la calidad se requiere que los equipos clínicos y los gestores responsables de la ejecución reflejen estos principios en sus propios enfoque y valores.

La razón de ser de los sistemas de salud es prestar atención a la población, de manera que es fundamental que las personas se encuentren en el centro de los esfuerzos para institucionalizar una cultura de la calidad. Esa cultura debe acoger y hacer posible la participación significativa de las comunidades atendidas por el sistema, y éste debe adaptarse para llevar a cabo esta participación. Por ejemplo, involucrar a pacientes, familias y comunidades en la planificación, gestión, prestación y evaluación de los servicios de salud ayuda a asegurar que las prioridades reflejan lo que les importa e introduce un nuevo nivel de responsabilidad en la atención de calidad. En consecuencia, la inversión en las estructuras y aptitudes requeridas para la participación puede ser un medio poderoso para establecer e institucionalizar una cultura de la calidad dentro de un sistema de salud.

Calidad en todo el sistema de salud

Si bien la calidad de la atención se expresa predominantemente en la interacción entre el proveedor y el receptor, se produce dentro de un sistema de salud mucho más amplio y complejo, y los encargados de planificar las iniciativas nacionales para mejorar la calidad de la atención deberían tener en cuenta este contexto. A menudo los países usan los elementos fundamentales del sistema de salud identificados por la OMS (8) para examinar el punto de contacto de las iniciativas nacionales para mejorar la calidad con diferentes partes del sistema de salud dentro de su contexto específico. Esto puede ayudar a asegurar que existan algunas de las estructuras y procesos básicos que sustentan la política y la estrategia, y que se valore su influencia sobre la prestación de una atención de calidad.

Por ejemplo, en muchos países la prestación de los servicios puede seguir basándose en las relaciones jerárquicas tradicionales entre proveedor y paciente. Reorientar la atención en torno a las necesidades, prioridades y participación de las personas atendidas por los servicios de salud puede suponer un paso firme para institucionalizar la calidad de la atención. Un elevado nivel de recambio del personal de salud puede representar un desafío para el mantenimiento de las estructuras y conocimientos institucionales de calidad, y en sí mismo puede ser consecuencia de ambientes de trabajo que no favorezcan una atención de calidad. La observancia de las normas de calidad basadas en datos probatorios requiere un acceso fiable a los medicamentos y productos básicos; por tanto, los empeños para mejorar la calidad de la prestación de servicios requieren examinar las cadenas de suministro y la calidad de los medicamentos. Un enfoque cuidadoso de las reformas del financiamiento de la salud puede ayudar a conseguir que al ampliar el acceso a los servicios no se pongan en peligro otras esferas de la calidad, como la equidad y eficiencia de la prestación de servicios. El liderazgo y la gobernanza son cruciales para el éxito de las PENC. Para evitar que estos esfuerzos se conviertan en una iniciativa vertical e independiente, se requiere el apoyo decidido a la mejora de la calidad entre el liderazgo existente a todos los niveles de los sistemas de salud, que puede respaldarse fomentando la capacidad de mejora de la calidad entre los propios líderes. Es primordial la armonización entre las políticas y estrategias de calidad y una mayor gobernanza sanitaria.

Recuadro 4. Agua, saneamiento e higiene: un pilar fundamental para mejorar la calidad en los sistemas de salud

Los múltiples puntos de entrada transversales requieren una atención minuciosa cuando se vincula la calidad con los sistemas de salud. Por ejemplo, en los establecimientos de salud el agua, el saneamiento y la higiene son elementos fundamentales de unos sistemas de salud sólidos y resilientes. Esto es especialmente cierto para los entornos de ingresos bajos y medianos donde a menudo esos elementos son escasos o incluso están ausentes. Como un componente clave de unos servicios seguros y de calidad, los tres elementos mejoran no solo los resultados en materia de salud y la experiencia de la atención, sino también la moral del personal y la eficiencia de los servicios. La mejora del suministro de agua, del saneamiento y de la higiene puede reducir inmediatamente las desigualdades, ya que los establecimientos que atienden a las comunidades más vulnerables suelen carecer de estos servicios. Por ejemplo, en los establecimientos de salud de Liberia, con posterioridad al brote de Ébola los tres elementos son un componente clave del fortalecimiento y los esfuerzos para mejorar la calidad del sistema nacional de salud, que conllevan el ofrecimiento de asesoramiento, supervisión de apoyo y seguimiento además de mejoras de infraestructura. Esto está estrechamente vinculado con los componentes básicos de la prevención y control de infecciones, que también están siendo aplicados en Liberia. Tanto el agua, saneamiento e higiene como la prevención y control de infecciones son necesarios para garantizar la seguridad de los pacientes y el personal de salud, y en los lugares donde esos elementos son insuficientes es probable que la confianza de la comunidad en los servicios resulte perjudicada. Habida cuenta de la función vital que desempeñan en la prestación de una atención de salud segura y de calidad, evaluar y mejorar estos servicios de salud fundamentales en el contexto de las direcciones nacionales de calidad supone un avance importante.

Las PENC dentro del contexto de la cobertura universal de salud y los ODS

La adopción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (9) y el énfasis en la cobertura universal de salud (10, 11) proporcionan un punto de entrada fundamental para la activación de las PENC en los países de ingresos bajos y medianos. El ODS 3 □“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”□ impulsará acciones a los niveles local y mundial. (9) Dentro de este objetivo, la meta 3.8 destaca la importancia de unos servicios de atención de salud esenciales de calidad. Lograr esto obviamente es complejo, pues requiere examinar múltiples aspectos e insumos. Sin embargo, un factor de éxito importante es una estructura de gobernanza para mejorar la calidad con unas políticas y estrategias claramente articuladas.

El progreso hacia la cobertura universal de salud puede recibir el impulso de la transición hacia unos servicios de salud integrados centrados en las personas que puedan responder eficazmente a los retos emergentes y variados en materia de salud del siglo XXI. En la Asamblea Mundial de la Salud del 2016, todos los Estados Miembros aprobaron un marco de la OMS sobre esta cuestión (12, 13). Una de sus cinco orientaciones estratégicas hace mucho hincapié en la necesidad de fortalecer la gobernanza y la rendición de cuentas (12, 13). Como parte de esa orientación estratégica, se necesita prestar especial atención a la formulación de las políticas y estrategias que mejoran la calidad de la prestación de servicios en los centros de salud. Esto requiere examinar cuidadosamente de qué modo la dirección y estructura nacionales pueden ayudar a apoyar los servicios subnacionales y locales para que las poblaciones participen en ellos con objeto de satisfacer sus necesidades de atención de salud.

Dentro del contexto de alcanzar los ODS, el movimiento mundial en pro de la cobertura universal de salud está obteniendo resultados positivos en muchos países, teniendo en cuenta no solo sus estructuras financieras y de pago a los proveedores sino también sus estructuras de calidad como medio para mejorar los resultados en materia de salud y al mismo tiempo reducir los desechos y la redundancia, fomentando así un uso más eficiente de los servicios eficaces para atender las prioridades del sector de la salud (14). En efecto, en todos los países, pero en particular los que enfrentan importantes limitaciones de recursos, es urgente establecer procesos y estructuras para mejorar la calidad que puedan optimizar los recursos disponibles y procuren evaluar y mejorar continuamente las prácticas y servicios prestados.

META 3.8
Lograr la cobertura universal de salud, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos. (9)



Cobertura universal de salud:

Asegurar que todas las personas y comunidades tengan acceso a los servicios de promoción de la salud, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos que necesiten, y que éstos tengan la calidad suficiente para ser eficaces, al mismo tiempo que garantizar que el uso de estos servicios no las exponga a dificultades económicas. (10)

Manual para elaborar políticas y estrategias nacionales de calidad

El presente documento procura brindar apoyo a la formulación de PENC. En particular, respalda los esfuerzos de los países para concebir, aplicar, perfeccionar y mantener su enfoque estratégico de la prestación de servicios de salud de calidad. No se trata de un manual extenso con todas las medidas requeridas para poner en práctica una iniciativa nacional en materia de calidad, sino que describe los pasos elementales para elaborar PENC como fundamento. La OMS y otras organizaciones disponen de recursos adicionales para mejorar la calidad de la atención.

¿Quién debería usar este recurso?

El presente Manual está concebido para apoyar los gobiernos e instancias normativas (en los niveles nacional, estatal y provincial) que están estudiando la conveniencia de elaborar PENC y cómo hacerlo o bien se encuentran en el proceso de elaborarlas. También puede ser útil para los asesores técnicos, donantes y otros interesados directos que apoyan los gobiernos en las esferas relacionadas con las PENC.

Manual sobre las PENC: secciones en color

Parte I. Formulación de la política

Parte II. Elaboración de la estrategia

Parte III. Herramientas y recursos

Si bien gran parte del Manual se ha concebido para brindar apoyo a la elaboración de PENC en los países de ingresos bajos y medianos, que pueden enfrentar dificultades particulares para mejorar la calidad de la atención, los procesos descritos son pertinentes para cualquier autoridad nacional o subnacional que prepare o examine sus esfuerzos nacionales en materia de calidad de la atención.

Cómo usar este recurso

El Manual y el Compendio de herramientas complementario proporcionan orientación sobre el proceso de elaboración y sobre el contenido de las políticas y estrategias nacionales de calidad, y facilitarán la formulación o mejora de esas políticas y estrategias por las instancias normativas y los profesionales que mejor conocen sus complejidades nacionales particulares.

Los usuarios deberían considerar este documento como un recurso para ayudar a fundamentar y estructurar unas políticas y estrategias de calidad que respondan a las necesidades específicas de cada país basándose en la orientación que proporciona la bibliografía existente, las enseñanzas adquiridas sobre el terreno y la consulta de expertos. El Manual no es una guía prescriptiva, sino que ofrece un enfoque estructurado que ayuda a asegurar que la elaboración y ejecución sean lo más integrales posible. Para ayudar a los usuarios a identificar la información que pueden requerir y a acceder a ella, el Manual se divide en tres partes diferenciadas por colores, de la siguiente manera:

- La parte I se centra en la formulación de la política de calidad.
- La parte II se ocupa de los procesos vinculados a la elaboración de la estrategia.
- La parte III describe cómo acceder a las herramientas complementarias para apoyar el proceso de elaboración de PENC y cómo usarlas.

Existe una superposición significativa entre los procesos descritos en las partes I y II del Manual. Esto es así porque no todos sus usuarios elaborarán una política y una estrategia. Se sugiere que estas secciones se lean juntas, de manera que pueda desarrollarse un proceso apropiado específico para las necesidades del usuario.

El Manual se acompaña de un documento complementario titulado Compendio de herramientas para una política y una estrategia nacionales de calidad, que presenta algunas de las herramientas preparadas para apoyar el proceso de elaboración de PENC.

¿Cómo se elaboró este recurso?

El contenido del Manual se preparó basándose en la labor de apoyo a los países para la elaboración y ejecución de PENC, así como en un examen del muestreo de más de 20 estrategias existentes sobre calidad en países de ingresos bajos, medianos y altos a nivel mundial. Como esta esfera sigue evolucionando y creciendo, será necesario ir actualizando este documento y aprovechar el intercambio de conocimientos y buenas prácticas entre los países. Esta labor seguirá fundamentándose en la colaboración con los países, las regiones de la OMS y los expertos asociados.

La iniciativa sobre PENC

El Manual y el Compendio de herramientas forman parte de una iniciativa más amplia liderada por la OMS para brindar apoyo a la formulación de políticas y estrategias nacionales de calidad de la atención. Reconociendo que los países se hallan en diferentes etapas del proceso de elaboración y aplicación de iniciativas nacionales para mejorar la calidad de la atención, la iniciativa sobre PENC pone énfasis en tres actividades principales, como se describe en los siguientes párrafos.

1. Elaboración conjunta de recursos técnicos

Esta actividad engloba la preparación del Manual, el Compendio y las herramientas y recursos asociados para respaldar la formulación de las políticas y estrategias nacionales de calidad de la atención. Se hace hincapié en una auténtica elaboración conjunta, reconociendo la experiencia y los conocimientos especializados significativos aplicados en la preparación de recursos por las autoridades nacionales que han planificado, formulado y ejecutado políticas y estrategias nacionales de calidad. Previsiblemente se seguirá evaluando la necesidad de recursos adicionales, y las herramientas y recursos existentes se perfeccionarán continuamente sobre la base de la experiencia y las necesidades de las autoridades nacionales que los utilicen.

2. Promoción de la acción nacional mediante la cooperación técnica

Para complementar la información suministrada en los recursos escritos, la OMS está coordinando el apoyo técnico especializado prestado a los países en las diferentes etapas del proceso de elaboración de las políticas y estrategias. Mediante este apoyo se pretende fortalecer la capacidad de los países para formular, ejecutar y vigilar de forma eficaz las políticas y estrategias nacionales de calidad, así como propiciar que el futuro desarrollo de recursos se fundamente en la participación nacional.

3. Programa de aprendizaje

Diversas organizaciones académicas y técnicas de todo el mundo están prestando apoyo a las iniciativas nacionales para mejorar la calidad. La iniciativa sobre PENC se propone participar en estos esfuerzos para garantizar la máxima eficacia y promover un aprendizaje compartido. Las PENC son un aspecto clave de una iniciativa conexas de la OMS, el Laboratorio Mundial de Aprendizaje (GLL) para una cobertura universal de salud de calidad. El GLL vincula las experiencias, los conocimientos especializados, la pasión y la sabiduría de personas de todo el mundo, representantes de múltiples disciplinas, con respecto a importantes cuestiones relativas a la calidad en el contexto de la cobertura universal de salud. El foco de interés es el aprendizaje mundial acelerado fundamentado en la acción local, en reconocimiento de la importancia de conectar a las personas para facilitar el intercambio dinámico y multidireccional del conocimiento y la práctica. Dentro del GLL se ha creado una comunidad centrada en las PENC para vincular experiencias, facilitar el intercambio de conocimientos entre los países y proporcionar herramientas y recursos para apoyar las PENC. Puede consultarse una perspectiva general del GLL en <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/gll/en/>.

PARTE I
FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA

Sinopsis de la sección:**Parte I. Formulación de la política****Formulación de una política nacional de calidad:**

Objetivos y prioridades nacionales de salud

Definición local de calidad

Identificación y participación de los interesados directos

Análisis de la situación: estado de la calidad

Estructura de gobernanza e institucional para los métodos e intervenciones de mejora de la calidad

Sistemas de información sobre la gestión sanitaria y sistemas de datos sobre salud

Indicadores y medidas básicas de la calidad

La presente sección se centra en los aspectos importantes del proceso de formulación de las políticas, con los pasos que hay que tener en cuenta cuando se elabora una política nacional de calidad. Los factores que influyen en el proceso de formulación y contenido de la política de cada país varían mucho; por lo tanto, esta sección se ocupa de los denominadores comunes. En las secciones siguientes se abordará con mayor detalle cómo debería ejecutarse esa política mediante una estrategia y un plan operativo más definidos.

Cada país (o autoridad subnacional) debería decidir cómo se elabora, redacta y ratifica la política nacional de calidad en conformidad con sus respectivas estructuras gubernamentales y tomando en consideración su contexto particular y las necesidades específicas de su población.

En algunos países, será necesario promulgar leyes; por ejemplo, para establecer nuevos organismos gubernamentales o paraestatales o nuevas medidas obligatorias (entre otras, registro de profesionales de la salud y concesión de licencias para ejercer) o para definir nuevas formas de reglamentación (concesión de licencias o acreditación de proveedor). Esto puede dar lugar a la necesidad de elaborar un documento nacional explícito sobre la política de calidad.

En otras situaciones, la aplicación de políticas o estrategias nacionales de calidad puede formar parte del plan ordinario quinquenal del sector de la salud o de un documento interno de política del ministerio de salud. En este caso, sería importante colaborar en una fase temprana con el departamento y las personas responsables de este plan nacional de salud más amplio a fin de idear un proceso que incorpore los aspectos necesarios para una política de calidad.

Existen diferentes enfoques, pero los más comunes serían uno de los siguientes o una combinación de varios de ellos:

- una política y una estrategia de calidad como parte de las políticas y planes nacionales formales a largo plazo del sector de la salud;
- un documento de política de calidad elaborado como un documento nacional independiente, generalmente dentro de un proceso de múltiples interesados directos y a menudo dirigido o apoyado por el ministerio de salud;
- una estrategia nacional de calidad con un programa de acción detallado, incluida una sección sobre aspectos esenciales de política;
- una declaración nacional sobre la calidad basado en políticas pertinentes y documentos nacionales de salud existentes;

- un mandato o atribuciones para el departamento responsable del ministerio de salud u organismo nacional encargado de supervisar la calidad, con la orientación de política acordada;
- la promulgación de una ley o estatuto reglamentario para apoyar los esfuerzos nacionales destinados a mejorar la calidad de la atención de salud.

Cada una de las anteriores opciones para la política nacional de calidad requiere procesos de elaboración similares para asegurar que ésta responda a las necesidades locales, sea realizable y esté bien dirigida.

Para llevar adelante la formulación de la política es importante definir y comprender las estructuras orgánicas del proceso. Como se señaló anteriormente, la principal responsabilidad de tales políticas recae generalmente sobre el ministerio de salud, pero esto debería adaptarse al máximo órgano directivo designado de cada país. Sin embargo, el ministerio de salud puede delegar o establecer un grupo de trabajo o un comité para redactar la política con las contribuciones y el examen pertinentes de los interesados directos. Probablemente será necesario realizar las consultas pertinentes para recabar ayuda sobre una amplia gama de cuestiones relacionadas con los aspectos técnicos de la formulación de la política. La consulta y examen de la formulación de la política con la ayuda de expertos que revisen críticamente el documento serán importantes no solo para fundamentar su elaboración, sino también para prever y ayudar a corregir sus puntos débiles y fallas. Se trata de un proceso importante en la formulación de la política, y se recomienda que se someta a diversas rondas de revisión antes de redactar una versión definitiva.

Estas políticas abordarán múltiples aspectos y disciplinas relacionados con la salud, cada uno de los cuales ya puede tener su política, legislación o documento técnico (como normas) que aborden ciertos factores dentro de la esfera de una política de calidad. El examen a fondo y la integración de las políticas, normas y leyes existentes, allí donde sea posible, pueden ayudar en el proceso de redacción e incluso fortalecer otros programas mediante este proceso. Es posible que las políticas existentes y pertinentes sean diversas, como por ejemplo las normas de los programas técnicos específicos (salud materno-infantil, VIH, tuberculosis, etc.) o los reglamentos para establecimientos de salud y los requisitos para la concesión de licencias profesionales. Al final de la parte II del presente documento figura un examen más detallado sobre cómo integrar los programas técnicos. La elaboración conjunta de una política nacional ayuda a las autoridades nacionales de salud a identificar y potenciar al máximo las sinergias de calidad en los sistemas con capacidad limitada. Además, el proceso de formulación de la política puede fortalecerse prestando especial atención a la ejecución mediante la participación de las personas directamente involucradas en la prestación de servicios de salud en una amplia gama de esferas técnicas, incluidas las que se centran en determinadas enfermedades o grupos de población.

Después de que la política haya sido sometida a repetidos exámenes internos y externos, debería pasar por el proceso formal de ratificación o el proceso habitual de aprobación en el país respectivo para convertirse en una política oficial. Pueden adoptarse proactivamente medidas para garantizar el apoyo político requerido a fin de poder ratificar la política ultimada. A continuación, dicha política, y las estructuras responsables descritas en ella, deben ser competentes para cumplir los objetivos previstos y guiar la elaboración de la estrategia. Sin embargo, como ya se ha mencionado, la elaboración tanto de la política como de la estrategia nacionales de calidad suelen establecerse simultáneamente en un proceso integrado. La parte II examinará las tareas funcionales que deben tenerse en cuenta al elaborar una estrategia para implantar la política.

FORMULACIÓN DE UNA POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD

Los ocho elementos siguientes pueden considerarse importantes para el proceso de elaboración de una política nacional de calidad. Dichos elementos también se reflejarán en el propio documento final de política. Este material se basa en aportaciones de expertos, la experiencia sobre el terreno y el análisis de fondo realizado para fundamentar el proyecto de PENC, además de entrevistas y el examen de una muestra de documentos de estrategia y política nacionales para identificar áreas de contenido y temas comunes. Centrar la atención en estos ocho elementos dentro de la política nacional de calidad también servirá de base para elaborar una estrategia nacional de calidad, que se describe detalladamente en la parte II relativa a la elaboración de la estrategia.

1. Objetivos y prioridades nacionales de salud

La mayoría de los países tienen objetivos y prioridades nacionales de salud (véase recuadro 5) que ayudan a dirigir los recursos para satisfacer las demandas más urgentes de la población. Donde existen esos objetivos o prioridades, la política nacional de calidad debería procurar armonizar adecuadamente el programa de calidad. También debería entenderse que fijar objetivos y prioridades para la política de calidad —por ejemplo, el énfasis tradicional en la salud maternoinfantil— no significa que otras esferas no incluidas explícitamente carezcan de importancia, sino que las esferas seleccionadas son motivo de preocupación apremiante dentro del contexto nacional. Debería establecerse un proceso claro y continuo para abordar las esferas y objetivos prioritarios adicionales según sea necesario para satisfacer las necesidades cambiantes de la población.

Recuadro 5. Objetivos y prioridades

Existe una distinción entre objetivos y prioridades, aunque a veces se usan indistintamente.

Los objetivos son generalmente las aspiraciones o metas más generales que marcan el rumbo de las actividades futuras. Deberían ser claros y satisfacer una necesidad particular, y también estar sujetos a plazos determinados, con algún medio para evaluar los progresos y logros alcanzados. En el caso de los objetivos internacionales, como los ODS y los anteriores Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los países pueden ratificarlos pero agregar contextos y aspiraciones nacionales específicos. Aunque no existe ningún límite en el número de metas u objetivos que deben incluirse en el documento, en general la mayoría de los países establecen un máximo de cinco objetivos para un determinado período de tiempo.

Las prioridades ayudan a dirigir la atención más específicamente a diversas esferas fundamentales. Esas esferas generalmente se identifican mediante datos nacionales de salud (por ejemplo, sobre la carga de enfermedad), casos centinela o investigaciones nacionales y pueden ser prioridades a largo plazo o emergentes (por ejemplo, basadas en la población prevista o cambiante, en amenazas para la salud o en entornos políticos y económicos). Las prioridades nacionales de salud pueden definirse ampliamente para incluir afecciones clínicas (por ejemplo, tuberculosis multirresistente, enfermedades cardiovasculares), poblaciones (por ejemplo, mujeres y niños, habitantes de barrios pobres o poblaciones migratorias) o regiones geográficas específicas (por ejemplo, zonas rurales o regiones fronterizas) que se consideran prioritarias.

Generalmente, el ministerio de salud define estos objetivos y prioridades con la ayuda de diversos expertos técnicos e interesados directos de todo el sector de la salud.

Cuando se reflexiona sobre cuáles deben ser los objetivos y prioridades, es importante tener en cuenta las necesidades de las personas además de la capacidad del sistema de salud para prestar servicios. Esto requiere encontrar un equilibrio adecuado entre necesidades y recursos, lo cual es un tema para el debate cuando se trata de mejorar la calidad, y al mismo tiempo esforzarse por ampliar el acceso a la atención. Si los objetivos y prioridades procuran abordar demasiado sin contrarrestarlos con los recursos necesarios para satisfacer esas demandas, la política está abocada al fracaso. Por el contrario, si los objetivos y prioridades no son suficientemente amplios para satisfacer las necesidades de las personas, el éxito de esta política quizá no sea evidente y puede llevar a la decepción de los interesados directos, o incluso a la desconfianza. Por consiguiente, es importante contar con un método equilibrado para centrarse en los objetivos y prioridades a fin de que ambos satisfagan las necesidades especificadas de la población y reconozcan la capacidad real del sistema para prestar servicios. No obstante, al elaborar la política es fundamental centrarse en el largo plazo; es posible que actualmente no haya suficiente capacidad pero quizá se pueda reducir este déficit mediante la formulación eficaz de la política y esfuerzos estructurados para captar recursos prioritarios y apoyo técnico adicionales. El Compendio complementario contiene una herramienta para dar forma a las reflexiones sobre los objetivos y prioridades que pueden ayudar a formular la política.

Recuadro 6. Seguridad y calidad de la salud: prioridades estrechamente vinculadas

Las principales crisis de salud pública, como los brotes de una enfermedad sumamente infecciosa del tipo del virus del Ébola, son una creciente prioridad nacional de salud para muchos países de ingresos bajos y medianos. A pesar de que la respuesta a las emergencias pueda priorizar el acceso a los servicios por encima de la calidad, si la comunidad no confía en esos servicios ni los utiliza, no están equipados para abordar los casos de forma segura y eficaz, no protegen adecuadamente a su personal de salud y no pueden mantener la atención habitual durante los picos de demanda, los recursos se utilizarán de forma ineficiente y la respuesta a las emergencias se verá amenazada. Armonizar los esfuerzos para mejorar la calidad con las prioridades existentes como la seguridad sanitaria puede ayudar a asegurar el capital político y los recursos financieros, con lo que se refuerzan ambos programas.

Resumen: objetivos y prioridades nacionales de salud

| Medidas para el equipo de formulación de la política | Contenido del documento de política |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los objetivos y prioridades nacionales existentes del sector de la salud • Establecer y armonizar los objetivos y prioridades para una política de calidad, incluido el examen de datos existentes, según corresponda | <ul style="list-style-type: none"> • Definir los objetivos y prioridades identificados • Referencia explícita a la política sanitaria y los planes estratégicos nacionales existentes |

2. Definición local de calidad

En la bibliografía mundial pueden encontrarse numerosas definiciones de calidad. A la hora de formular la política nacional de calidad es fundamental establecer la definición de calidad que sustentará el enfoque nacional para garantizar una comprensión y un lenguaje compartidos que sean aceptables para el contexto local del país. Además, el ejercicio en sí de elaborar una definición local de calidad es útil para el proceso de formulación de la política ya que puede propiciar un diálogo acerca del alcance y la importancia de la calidad, destacar lo que es importante para los interesados directos e indicar cómo pueden orientarse las intervenciones para satisfacer las prioridades locales, además de inducir las instancias normativas a aprender más acerca del significado de calidad y sus implicaciones.

Según se señaló anteriormente, existen diversas definiciones de calidad de uso muy extendido. Sin embargo, esas definiciones pueden dejar abierto un cierto grado de interpretación para definir lo que representa calidad para los niveles nacional, subnacional y del centro de salud. El cuadro 1 ofrece un enfoque estructurado para ayudar a adaptar una definición que satisfaga las necesidades contextuales y se armonice con los objetivos y prioridades nacionales.

| Cuadro 1. Marco de las dimensiones de calidad | |
|--|--|
| Preguntas que ayudan a ajustar las dimensiones de calidad a las necesidades locales, en el contexto de los objetivos y prioridades nacionales | |
| Eficacia | ¿La atención es apropiada para las necesidades de salud de la población y compatible con los conocimientos y los datos probatorios para lograr los mejores resultados posibles en materia de salud? |
| Seguridad | ¿La prestación de servicios de salud utiliza los medios más seguros posibles y reduce el daño evitable? |
| Centrada en las personas | <p>¿La experiencia de la atención resulta positiva para los pacientes y las familias?</p> <p>¿Se observa un sentimiento de confianza entre las comunidades en cuanto a la calidad de la atención disponible?</p> <p>¿Los pacientes, las familias y las comunidades se sienten empoderados como asociados en la concepción y mejora de la prestación de servicios de salud?</p> |
| Oportunidad | ¿Los períodos de espera para el tratamiento son aceptables para la población y suficientemente breves para evitar un daño innecesario? |
| Equidad | ¿Existen obstáculos o disparidades en los factores relacionados con la edad, sexo, género, raza, etnicidad, ubicación geográfica, religión, estado socioeconómico o pertenencia lingüística o política? |
| Integración | <p>¿Existen diferencias en la atención prestada a los pacientes entre los centros de salud?</p> <p>¿El personal del sector de la salud se comunica entre sí para mantener la transición fluida de la atención del paciente?</p> |
| Eficiencia | ¿Se asignan y se usan los recursos de la mejor manera posible para lograr resultados? |

Los encargados de formular las políticas pueden utilizar el cuadro 1 como medio para estimular el examen de estas dimensiones e incorporarlo en el documento de política. Aunque se les aliente a estudiar cómo puede reflejarse cada una de estas dimensiones en las políticas y estrategias, los países pueden decidir centrarse en un subconjunto o introducir dimensiones localmente acordadas. En efecto, no se anima a los países a dejar de usar las definiciones mundiales predeterminadas de calidad, sino a fundamentarse en ellas y elaborar una definición local que sus ciudadanos apoyen y con la que establezcan un sentido de propiedad. Cuando sea posible, debería procurarse realizar una consulta adicional sobre la definición propuesta con un grupo multidisciplinario que podría incluir a proveedores, estudiosos, expertos sobre la calidad, gestores de servicios de salud, promotores comunitarios y reguladores, y de alcanzar un acuerdo mutuo. Aunque esta definición proporcionará un punto de partida de referencia, en todo el recorrido de un país particular en relación con la calidad la definición aceptada podrá revisarse conforme a sus avances y necesidades.

| Resumen: definición local de calidad | |
|--|--|
| Medidas para el equipo de formulación de la política | Contenido del documento de política |
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la o las definiciones locales de calidad previamente establecidas o publicadas, y examinar el contenido de la introducción del presente Manual • Establecer una definición percibida localmente como propia para respaldar la formulación y aplicación de las políticas y estrategias • Estudiar la conveniencia de celebrar una consulta con los interesados directos para pulir o establecer conjuntamente la definición | <ul style="list-style-type: none"> • Presentación de la definición • Referencia a la fuente original de la definición local o breve descripción del proceso de elaboración |

3. Identificación y participación de los interesados directos

La calidad de la atención es un producto del conjunto del sistema de salud. Al incluir a interesados directos clave en la formulación de la política, puede abordarse mejor la naturaleza integral de los factores que influyen en la calidad de los servicios de salud. En efecto, es necesario que una amplia gama de interesados directos contribuya a la formulación de la política.

Habida cuenta de que en la mayoría de los países la atención de salud se considera un bien público y un derecho de las personas, se espera que los gobiernos garanticen el financiamiento, los recursos y la prestación adecuados de un nivel básico de servicios. El gobierno es en muchos aspectos el arquitecto de la política pero debería guiarse por los que intervienen en la gestión y prestación de los servicios de salud y basarse en ellos.

La identificación y análisis cuidadosos de los interesados directos pueden garantizar la contribución de las personas adecuadas, facilitan la participación efectiva y tienen en cuenta la repercusión del poder y las relaciones de los interesados directos.

Para abarcar a todas las poblaciones y estimular el cambio necesario en la cultura de la calidad en todo el sector de la salud es necesario lograr la participación de los sectores público y privado. Igualmente importante es la contribución de las comunidades y personas que están recibiendo servicios, especialmente las poblaciones vulnerables y marginadas y los grupos de pacientes. El ministerio de salud también tendrá que participar junto con otros ministerios gubernamentales, organismos nacionales, autoridades locales y asociados para el desarrollo.

Un beneficio directo de incluir a una amplia gama de interesados directos consiste en adaptar mejor la política a sus diversos usuarios y beneficiarios, así como en potenciar la confianza. Debería examinarse cómo involucrar y coordinar a la comunidad sanitaria mundial, en particular para compartir las enseñanzas entre los países y proporcionar asistencia técnica específica. En el recuadro 7 figuran algunos interesados directos potenciales a los que podría recurrirse para celebrar consultas y formular conjuntamente la política. Cada país tendrá que examinar y seleccionar cuidadosamente a los interesados directos necesarios para redactar su respectiva política. Esta lista no es exhaustiva, pero proporciona algunos criterios generales. Los encabezamientos y las categorías de la lista pueden variar en función del país.

Recuadro 7. Lista ilustrativa de interesados directos potenciales (nota: no es exhaustiva)

Organizaciones sanitarias gubernamentales

- Ministerio de salud
- Consejo de profesionales de la salud
- Oficinas provinciales de salud
- Consultorios y hospitales distritales
- Especialistas en informática/datos nacionales

Organizaciones de servicios de salud

- Servicios de salud del sector público
- Servicios de salud religiosos
- Servicios de salud del sector privado
- Servicios de salud tradicionales y complementarios

Organismos profesionales

- Consejos de profesionales de la salud
- Sociedades especializadas
- Academias médicas

Ministerios sectoriales

- Finanzas
- Asuntos sociales
- Educación

Asociados cooperantes

- Entidades aseguradoras
- Apoyo financiero
- Apoyo de los medios de comunicación

Sociedad civil

- Promotores de la causa
- Promotores de la salud
- Programas y servicios de salud

Comunidades

- Promotores/extensión
- Sociedades de pacientes

Fuente: Adaptado de la herramienta de identificación de interesados directos usada en la elaboración de la estrategia de calidad de Ghana.

Tras haber reunido a un equipo diverso, deben definirse unas funciones claras para los arquitectos principales y el equipo básico así como para quienes brindarán apoyo a la formulación de la política. El equipo tendrá que identificar y abordar conjuntamente cuestiones y actividades importantes centradas en fortalecer la calidad de la asistencia prestada por el sistema de salud. Esas funciones y responsabilidades se describen a continuación en el recuadro 8. Cabe señalar también la importancia fundamental de los enfoques de participación de la comunidad incorporados, que rebasan muchas de las funciones y responsabilidades descritas para interesados directos específicos.

Resumen: identificación y participación de los interesados directos

| Medidas para el equipo de formulación de la política | Contenido del documento de política |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificar a los interesados directos pertinentes • Determinar las funciones de los interesados directos y planificar su participación en el proceso de formulación de la política | <ul style="list-style-type: none"> • Breve resumen del proceso de participación de los interesados directos • Reconocimiento de la contribución de los interesados directos |

4. Análisis de la situación: estado de la calidad

El análisis de la situación, que debe ser percibido como propio y dirigido por el país pero puede complementarse mediante la inclusión de expertos externos, se describe con detalle en la parte II. Su importancia como parte del documento de política se fundamenta en establecer el “estado de la calidad” actual en la nación, que abarca las prioridades, retos y problemas pertinentes, los programas y políticas conexos, las competencias de organización y capacidad, el liderazgo y gobernanza, y los recursos asociados. Esto servirá para definir las desigualdades identificadas entre las necesidades y la capacidad de la población para prestar de manera fiable unos servicios de salud de calidad. Dentro del análisis de la situación puede ser particularmente importante describir los nexos con los esfuerzos nacionales para alcanzar la cobertura universal de salud.

Es útil detallar tanto el recorrido histórico de una nación en pro de la mejora de la calidad como su estado actual de la calidad, incluidos sus puntos fuertes y débiles. La información histórica puede remontarse tan lejos como se considere necesario. Por ejemplo, en uno de tales documentos de país se resume una cronología que se inicia en los años ochenta para proporcionar una perspectiva de la estructura inicial del sistema de salud y describir cómo ha evolucionado con el transcurso de los años.

Cuando se examina la perspectiva histórica, puede ser útil identificar no solo si ha habido esfuerzos nacionales anteriores para mejorar la calidad, sino también estudiar por qué esos esfuerzos han resultado positivos o negativos y si puede extraerse alguna enseñanza de otras iniciativas de política emprendidas en el sector de la salud. Si el análisis de la situación identifica iniciativas y estructuras en marcha relacionadas con la mejora de la calidad, puede ser posible perfeccionarlas o basarse en ellas en el contexto de la nueva política.

El análisis de la situación aporta información de múltiples fuentes de datos —entrevistas, grupos de discusión, revisión de documentos pertinentes y análisis de datos secundarios— para describir el panorama actual e identificar claramente las diferencias en el desempeño entre lo que es real y lo que es realizable. Este paso será fundamental para concretar la política a fin de afrontar los desafíos reales que existen en primera línea y de identificar las medidas que podrían tener mayor repercusión. Será importante comprender los conocimientos, comportamientos, creencias y actitudes acerca de la calidad mientras se están elaborando las políticas y estrategias. El análisis de la situación también permite prestar especial atención a las esferas de interés clave en el marco de los esfuerzos de calidad; por ejemplo, algunos países han utilizado la seguridad del paciente como un punto de entrada para estimular la acción nacional con respecto a la calidad de la atención, mientras que otros pueden hacer hincapié en la eficacia y la actuación centrada en las personas. Los programas técnicos existentes (por ejemplo, las iniciativas contra una enfermedad específica o las que se centran en poblaciones concretas como las madres y los recién nacidos) también pueden proporcionar una rica experiencia y recursos que pueden

catalizar un esfuerzo nacional más amplio y fundamentar los esfuerzos de todo el sistema en pro de la calidad de la atención.

El análisis de la situación también puede aportar importante información sobre la mejor manera de guiar el proceso de formulación de las políticas, por ejemplo al aclarar por qué las políticas sanitarias anteriores han tenido éxito o han fracasado y cuáles son los factores contextuales actuales que pueden afectar el éxito. Las herramientas para apoyar este proceso de análisis de la situación se describen en el Compendio complementario.

| Resumen: análisis de la situación | |
|--|--|
| Medidas para el equipo de formulación de la política | Contenido del documento de política |
| <ul style="list-style-type: none"> • Planificar el proceso de análisis de la situación • Recopilar los datos pertinentes de múltiples fuentes sobre el estado de la calidad, los factores contextuales y el recorrido histórico en pro de la mejora de la calidad • Análisis de los resultados obtenidos por múltiples interesados directos para traducirlos en prioridades y estrategias | <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de los métodos de análisis de la situación • Resumen de conclusiones detalladas • Identificación de resultados clave • Exposición de prioridades y esferas de intervención y acción específicas |

5. Gobernanza y estructura orgánica para la mejora de la calidad

La gobernanza, el liderazgo y la capacidad técnica del sistema de salud son elementos necesarios para mejorar la calidad y deben examinarse explícitamente. Es importante comprender dónde y cómo se elaborará, promulgará, ejecutará y vigilará la política entre las estructuras existentes o recién propuestas, y cómo esto resultará afectado por el entorno político más amplio. Como paso inicial, puede ser útil identificar a las autoridades, organizaciones y personas clave que participarán en el establecimiento y aplicación de la política y la estrategia de calidad a los niveles nacional, subnacional y local. El órgano o las estructuras directivas diferirán de un país a otro. Desde el principio del proceso de formulación de la política es útil comprender cómo ésta progresará de la etapa conceptual a ser plenamente respaldada y sancionada. Para comenzar, debe decidirse qué forma adoptará la política, como se examinó anteriormente en este documento. Una vez haya sido determinado esto, el equipo encargado de la formulación de la política tendrá que identificar qué personas o grupos deberían involucrarse, y aclarar qué personas y organizaciones deberán aprobar la política, el proceso a través del cual se adopte oficialmente y cómo ésta se interconectará con la política y legislación existentes del sistema de salud.

En el recuadro 8 se identifican algunas de las funciones y responsabilidades comunes. En un número creciente de países existe algún tipo de unidad o departamento encargado de los esfuerzos en materia de calidad. Este departamento es posible que esté o no facultado para hacer cumplir determinadas políticas, pero puede ser responsable de evaluar y revisar el enfoque o de abordar cuestiones relacionadas con los déficits identificados en la calidad de la atención. Es importante asegurarse de que las políticas definan claramente la estructura orgánica, las funciones y las responsabilidades de estos departamentos para utilizar plenamente

la capacidad del grupo y reconocer cuándo pueden compartirse responsabilidades en el sector de la salud. La función de la participación y empoderamiento de la comunidad es un aspecto aún más crucial dentro del contexto de la gobernanza y rendición de cuentas; por ejemplo, debería determinarse cómo los pacientes, el personal de salud y las comunidades en su conjunto pueden involucrarse significativamente en la formulación, aplicación y seguimiento de las políticas y estrategias.

Recuadro 8. Calidad de la atención de salud: funciones y responsabilidades de interesados directos seleccionados

La descripción clara de las funciones y responsabilidades es esencial para trazar las expectativas y pedir cuentas a los diversos interesados directos. La política puede ayudar a definir estas funciones y responsabilidades. Algunos ejemplos incluyen:

Ministerio de salud

Proporcionar liderazgo y orientación a los esfuerzos nacionales

Departamento o dirección de calidad (*generalmente dentro del ministerio de salud*)

Apojar la formulación y ejecución de las políticas y estrategias nacionales

Comité nacional de coordinación

Vigilar y evaluar los progresos realizados, identificar los déficits en la calidad y coordinar y armonizar las aportaciones de los múltiples interesados directos a las políticas y estrategias

Equipos de gestión/comité subnacional de calidad (*regional y de distrito*)

Vigilar y evaluar los progresos realizados a nivel regional o de distrito y abordar las cuestiones relativas a la calidad

Organismos profesionales

Ayudar y brindar apoyo a la capacitación, la educación profesional y el establecimiento de normas

Entidad aseguradora

Financiar y vigilar los programas de incentivos e integrar las medidas para la mejora de la calidad en mecanismos de pago

Juntas institucionales

Examinar los programas e iniciativas institucionales de mejora de la calidad y fomentar la participación de la comunidad en la mejora de la prestación de servicios

Equipos de los centros de salud

Llevar a cabo prácticas e instaurar normas de calidad de la atención y notificar los datos pertinentes de salud para la mejora continua de la calidad

Los programas existentes de poblaciones o enfermedades específicas —por ejemplo, el VIH o la salud maternoinfantil— también pueden tener estructuras de gobernanza bien establecidas. Como parte del proceso de formulación de la política, es útil trazar las estructuras de los programas particularmente pertinentes para garantizar la armonización.

Es sumamente importante tomar en consideración los mecanismos disponibles para asegurar la ejecución prevista de la política. Por lo tanto, se requiere identificar y establecer estructuras para la rendición de cuentas y el cumplimiento. Este cometido puede ser complejo, ya que el grado en que una política se aplica con éxito no solo depende de medidas específicas sino también de la cultura propia del sistema, de cuán bien es recibida la política y de las relaciones entre los interesados directos clave. En el centro de la aplicación satisfactoria de una política

figuran los interesados directos facultados del sistema, que deberían ser asociados entusiastas interesados en el éxito de la política. En algunas circunstancias, pueden existir motivos para la observancia obligatoria de las normas, con medidas correctivas o sanciones para cualquier infracción o incumplimiento. Diversas formas de sanciones pueden afectar la concesión de licencias, la acreditación o el financiamiento, y puede recurrirse a mecanismos jurídicos, incluidas las multas u otra medida impuesta por los sistemas jurídicos. Sin embargo, la necesidad de tales mecanismos y su uso deberían estudiarse con detenimiento dentro del contexto de crear un entorno de política apropiado a las circunstancias particulares de cada país. Los mecanismos de gobernanza propuestos deberían consensuarse entre todos los interesados directos, y delegarse según sea necesario a los organismos responsables apropiados. Cada país, en consulta con sus respectivos organismos profesionales, puede identificar los mejores mecanismos para el cumplimiento de las políticas.

La subsiguiente elaboración de estrategias abordada en la parte II ayudará a tratar la cuestión de la gobernanza para mejorar la calidad mediante un enfoque sistemático.

| Resumen: gobernanza y estructura orgánica para la mejora de la calidad | |
|---|--|
| Medidas para el equipo de formulación de la política | Contenido del documento de política |
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las estructuras existentes para la gobernanza en el sistema de salud • Identificar los mecanismos para instaurar las políticas y hacerlas cumplir • Determinar la estructura de gobernanza tanto para la formulación de la política como para los esfuerzos más amplios de mejora de la calidad | <ul style="list-style-type: none"> • Definir la estructura propuesta de gobernanza para los esfuerzos nacionales de mejora de la calidad, incluidos los requisitos para aplicarla • Describir los mecanismos existentes y propuestos para el cumplimiento de las políticas |

6. Métodos e intervenciones de mejora de la calidad

En esta sección se describe el conjunto de conceptos y principios relacionados con la mejora de la calidad que deben tenerse en cuenta para alcanzar las metas generales de la política. A menudo también es útil expresar supuestos en torno a estas intervenciones de mejora y a los recursos necesarios y las estrategias de mitigación de riesgos que se implantarán. En el recuadro 9 se ofrece una lista breve de las medidas generalmente adoptadas por los gobiernos para establecer la política y la consiguiente estrategia nacionales. Consisten en elementos comunes para desplegar con éxito en todo el sistema los esfuerzos de mejora de la calidad. Incluyen un liderazgo fuerte con capacidad para establecer las prioridades pertinentes para las necesidades de las personas y fomentar un entorno propicio para abordar esas necesidades. La capacidad para evaluar y reglamentar la puesta en práctica de las normas de atención establecidas también es importante, y puede abarcar tanto la concesión e inspección de licencias profesionales e institucionales como la evaluación externa de proveedores. Si bien los programas externos de evaluación como los que se ocupan de la acreditación suelen ser puntos de entrada tempranos para los esfuerzos nacionales de mejora, los datos probatorios relativos a su repercusión sobre la calidad son variables; es importante reconocer que estos enfoques deberían incorporarse a un esfuerzo estructurado más amplio que abarque las estructuras necesarias de gobernanza y una serie de intervenciones eficaces que sea apropiada para el contexto local.

Recuadro 9. Elementos básicos para mejorar la calidad en todo el sistema

- Liderazgo para establecer las prioridades y crear un entorno favorable para la calidad
- Establecimiento de normas y metas
- Concesión de licencias profesionales e institucionales
- Inspección y evaluación externas
- Desarrollo y retención de la fuerza laboral
- Mecanismos de incentivación (financieros y no financieros)
- Medición, evaluación comparativa y retroalimentación
- Iniciativas de mejora en gran escala por población destinataria, afección clínica, etc.
- Implicación de pacientes, familiares y comunidades (incluidas la participación, educación, elección y retroalimentación)
- Transparencia en los informes públicos sobre el desempeño

El conocido modelo de Donabedian (15) indica tres parámetros para evaluar la calidad de la atención: la estructura, el proceso y los resultados. Este puede ser un enfoque útil en el proceso de planificación de las políticas para conceptualizar la amplia gama de métodos e intervenciones potenciales de mejoramiento y para conseguir que la política tenga en cuenta los determinantes clave de la calidad. La estructura se relaciona con el entorno en el que se presta la atención; por ejemplo, el centro de salud y los recursos humanos y financieros que lo sustentan; el proceso se relaciona con la prestación de atención misma, incluidos todos los aspectos de la transacción entre los receptores y los proveedores de la atención; y el resultado es el efecto cuantificable sobre el estado de salud, que puede resultar afectado por una multitud de factores. Los responsables de formular la política nacional de calidad de la atención deberían examinar cómo ésta puede incorporar intervenciones que aborden tanto la estructura como el proceso, y cómo la política en último término afectará los resultados en materia de salud.

La capacitación y participación de la fuerza laboral pueden brindar la oportunidad de superar las limitaciones en la capacidad. Pueden usarse mecanismos de incentivación para influir en el comportamiento frente a los procesos de calidad, pero esto también tendrá que incorporarse en normas de práctica más sostenibles. En los lugares donde ciertas prácticas e intervenciones han dado lugar a una atención de mejor calidad, deberían examinarse estos esfuerzos para evaluar su potencial de ampliarlos a mayor escala dentro del país. A este respecto, es importante que se promuevan la generación de pruebas y el programa de aprendizaje como un mecanismo esencial de apoyo a la selección y el perfeccionamiento de las intervenciones. Un requisito importante para lograr tanto la ampliación a mayor escala como la sostenibilidad de estas iniciativas es la participación deliberada de las personas (pacientes, familias y comunidades). Este empoderamiento requerirá educación y sensibilización sobre la importancia de estos conceptos, principios y aptitudes tanto para los proveedores como para el público en general. Como parte de esta implicación, debería facultarse al público para poder acceder a los informes sobre el desempeño y comprenderlos con miras a responsabilizar el sistema de salud, así como para facilitar la demanda de cambio. En la parte II relativa la elaboración de la estrategia se presenta un enfoque basado en la selección y ejecución de intervenciones específicas relacionadas con la calidad.

| Resumen: métodos e intervenciones para mejorar la calidad | |
|--|--|
| Medidas para el equipo de formulación de la política | Contenido del documento de política |
| Examinar y seleccionar las esferas amplias de intervención prioritaria | <p>Descripción de las esferas amplias de intervención que abordarán las políticas y estrategias</p> <p>Discusión sobre la justificación, los supuestos, los recursos requeridos y las estrategias de mitigación del riesgo</p> |

7. Sistemas de información sobre la gestión sanitaria y sistemas de datos sobre salud

La mejora de la calidad depende de la obtención de datos claros y exactos sobre el desempeño. Con la formulación de una política nacional de calidad, será inevitablemente necesario poner énfasis en los sistemas requeridos para la medición e información, incluido el circuito de retroalimentación implantado para estimular y medir la mejora. Se necesitan al menos cinco datos integrados y capacidades de análisis para apoyar un programa nacional integral sobre calidad:

- un sistema jerárquico nacional de recopilación de datos y de presentación de informes;
- un sistema de información ejecutiva y una base de datos sobre calidad del departamento de salud/ministerio de salud;
- unos sistemas de apoyo a las decisiones clínicas y de registro de pacientes en primera línea;
- unos sistemas de seguimiento y retroalimentación sobre la calidad para evaluar el desempeño individual en relación con las normas o metas y los datos de evaluación comparativa;
- informes públicos y comparativos sobre la transparencia y la rendición de cuentas.

Los países obviamente se encuentran en diferentes etapas del desarrollo de estas capacidades. El documento de política presentará una evaluación resumida del estado actual de la capacidad y el procedimiento propuesto para establecer las competencias requeridas, además de indicar cómo deberían priorizarse las mejoras en la capacidad de datos. Entre los aspectos clave que proporcionará figuran una descripción de las posibles fuentes de datos existentes, la identificación de las carencias de datos y las medidas requeridas con objeto de desarrollar la infraestructura de datos necesaria para ofrecer una mejor calidad, vigilar el desempeño e informar a este respecto. Es fundamental contar con una dirección de políticas clara sobre la necesidad de integrar los esfuerzos para mejorar la calidad en los sistemas de gestión e información sanitaria, dada la frecuente tendencia de ejecutar las iniciativas en materia de calidad en paralelo con los sistemas ordinarios.

Resumen: sistemas de información sobre la gestión sanitaria y sistemas de datos sobre salud

| Medidas para el equipo de formulación de la política | Contenido del documento de política |
|--|---|
| Identificar las fuentes de datos y capacidades existentes | Breve perspectiva general de la información sanitaria y los sistemas de datos sobre salud disponibles |
| Identificar las lagunas relacionadas con la calidad en los sistemas actuales de información sanitaria | Descripción de los sistemas propuestos de información y los sistemas de datos de salud para apoyar los esfuerzos nacionales en materia de calidad |
| Proponer directrices para optimizar los sistemas de información sanitaria con respecto a la calidad | Referencia explícita a la integración de los esfuerzos de calidad con los sistemas de gestión e información sanitaria |
| Identificar las políticas y planes existentes del sector de la salud relacionados con los sistemas de información sanitaria y los sistemas de datos de salud | |

8. Indicadores y medidas básicas de la calidad

Una política integral incluirá los objetivos de los proveedores y gestores de los servicios de salud en cuanto a la vigilancia y retroalimentación sistemáticas de la calidad, así como la agregación de datos y la evaluación general de los progresos que se están realizando con respecto a los objetivos y las esferas nacionales prioritarias. Esto requiere identificar un conjunto básico de indicadores de la calidad mediante las políticas y procesos necesarios para apoyar múltiples propósitos, como la retroalimentación de los proveedores; la transparencia al público; la evaluación comparativa para comprender la comparación de resultados y las variaciones injustificadas en la calidad; el análisis de la eficacia en función de los costos; y la evaluación de la eficacia de las intervenciones específicas en materia de calidad y el enfoque nacional general de la calidad.

Las medidas de la calidad son sumamente importantes para juzgar si las actividades de mejora de la calidad son eficaces o no. Sin medición, es imposible saber si las medidas de mejora están produciendo realmente una atención de mejor calidad y dando lugar a cualquier cambio significativo en los resultados en materia de salud. La medición de la calidad —mediante el uso de indicadores normalizados— ayuda a los proveedores de atención sanitaria y las instancias normativas a evaluar los progresos realizados en todos los niveles de la atención de salud: nacional, regional, local, de los centros de salud e individual. Esta información también puede propiciar una mejor presentación de informes al público en general para mejorar la transparencia y confianza, aun cuando los resultados no alcancen las metas. En la parte II relativa a la elaboración de la estrategia se facilitan más detalles sobre el proceso de crear un marco integral para la medición de la calidad.

Resumen: indicadores y medidas básicas de la calidad

| Medidas para el equipo de formulación de la política | Contenido del documento de política |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Evaluar los indicadores pertinentes ya recopilados y presentados por el sector de la salud• Establecer la dirección de política sobre el desarrollo del conjunto de indicadores básicos (véanse partes II y III) | <ul style="list-style-type: none">• Presentación de los indicadores y justificación de la selección• Información general sobre cómo se usarán los indicadores |

PARTE II
ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Sinopsis de la sección:**Parte II. Elaboración de la estrategia.**

- **Elaboración de una estrategia nacional sobre la calidad**
 - Objetivos y prioridades nacionales de salud
 - Definición local de calidad
 - Identificación y participación de los interesados directos
 - Análisis de la situación: estado de la calidad
 - Gobernanza y estructura orgánica de los métodos e intervenciones para mejorar la calidad
 - Sistemas de información sobre la gestión sanitaria y sistemas de datos sobre salud
 - Indicadores y medidas básicas de la calidad
- **Elaboración de un plan operativo para su ejecución**
- **Integración de los programas técnicos en las políticas y estrategias nacionales de calidad**

Como se señaló anteriormente, las políticas y estrategias nacionales de calidad suelen elaborarse simultáneamente como parte de un programa nacional de calidad y pueden incorporarse en un solo documento. Además, aunque la estrategia describe el proceso por el cual se sanciona la política, a menudo se requiere un plan operativo más detallado. Dicho plan describe los aspectos prácticos de la ejecución de las medidas prioritarias, incluidas las funciones, responsabilidades y plazos. Al final de la parte II se facilitan más detalles.

En esta sección se examinarán algunos componentes prácticos que hay que tener en cuenta cuando se pone en práctica la política mediante la elaboración de una estrategia de calidad. El proceso y contenido sugeridos del documento final reflejan claramente el proceso de formulación de la política y se basa en los mismos ocho elementos. Además, la elaboración de una estrategia nacional facilita la integración de los programas e iniciativas existentes en un marco nacional coherente de calidad; esto puede incluir programas técnicos existentes (como los del VIH o la salud materno-infantil). Al final de la parte II se ofrecen más detalles sobre cómo hay que abordar la integración.

La estrategia debería establecer un plazo para las diversas actividades que se emprendan, con suficiente tiempo para implantar la logística y el apoyo con miras a respaldar esas iniciativas. Esto probablemente incluirá asignar recursos, reorganizar los organismos o reorientar al personal, una amplia labor de sensibilización y comunicación, la capacitación correspondiente y el desarrollo de la fuerza laboral. Como se mencionó, la estrategia puede incluir un plan operativo que proporciona una hoja de ruta detallada con los pasos intermedios pertinentes. A menudo, en las etapas tempranas de la ejecución será necesario un cierto nivel de cambio institucional entre los interesados directos, incluidos el ministerio o el organismo responsables, se exigirá el cumplimiento de los reglamentos de política y también podrá requerirse asistencia técnica para ayudar a los interesados directos a definir los procesos que se necesitan logísticamente para el cumplimiento. Antes de que la política se ponga plenamente en práctica, se puede recurrir a organismos externos de consulta o bien establecer un grupo de estudio o comité provisionales, para ayudar a facilitar los cambios necesarios.

“El objetivo de esta Estrategia nacional es articular las múltiples intervenciones que se han desarrollado durante los quince últimos años en un único grupo de acciones coherentes que se dirijan a un objetivo fortalecido y común para todas las instituciones de atención de salud en este país, públicas y privadas, en un nuevo espacio de mejora de la calidad de la salud de los ciudadanos mexicanos por medio de la convergencia de todos hacia una cobertura universal de salud efectiva.”

Estrategia nacional de calidad de México, 2016

El proceso de promulgación de las políticas puede plantear retos imprevistos que requieren modificar la estrategia, aunque un período de examen y consulta durante la elaboración de la estrategia debería reducir gran parte de este riesgo. Por consiguiente, en el plan operativo debería tenerse en cuenta cómo detectar y resolver problemas tempranos durante la fase de ejecución de una estrategia, por ejemplo mediante la evaluación formal del proceso o la aplicación de medidas de gobernanza, como el establecimiento de un comité de supervisión de la estrategia. Esto debería estar bien documentado y habría que establecer un cauce para retroalimentar esa información al organismo o la persona apropiados de supervisión para una atención y corrección inmediatas.

ELABORACIÓN DE UNA ESTRATEGIA NACIONAL DE CALIDAD

A pesar de las múltiples maneras en que los países difieren entre sí, el examen de los conocimientos y prácticas actuales ha identificado semejanzas entre uno y otro país sobre el modo de concebir y concretar estrategias para los esfuerzos nacionales de mejora de la calidad. A continuación se reseñan ocho elementos del proceso; se trata de los mismos ocho elementos descritos en el proceso de formulación de la política en la parte I, y muchos de ellos pueden ejecutarse simultáneamente si procede. En otras ocasiones, la política nacional de calidad puede dar lugar a la elaboración de una estrategia de calidad. Estos elementos se describen para ayudar a facilitar la elaboración de la estrategia, aunque no todos los países completarán todos los elementos, o en el mismo orden.

1. Objetivos y prioridades nacionales de salud

Una "estrategia de calidad" es un puente que ayuda un sistema de salud a acelerar el logro de sus objetivos y prioridades de salud, usando conceptos de calidad y métodos y principios basados en datos probatorios que incorporan la planificación, control y mejora. Un primer paso crucial consiste en conocer los objetivos y prioridades nacionales existentes del país en materia de salud, identificar las posibles lagunas y proponer cualesquiera nuevos objetivos y prioridades que deberían incluirse en la estrategia nacional de calidad. La finalidad de este ejercicio es identificar y priorizar los objetivos y prioridades nacionales de salud para que la estrategia de calidad esté en plena consonancia con ellos en lugar de desarrollarse de forma separada en paralelo. La política y la estrategia de calidad y su aplicación deben reflejarse a lo largo de todo el sistema de salud, evitando el riesgo de crear un programa vertical de calidad. La vinculación de la estrategia con los objetivos y prioridades existentes también contribuye a mejorar la confianza entre los diversos grupos de interesados directos con vistas a la elaboración de una estrategia nacional de calidad.

Los objetivos y prioridades existentes variarán inevitablemente entre los países y se expresarán con diferentes formatos y niveles de detalle. Muchos objetivos y prioridades nacionales de salud pueden ser explícitamente pertinentes para la calidad de la atención prestada por los servicios de salud, mientras que otros pueden tener contribuciones indirectas, por ejemplo al centrarse en los determinantes de la salud, la prevención del riesgo y la ampliación del acceso a los servicios. Cuando los objetivos existentes se centran claramente en la calidad de la atención, será útil basarse directamente en ellos durante la elaboración de la estrategia; por el contrario, cuando no se centren en la calidad, podrá ser necesario proponer y promover el establecimiento de nuevos objetivos y prioridades en la planificación nacional de la salud.

La estrategia nacional de calidad puede seguir el contenido y estructura expuestos en un documento anterior de política, como un plan nacional quinquenal de salud, y puede incluir

objetivos pertinentes adicionales de salud con plazos específicos de consecución. También se pueden incluir los objetivos vinculados a las iniciativas mundiales más amplias de salud (como los ODS) o a los principales programas de donantes dentro del país. A veces un objetivo nacional de salud puede vincularse específicamente a un caso centinela o una demanda pública de mayor calidad en el sistema de salud, como por ejemplo la reducción de la mortalidad materna o de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Un ejercicio útil para examinar más detalladamente los objetivos y prioridades nacionales existentes puede ser evaluar cómo llegaron a priorizarse, qué implicaciones podrían tener para la prestación de servicios de salud y cómo se argumenta que los esfuerzos nacionales de calidad podrían ayudar a alcanzarlos. Si bien siempre es posible especificar nuevos objetivos y prioridades para la estrategia nacional de calidad, demostrar una clara correspondencia con los objetivos previamente estipulados puede ayudar a potenciar el apoyo político y garantizar la integración de los esfuerzos de calidad dentro de un mayor fortalecimiento de los sistemas de salud. La presupuestación de los sistemas de salud también puede vincularse a los objetivos y prioridades nacionales de salud existentes; es importante aclarar este nexo y evaluar sus implicaciones para el financiamiento de la estrategia nacional de calidad.

Las prioridades pueden establecerse utilizando diversos métodos, a menudo empezando por el análisis de la carga de morbilidad y la morbilidad y mortalidad prevenibles. El fundamento lógico de este método es proporcionar un lenguaje común que puedan comprender bien y apoyar diversos públicos. Sin embargo, los países cada vez más están dejando de tener simplemente en cuenta la carga de morbilidad para pasar a definir más proactivamente las prioridades en cuanto a la salud y el bienestar de la población. Los principios como un acceso más equitativo y la cobertura universal de salud también pueden ser declaraciones de prioridad que configuren la estrategia de calidad.

El desarrollo de objetivos y prioridades para la estrategia nacional de calidad puede hacerse de una manera directa y transparente, teniendo en cuenta lo siguiente:

- Los objetivos y prioridades nacionales se elaborarán a partir de los principales documentos y políticas del plan nacional de salud.
- Los objetivos y prioridades adicionales pueden proceder de otras áreas, incluidos el análisis de la situación, los ODS mundiales y los programas de donantes.
- Si la lista de objetivos y prioridades excede de lo que puede incluirse razonablemente en una estrategia nacional de calidad (o sea, es más numerosa de lo que puede supervisarse de forma realista y traducirse en actividades viables con los recursos disponibles y dentro de los plazos previstos), se pueden seguir dos vías: reducir la lista de prioridades aplicando criterios explícitos, o dividir la lista de prioridades en las que se prevea realizar a corto y a largo plazo.
- Tras el establecimiento de una lista, antes de darla por ultimada debería procurarse obtener retroalimentación de diversos interesados directos.
- Deberían indicarse expresamente los plazos y criterios para el examen y revisión futuros.

Recuadro 10. Variaciones en las estrategias nacionales de calidad

No solo se producen variaciones en la estructura de las estrategias nacionales de calidad, sino también en la atención especial prestada a determinadas esferas identificadas como prioritarias por los países. Esto pone de relieve la importancia de identificar las desigualdades en la calidad que requieren atención dentro de las estrategias.

Etiopía

El fin último de la Estrategia Nacional de Asistencia Sanitaria de Calidad es asegurar y mejorar sistemáticamente los resultados de la atención clínica, la seguridad del paciente y la atención centrada en el paciente, a la vez que mejoran el acceso y la equidad para todos los segmentos de la población etíope, para 2020.

Namibia

La estrategia de calidad implantada en Namibia procura proporcionar un marco para la puesta en práctica de las iniciativas de gestión de la calidad a todos los niveles de la prestación de servicios de salud a través de cuatro objetivos estratégicos: a) mejorar los sistemas de gestión de la calidad y la rendición de cuentas; b) garantizar la atención centrada en el cliente y el empoderamiento de los usuarios; c) mejorar la seguridad del paciente y del personal de salud; y d) mejorar la práctica clínica.

Los objetivos de las estrategias nacionales de calidad pueden relacionarse con dimensiones específicas de la calidad que son esferas prioritarias para ese país, aunque muchos de ellos harán referencia a todas las dimensiones de la calidad o a algunas de ellas. La selección de los objetivos también puede verse afectada por importantes eventos de salud pública actuales o recientes, como brotes de enfermedades infecciosas o migraciones masivas, que pueden repercutir en la capacidad y las prioridades de los servicios de salud. En efecto, durante la fase de ejecución de una estrategia, esos eventos pueden propiciar la revisión de los objetivos; esto puede ayudar a armonizar la estrategia con las incipientes necesidades básicas, lo que una vez más debería hacerse en consulta con los interesados directos clave.

La declaración de los objetivos podría centrarse en los resultados deseados y específicos de alto nivel sanitario y de atención de salud, como "reducir la mortalidad prevenible en x% en el plazo de cinco años". Los medios por los cuales se alcanzará la meta de alto nivel pueden establecerse, por ejemplo, persistiendo en la cobertura universal de salud o abordando la escasez de personal de salud. Otro tipo de declaración de objetivo puede centrarse en la mejora de dimensiones específicas de la calidad, como la eficacia, la seguridad o la atención centrada en las personas.

Puede ser necesario emprender iniciativas de promoción para incorporar los objetivos y prioridades relacionados con la calidad en el sistema de salud y asegurar que queden reflejados en la planificación y presupuestación nacionales de la salud y en la estrategia específica.

Resumen: objetivos y prioridades nacionales de salud

| Medidas para el equipo de elaboración de la estrategia | Contenido del documento de estrategia |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las fuentes existentes de los objetivos y prioridades nacionales de salud publicados o difundidos • Evaluar los objetivos existentes en cuanto a su pertinencia para la estrategia de calidad • Examinar, como parte del análisis de la situación y el proceso de planificación de la estrategia, la necesidad de establecer objetivos y prioridades adicionales • Elaborar una declaración de objetivos y prioridades para la estrategia nacional de calidad | <ul style="list-style-type: none"> • Declaración de objetivos y prioridades nacionales para la calidad de la atención • Fuentes de referencia de objetivos y prioridades nacionales de salud existentes |

2. Definición local de calidad

Es importante garantizar que la estrategia refleje la definición de calidad adoptada para afianzar las actividades y procesos. Estas definiciones proporcionan el contexto en el cual funcionará y se evaluará la estrategia. Aunque esto ya debería haberse establecido en la política precedente, en caso contrario habría que tomarse firmemente en consideración a principios del proceso de elaboración de la estrategia. Establecer una definición local puede ser una tarea temprana para el equipo que elabora la estrategia y también puede ser un ejercicio útil para la participación de los interesados directos clave en el debate acerca de cuáles deberían ser las prioridades locales (recuadro 11). En la sección equivalente sobre la definición local de calidad de la parte I y en la sección introductoria del Manual se ofrece más información sobre la definición y contextualización de calidad.

Recuadro 11. Estudio de caso: definición de calidad en el Sudán

“Prestación de la mejor atención posible centrada en el paciente empleando los recursos disponibles y la práctica basada en datos probatorios.”

Definición de calidad, Estrategia de Calidad del Sudán, 2017

En el 2016, el Sudán inició el proceso de elaborar una estrategia nacional de calidad e invitó a una amplia gama de interesados directos a contribuir con sus aportaciones a la planificación estratégica. Basándose en esas aportaciones, el equipo de elaboración de la estrategia redactó una definición local que establecía lo que significaría el término calidad en el contexto de este renovado esfuerzo nacional para mejorar los servicios. El equipo seleccionó una definición concisa y fácilmente comprensible para múltiples interesados directos, desde los políticos a los profesionales de la salud. Esta definición refleja no solo la necesidad de una atención eficaz centrada en el paciente, sino también el imperativo de usar con sensatez los recursos limitados.

| Resumen: definición local de calidad | |
|--|--|
| Medidas para el equipo de elaboración de la estrategia | Contenido del documento de estrategia |
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las definiciones existentes de calidad en las publicaciones nacionales de salud o en las iniciativas anteriores en materia de calidad y examinar el contenido de la sección introductoria del presente Manual • Como parte de la planificación de la estrategia o el proceso de participación de los interesados directos, ajustar y elegir la definición local apropiada para guiar el proceso de elaboración de la estrategia. Es posible que si ya se ha elaborado la política nacional de calidad esto ya se haya hecho | <ul style="list-style-type: none"> • Definición explícita de calidad y cómo se reflejará en las medidas establecidas en la estrategia |

3. Identificación y participación de los interesados directos

Para que la estrategia de calidad resulte satisfactoria, es crucial que todas las fases de diseño, ejecución y evaluación cuenten con una colaboración y participación significativas. Si bien la dirección de la elaboración de la estrategia puede corresponder a una organización rectora particular, con frecuencia una unidad o dirección del ministerio de salud, es importante trabajar con un amplio conjunto de interesados directos clave de todo el sistema de salud en los niveles federal, estatal, comunitario y local. La participación estructurada ayudará a establecer un entendimiento común y una aspiración y compromiso compartidos; esto puede ayudar a identificar los recursos y activos disponibles para brindar apoyo a la elaboración y ejecución de la estrategia. La participación en la política y la estrategia puede tener lugar como parte del mismo proceso. Aunque los grupos particulares de interesados directos pueden variar según el país, en general constan de al menos los siguientes componentes:

- gobierno: ministerios (de salud y no relacionados con la salud, como de finanzas), organismos cuasi gubernamentales independientes y funcionarios clave seleccionados;
- organismos reguladores y otros organismos evaluadores externos y encargados del establecimiento de normas;
- entidades y autoridades aseguradoras públicas y privadas;
- sociedades profesionales;
- proveedores (comunidad; atención primaria, secundaria y terciaria; proveedores de medicina tradicional; sectores público y privado);
- organizaciones de la sociedad civil, grandes organizaciones de carácter religioso, grupos de pacientes y pacientes;
- organizaciones no gubernamentales y organizaciones comunitarias;
- contribuyentes, financiadores y donantes.

En muchos países ya se están desplegando esfuerzos de mejora de la calidad en pequeña escala (y en algunos casos en gran escala) en los establecimientos de salud y entre los proveedores comunitarios en todo el sistema de salud, en ocasiones con el apoyo de organismos técnicos externos. Es probable que esta pericia de primera línea para la mejora de la calidad haya

aportado una experiencia útil sobre lo que funciona localmente, y esto debería incorporarse en el proceso de participación de los interesados directos.

Mediante la identificación o un análisis de los interesados directos se puede determinar qué organizaciones o personas podrían ser impulsoras, catalizadoras o bloqueadoras de la estrategia nacional de calidad. A la hora de decidir qué grupos de interesados directos podrían incluirse activamente, un conjunto de preguntas puede aclarar quién debería "sentarse a la mesa" para comprender el estado actual de la calidad, identificar las dificultades y carencias destacadas y formular la estrategia para avanzar. A continuación figuran las preguntas esenciales que hay que tener en cuenta para identificar a los interesados directos clave.

- ¿Quién es responsable de la calidad en cada nivel del sistema de salud?
- ¿Quién o qué influye en la calidad en cada nivel del sistema de salud?
- ¿Cuáles son los mecanismos impulsores o propulsores fundamentales para lograr mejores resultados en materia de salud, y quién los dirige?
- ¿Qué grupos serán defensores y qué grupos serán detractores de la estrategia nacional de calidad?
- ¿Cuáles son las principales organizaciones responsables de la prestación de servicios en todo el sistema de salud?
- ¿Qué organizaciones o personas apoyan al ministerio de salud en la elaboración de planes estratégicos?

Estas preguntas ayudan a determinar los actores clave que deberían involucrarse, en qué función □ como promotores, revisores, consultores expertos o ejecutores □ y en qué etapas del proceso.

El cuadro 2 proporciona algunos ejemplos sobre cómo puede identificarse los interesados directos y las tareas específicas que pueden apoyar o dirigir.

Cuadro 2. interesados directos y tareas asociadas

| Interesado directo | Tarea(s) |
|--|--|
| Ministerio de salud | <ul style="list-style-type: none"> • Autor principal • Dirección principal de PENC |
| Otros ministerios gubernamentales pertinentes (como finanzas, asuntos sociales, educación) | <ul style="list-style-type: none"> • Hacer aportes estratégicos al proceso de elaboración de la estrategia • Identificar las cuestiones afines de política, los requisitos de finanzas y los instrumentos jurídicos • Integrar las medidas con iniciativas de otros sectores (por ejemplo, capacitación médica) |
| Consejos de profesionales de la salud y sociedades de especialidades | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las intervenciones para mejorar la calidad • Apoyo técnico al análisis de la situación y a la evaluación externa |
| Organismo nacional del seguro de enfermedad | <ul style="list-style-type: none"> • Examinar las consecuencias en materia de pago • Integrar los incentivos para la mejora |
| Equipos provinciales, regionales y distritales de gestión sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> • Involucrar a los centros de salud e integrar las funciones de gestión y mejora de la calidad • Promover medidas y el apoyo técnico a la ejecución • Vigilar y evaluar el avance de las iniciativas en materia de calidad mediante procesos eficaces de gestión |
| Proveedores religiosos, privados y tradicionales de servicios de salud | <ul style="list-style-type: none"> • Involucrar a la red de organizaciones de carácter religioso • Promover medidas y el apoyo técnico a la ejecución • Apoyar al equipo distrital de gestión sanitaria en el seguimiento y evaluación del avance de las iniciativas en materia de calidad |
| Proveedores de servicios de salud y hospitales del sector público | <ul style="list-style-type: none"> • Plena participación en el análisis de la situación • Proporcionar asesoramiento técnico y pericia para mejorar las prácticas clínicas |
| Organizaciones no gubernamentales y asociados para el desarrollo | <ul style="list-style-type: none"> • Prestar apoyo técnico a la planificación estratégica y la ejecución de las intervenciones en materia de calidad basadas en la estrategia de calidad |
| Organizaciones de la sociedad civil, interesados directos de la comunidad | <ul style="list-style-type: none"> • Contribuir al análisis de la situación • Revisar el proceso de elaboración de la estrategia para cerciorarse de que sea apropiado y significativo para el público y los pacientes • Contribuir a la selección de indicadores locales significativos |

Cómo: un proceso para captar a los interesados directos

Para garantizar la armonización a lo largo del sistema de salud se requiere la retroalimentación de los grupos de interesados directos en todo el proceso. Existen distintos enfoques sobre la participación de los interesados directos; los métodos más comunes incluyen las entrevistas, las reuniones, la creación de grupos de trabajo y la solicitud de retroalimentación de interesados directos. Como primera medida, las entrevistas con interesados directos clave pueden ayudar a recabar opiniones, como las definiciones y percepciones locales de calidad y datos objetivos sobre el estado actual de la calidad, lo que pretende ser el estado "ideal" de calidad, las lagunas existentes y las ideas para reducir las.

A medida que progresa el equipo, puede convocarse a los grupos de interesados directos para ensayar, ajustar y ultimar diversos elementos de la estrategia nacional de calidad. La creación de grupos de trabajo específicos también puede ser útil; por ejemplo, las personas con experiencia clínica y de medición podrían elaborar un conjunto propuesto de indicadores de calidad para someterlo a examen y ratificación por un grupo más amplio de interesados directos.

La elaboración de la estrategia nacional de calidad tiende a usar un enfoque de arriba abajo concebido y planificado por el gobierno y aplicado en todo el sistema de salud; sin embargo, es crucial incluir y captar a quienes están en primera línea mediante un enfoque de abajo arriba para apoyar el desarrollo de la estrategia general teniendo en cuenta los puntos fuertes y retos existentes, y para ayudar a orientar los recursos. Esto es importante por la brecha que suele existir entre las realidades de primera línea y la planificación estratégica de alto nivel. Dados los profundos conocimientos de los profesionales y gestores, su aportación es fundamental.

La estrategia basada en la ejecución requiere establecer contacto con los proveedores directamente en el lugar donde se presta la atención, o a través de sus asociaciones o sociedades profesionales, y asegurarse de que la estrategia sea significativa y comprensible para los proveedores de primera línea. Su comportamiento determinará el éxito o fracaso de la estrategia, de manera que puede ser crucial garantizar la confianza temprana de los que dispensan la atención. Sin embargo, aun habiendo adquirido suficiente confianza, los proveedores de asistencia sanitaria deben dotarse de un entorno propicio para el cambio de comportamiento necesario con miras a mejorar la atención. La participación de los interesados directos puede ayudar a establecer las estructuras de apoyo requeridas para tal entorno y a superar los retos para su creación.

Recuadro 12. Participación de la comunidad y los pacientes: la experiencia ugandesa

Uganda tiene un largo historial de iniciativas nacionales para mejorar la calidad de la atención, la primera de las cuales consiste en un programa de mejora de la calidad emprendido a mediados de los años noventa. En todas esas iniciativas, la participación de los pacientes y la comunidad se ha reconocido cada vez más como un componente esencial. Uganda ha establecido comités de gestión de las unidades de salud a fin de proporcionar a los miembros de la comunidad una ayuda significativa para la gestión de las instalaciones y la supervisión del desempeño, ha introducido un reglamento del paciente en que se describen los derechos de los usuarios de los servicios, y en la estrategia nacional de calidad más reciente ha involucrado a la sociedad civil y los representantes de los usuarios de los servicios de salud en el grupo de trabajo que coordina el desarrollo y la ejecución.

La perspectiva de la comunidad y los pacientes, que puede obtenerse en las visitas sobre el terreno y participando en reuniones abiertas para obtener las opiniones de los pacientes, las familias y las comunidades en el proceso de elaboración de la estrategia, es de importancia vital (recuadro 12). Los representantes de la comunidad y los pacientes también pueden participar directamente tanto en los procesos de formulación de las políticas y estrategias como en los posteriores arreglos de ejecución y gobernanza, ayudando a asegurar que los esfuerzos se basen en “lo que importa” a las personas que en último término utilizan los servicios. Sin embargo, este proceso requiere una planificación cuidadosa para velar por que las comunidades participen y estén empoderadas de forma apropiada. Por ejemplo, los obstáculos tales como las barreras lingüísticas o los escasos conocimientos sobre la salud pueden tener que superarse para hacer posible un diálogo productivo durante el proceso. Los servicios de salud deben reorientarse hacia las necesidades y prioridades de los pacientes, y esto solo puede lograrse mediante una importante participación. La implicación de las comunidades y los pacientes, además de representar un recurso adicional necesario para los programas de mejora de la calidad de la atención, hace posible que se utilice la comunidad como un activo fundamental en el análisis de la situación, el desarrollo de intervenciones apropiadas, la gobernanza y rendición de cuentas y la evaluación del éxito. Estas perspectivas e intervenciones facultarán a las personas y proporcionarán un nivel de rendición de cuentas en el plano de la comunidad.

| Resumen: identificación y participación de los interesados directos | |
|--|--|
| Medidas para el equipo de elaboración de la estrategia | Contenido del documento de estrategia |
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificar a los interesados directos clave en todo el sistema de salud • Determinar las funciones y la influencia de los interesados directos en la elaboración de la estrategia • En un proceso colaborativo, asignar responsabilidades a interesados directos seleccionados para contribuir a los aspectos pertinentes de la aplicación de la estrategia de calidad • Planificar la participación activa de los interesados directos para potenciar al máximo las aportaciones útiles y minimizar los obstáculos en la elaboración de la estrategia • Establecer un calendario de reuniones de los múltiples interesados directos necesarias para la elaboración de la estrategia (pueden incluir grupos de redacción, procesos de análisis de la situación, un grupo directivo y una reunión de validación) | <ul style="list-style-type: none"> • Descripción del proceso de participación de los interesados directos y reconocimiento de su aportación • Descripción de las funciones de los interesados directos clave en las medidas propuestas por la estrategia |

4. Análisis de la situación: estado de la calidad

En la mayoría de los casos, la primera fase de elaboración de PENC incluye un análisis situacional bien estructurado y metódico del estado de la calidad en el sistema de salud a los niveles nacional, estatal o provincial, local, institucional y comunitario. Ese análisis establecerá una mayor comprensión del estado actual de la calidad, los puntos fuertes existentes del sistema de salud para potenciar la mejora de la calidad, los obstáculos y facilitadores previstos para el proceso de elaboración de la estrategia, los principales retos y prioridades apremiantes que enfrenta el sistema de salud y el estado actual de importantes factores contextuales, como la infraestructura, la capacidad y el clima político. Puede usarse para guiar el enfoque adoptado por el equipo que elabora y aplica la estrategia, y también compartirse con otros interesados directos clave para facilitar su participación.

La realización de un análisis completo de la situación probablemente durará varios meses y combinará diversas actividades importantes, como la convocatoria de los interesados directos, la celebración de sesiones informativas, la investigación de una amplia gama de documentos (descritos a continuación), la realización de entrevistas personales y el establecimiento de grupo de discusión para reunir información y redactar informes resumidos. Esta serie de actividades debería utilizar las perspectivas y la pericia del nivel nacional a los proveedores de asistencia sanitaria situados en primera línea de la prestación de servicios. La inclusión de una amplia gama de interesados directos, como se describe en la sección anterior sobre la identificación y participación de los interesados directos, es fundamental para comprender las actitudes, experiencias y aspiraciones colectivas que serán básicas para los futuros esfuerzos.

El análisis integral de la situación incluirá un examen de la información histórica y actual así como la recopilación de nuevos datos. Es probable que la siguiente información genérica sea importante y útil.

- **Examen de todos los documentos pertinentes.** Incluirán la política sanitaria nacional y el plan nacional quinquenal de salud, que suministrarán información vital sobre las prioridades, los recursos y el contexto del país. La estrategia nacional de calidad debería armonizarse plenamente con las políticas y planes nacionales existentes y apoyarlos.
- **Examen de la legislación, reglamentación y estatutos conexos sobre calidad.** Proporcionará información acerca de los requisitos para la concesión de licencias, la calidad de la medicación y el control de la seguridad, así como para la inspección de los centros de salud.
- **Documentos gubernamentales y del sector público relacionados con la calidad.** Algunos ejemplos incluyen los materiales de formación de profesionales, los protocolos y las directrices pertinentes sobre calidad de la atención de salud. Los documentos pertinentes se conservarán en lugares como el ministerio de salud o la entidad nacional del seguro de enfermedad, e incluirán información tan variada como los requisitos de gestión ambiental y de desechos médicos o las cartas de derechos de los pacientes.
- **Datos sobre el desempeño en relación con la calidad del sistema de salud.** Las fuentes incluirán los hospitales, los establecimientos de atención primaria y los centros y consultorios ambulatorios, de los que pueden obtenerse los datos recopilados sistemáticamente por el sistema de información sobre gestión de la salud así como series de datos con fines especiales. Dichos datos posibilitarán una comprensión detallada del desempeño real en todo el sistema de salud para esferas tales como el acceso, la eficacia, la seguridad, la eficiencia, la equidad y la atención centrada en el paciente.

- **Informes de programas técnicos y verticales.** Proporcionarán datos útiles relacionados con la calidad sobre la pertinencia de los procesos y los resultados en materia de salud de poblaciones específicas.
- **Identificación de los recursos disponibles para apoyar los esfuerzos nacionales en materia de calidad.** Los recursos pertinentes pueden obtenerse de los presupuestos nacionales, los asociados locales para la ejecución, los organismos externos y los programas técnicos adaptados.
- **Estado de la encuesta de calidad** (se describe más abajo).

Aunque en algunos contextos la recopilación y análisis de una gama de datos tan amplia podría ser una labor compleja, el proceso no siempre debe ser prolongado ni requiere muchos recursos. En los países donde existen pocos recursos para esos ejercicios, quizá sea posible usar como punto de partida análisis existentes que se hayan hecho para otras necesidades de planificación de los sistemas de salud, por ejemplo para fundamentar el desarrollo de un plan estratégico nacional de salud. Los aspectos del análisis de la situación también pueden combinarse con otros elementos del proceso nacional de calidad, por ejemplo usando procesos de participación de interesados directos para recopilar los datos importantes. El apoyo al análisis de la situación puede obtenerse de otros organismos que realizan actividades relacionadas con la calidad de la atención, como los organismos nacionales de profesionales o los organismos técnicos externos. Cuanto más exhaustivo sea un análisis, más beneficiará la estrategia, pero lo importante es que la estrategia debería basarse en la medida de lo posible en las necesidades identificadas del país y los activos disponible para abordarlas. Aunque se disponga de pocos recursos, este enfoque es posible.

En el Compendio de herramientas complementario del Manual se describen algunas herramientas para apoyar este proceso.

Un cuestionario para realizar entrevistas semiestructuradas u obtener respuestas escritas puede proporcionar información básica importante, incluida la experiencia de los interesados directos, y complementar la información recabada de las fuentes de datos y análisis descritos anteriormente. Mediante esta actividad de recopilación de datos —los cuales se basarán en entrevistas individuales y con grupos pequeñas (o en algunos casos en respuestas escritas)—, el equipo puede comprender mejor las actitudes y perspectivas de los interesados directos basadas en su experiencia. A continuación se reseñan las cuatro áreas temáticas básicas, y su justificación, de la encuesta sobre el estado actual de la calidad.

- **Contexto nacional de la calidad.** Para consolidar la estrategia nacional de calidad es útil conocer la historia, los sucesos y las iniciativas asociados que dieron lugar a su elaboración. Esto consiste en comprender lo que ya se ha hecho en torno a la planificación, control y garantía de la calidad, y a su mejora, incluso en los programas pertinentes de enfermedades o poblaciones específicas. Dependiendo de cómo esté centralizado o fragmentado el sistema de salud del país, estas iniciativas pueden surgir de una gran variedad de lugares, como el sector privado, el financiamiento de donantes o las iniciativas locales, y estarán influidas por un sinnúmero de factores políticos, económicos, demográficos y de otro tipo.
- **Política y planificación.** En todos los países la calidad de la atención de salud está determinada por la política y regulada mediante algún tipo de funciones estructuradas de planificación. Por ejemplo, las prioridades nacionales se identifican explícitamente y luego se establece la asignación de recursos a gran escala, lo que afecta a la prestación de servicios clínicos al nivel local. Paralelamente, el establecimiento de normas de ámbito nacional puede influir mucho en la idoneidad de la toma de decisiones clínicas y la seguridad de las instituciones a las que solicitan atención las personas.

- **Reglamentación, gobernanza y supervisión.** Consiste en un análisis descriptivo sobre el modo en que las funciones formales e informales relacionadas con el liderazgo, gobernanza y supervisión influyen en la calidad. Es importante realizar esta evaluación en todos los niveles del sistema de salud, incluidos los niveles nacional, estatal o provincial, local, institucional y comunitario, y asegurarse de que se hayan incluido tanto el sector público como el privado. Los elementos principales que deben tenerse en cuenta son las estructuras y responsabilidades relacionados con la calidad, al tiempo que se identifican cuidadosamente los puntos fuertes y débiles de los aspectos legislativos, políticos y reglamentarios.
- **Medición de la calidad y actividades de mejora en curso.** Es importante hacer balance de las iniciativas actuales relacionadas con la calidad que se llevan a cabo en todos los países a los niveles nacional, estatal o provincial, local, institucional y comunitario. Este análisis puede dar lugar a una evaluación minuciosa de la capacidad y las competencias existentes, al tiempo que se identifican "rayos de esperanza" y deficiencias.

| Resumen: análisis de la situación | |
|--|---|
| Medidas para el equipo de elaboración de la estrategia | Contenido del documento de estrategia |
| <ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar y crear herramientas para el proceso de análisis de la situación • Identificar a los interesados directos clave que se captarán • Recopilar datos sobre las actividades en curso, la planificación de los sistemas de salud, la gobernanza y la supervisión, los factores contextuales y el recorrido histórico en pro de la calidad • En un proceso de múltiples interesados directos, analizar los datos para fundamentar la selección de las prioridades, la definición de la gobernanza y las estructuras, el desarrollo de intervenciones y los planes prácticos de seguimiento y evaluación | <ul style="list-style-type: none"> • Resumen del proceso de análisis de la situación • Titulares de las conclusiones del análisis de la situación |

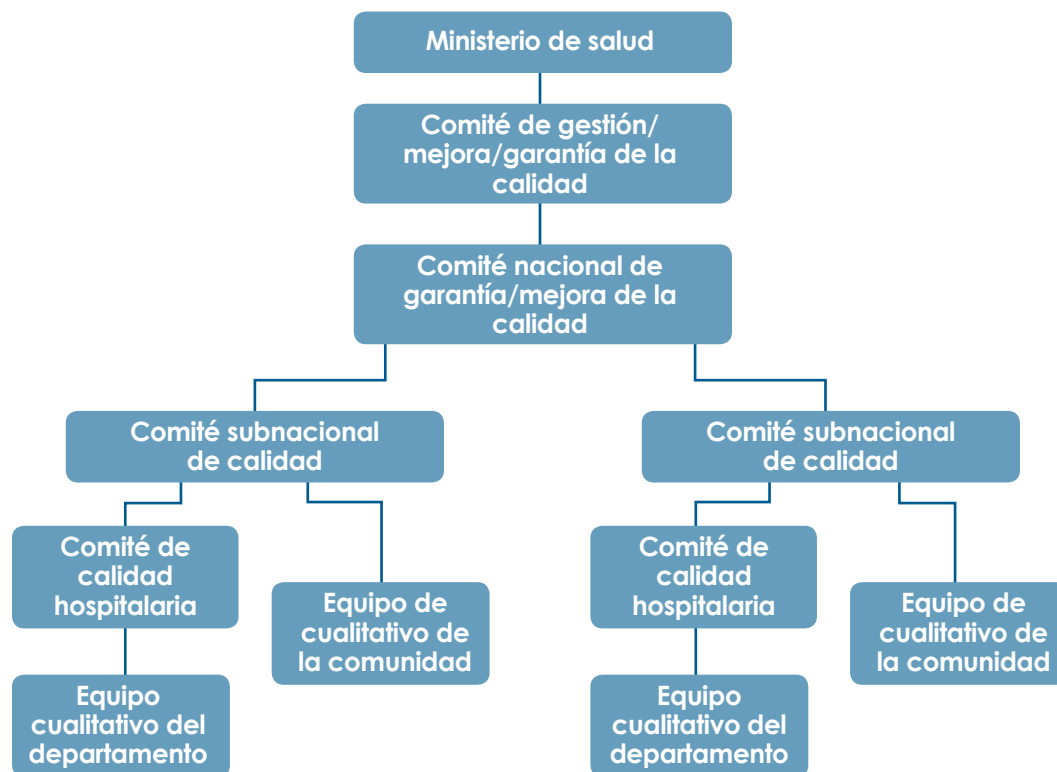
5. Gobernanza y estructura orgánica para la mejora de la calidad

Deben tenerse en cuenta dos estructuras de gobernanza. La primera consiste en la estructura de gobernanza que creará, establecerá y hará cumplir la directiva nacional de política sobre calidad. La segunda es la gobernanza y estructura orgánica sobre las que recaerá la responsabilidad de aplicar la estrategia y asegurar su fin previsto. En la parte I se examinó la primera estructura, mientras que la presente sección se centrará más en la segunda.

Los que participan en la redacción de la estrategia generalmente desempeñan papeles tácticos para facilitar su aplicación. Esto requiere definir unas funciones y responsabilidades claras de las personas y organizaciones concretas clave que supervisarán los aspectos particulares de la estrategia y la pondrán en práctica sobre el terreno.

La gobernanza de la estrategia también dependerá del liderazgo y la gestión consagrados, en particular para las iniciativas de nivel nacional que se proponen llegar a las regiones, establecimientos y comunidades locales. El flujo de la comunicación debe seguir un camino claro, del centro a los puntos finales descentralizados, y viceversa; la definición de las estructuras de gobernanza puede ayudar a que los garantes de la mejora de la calidad y los encargados de las instalaciones de ámbito local se inspiren significativamente en los procesos subnacionales y nacionales. Los mecanismos existentes para el liderazgo, promoción y comunicación deberían facilitar la aplicación estratégica de la política para evitar sistemas paralelos. En caso de que no existan estos medios, se aconseja encarecidamente que se establezcan y se incorporen en un plan estratégico y luego se institucionalicen. Los organigramas son importantes como una herramienta visual que ayuda tanto a los actores internos como a los externos a comprender el proceso y el flujo de la estructura de gobernanza (véase el Compendio para un ejemplo de organigrama) (figura 2).

Figura 2. Organigrama ilustrativo de los esfuerzos nacionales de calidad



Para ayudar al equipo de elaboración de las estrategias a evaluar los actuales activos y déficits de gobernanza y a conceptualizar la estructura deseada, puede ser útil tener en cuenta las siguientes preguntas.

¿Quién es actualmente responsable de las funciones relacionadas con la calidad?

Esto puede abordarse durante el análisis de la situación y la definición de los aspectos del proceso relativos a la participación de los interesados directos, pero a menudo se obtendrá una imagen compleja o poco clara. Cabe destacar que puede ser importante aclarar las relaciones entre los

ministerios de salud, los organismos de acreditación o expedición de licencias y los organismos profesionales, así como qué acuerdos existen para gestionarlos. Puede ser útil identificar no solo las personas y organizaciones responsables en todo el sistema, sino también los recursos y el poder que tienen a su disposición para cumplir estas responsabilidades. Así pues, la estrategia puede usarse para definir las funciones y responsabilidades, colmar los vacíos importantes, hacer planes para la asignación adecuada de recursos y describir cómo colaborará el sistema.

¿Existe un organigrama?

Los organigramas pueden ser una herramienta útil para planificar los procesos, la rendición de cuentas y el flujo de información dentro de un sistema de salud. Es posible que existan organigramas que indiquen cómo se organizan los esfuerzos nacionales de calidad actuales o cómo se adecúan al sistema de salud más amplio. Como parte del proceso de participación de los interesados directos, puede resultar útil determinar si existe un conocimiento común de las estructuras de calidad en todo el sistema, ya que diferentes actores pueden tener perspectivas distintas. Cuando se planifica la estrategia, es útil acordar y publicar un organigrama, y alentar a repetir este ejercicio a los niveles subnacional y de establecimiento como un medio de definir las funciones y responsabilidades. La confirmación de estos organigramas también puede usarse para promover la discusión sobre cómo funcionará cada relación dentro de la estructura y estudiar si es necesario implantar algunas medidas para fortalecer cada organismo designado.

¿Existe una rendición de cuentas clara con respecto a la calidad en todos los niveles de la prestación de servicios?

Esto requiere examinar qué significa la rendición de cuentas en los diferentes niveles del sistema de salud, cómo se mide la calidad de la atención para facilitar la rendición de cuentas, y qué medidas existen o son factibles para abordar las deficiencias en la atención identificadas mediante procesos de rendición de cuentas. Abordar esta pregunta puede revelar la necesidad de que la estrategia establezca nuevos mecanismos de rendición de cuentas o fortalezca los actuales y puede ayudar a garantizar la aplicación de la estrategia a todos los niveles. En este punto, es importante reconocer que la rendición de cuentas no es un proceso unidireccional, y que para desarrollar la estructura y los procesos de gobernanza es necesario asegurar que faciliten tanto la gestión del desempeño de arriba abajo como el fortalecimiento de nexos de abajo arriba entre los equipos, los organismos subnacionales y las autoridades nacionales encargados de mejorar la calidad.

¿Cuáles son las responsabilidades específicas de cada organismo o cargo principal?

La respuesta a esta pregunta nuevamente puede formar parte de los aspectos del proceso relativos a la participación de los interesados directos o al análisis de la situación. En particular, puede ser útil no solo determinar la situación actual, sino también identificar cualesquiera deficiencia o problema en relación con las funciones y responsabilidades necesarias de los elementos principales previstos de la estrategia. En concreto, será útil examinar las funciones, mandatos y capacidades de las asociaciones profesionales, los consejos y los organismos oficiales similares, incluidas sus relaciones con el ministerio de salud, los proveedores y entre sí.

¿Qué recursos existen y se requerirán?

El cambio institucional y el fortalecimiento de la capacidad orgánica en todo el sistema de salud pueden requerir considerables recursos. Es útil determinar qué recursos están actualmente disponibles para apoyar los esfuerzos de gobernanza, incluso dentro de los presupuestos existentes de los interesados directos clave (por ejemplo, organismos profesionales) y cómo puede priorizarse el uso de dichos recursos, si se considera necesario.

¿El entorno legislativo actual es adecuado para apoyar la estrategia?

El funcionamiento satisfactorio de la estructura de gobernanza propuesta depende de un entorno legislativo propicio. Es posible que esto ya exista en forma de legislación específica del sector de la salud, las responsabilidades estatutarias de los organismos profesionales y normativos, y el precedente legal establecido sobre cuestiones fundamentales. No obstante, puede argumentarse a favor de la revisión o fortalecimiento de las leyes existentes o la creación de nuevos instrumentos jurídicos para permitir la aplicación eficaz de la estrategia. Esto puede ser un proceso difícil o prolongado, y ciertamente no puede ser una prioridad inicial, pero dentro del proceso de elaboración de la estrategia es importante tener en cuenta la repercusión del entorno legislativo actual y el valor potencial de cualquier mejora.

¿Cómo están representadas las comunidades, las organizaciones de pacientes y las organizaciones de carácter religioso y comunitario dentro de las estructuras existentes de gobernanza del sistema de salud?

Aunque las estructuras de gobernanza varíen en su composición, un grupo particular que debería estar representado en ellas es la "comunidad", es decir, la población general o los beneficiarios de la estrategia de calidad. Aunque el apoyo de las estructuras de liderazgo y gobierno es importante, los usuarios finales son un contribuyente esencial para el proceso más amplio de mejora de la calidad. Es importante disponer de un mecanismo para incluir esa opinión en la elaboración de la estrategia, pero su presencia es igualmente importante cuando se aplica la estrategia y para asegurar la rendición de cuentas. En toda la estructura de gobernanza propuesta deberían incorporarse mecanismos para la participación de la comunidad; esto requiere actividades específicas para fortalecer la capacidad del sistema de salud de facilitar la participación. Las cartas de derechos del paciente pueden ser una herramienta para ayudar a potenciar el papel de interconexión de los pacientes y las familias a nivel de la comunidad. Esto debería ajustarse a las leyes y reglamentos existentes de carácter local, regional y nacional que protegen la salud de los consumidores. También debería tenerse en cuenta la inclusión sistemática de representantes de las comunidades en los organismos de gestión sanitaria de ámbito nacional, subnacional y de establecimiento; además, tendría que haber un mecanismo para evaluar la retroalimentación del nivel de la comunidad. En la subsección 8, más adelante, sobre los indicadores y medidas básicas de la calidad, se ofrecen más detalles con respecto a los mecanismos de retroalimentación y seguimiento.

Resumen: gobernanza y estructura orgánica para mejorar la calidad

| Medidas para el equipo de elaboración de la estrategia | Contenido del documento de estrategia |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Estudiar detenidamente las preguntas planteadas anteriormente para garantizar el examen eficaz de las estructuras de gobernanza y orgánicas propuestas para mejorar la calidad • Adoptar medidas apropiadas y prácticas para asegurar la rendición de cuentas • Identificar los mecanismos para hacer cumplir la aplicación de la estrategia en los diferentes niveles del sistema de salud | <ul style="list-style-type: none"> • Especificación de los arreglos de gobernanza y rendición de cuentas para la estrategia, incluidos el organigrama si fuera apropiado y una declaración explícita de la función de la comunidad |

6. Métodos e intervenciones para mejorar la calidad

La estrategia puede definirse como un plan adoptado para lograr un futuro deseado en que se alcancen metas particulares. La planificación estratégica tendrá que identificar las intervenciones de mejora de la calidad que pueden abordar las prioridades nacionales y alcanzar las metas explícitas de calidad. La selección de las intervenciones de mejora de la calidad debe ir acompañada de un plan de ejecución que sea práctico, eficaz y sostenible.

La tarea de elaborar y aplicar una estrategia nacional cada vez más puede basarse en una creciente base empírica sobre la repercusión de intervenciones específicas y combinadas. La bibliografía sobre la investigación de servicios de salud, medicina clínica y ciencias sociales incluye un gran número de intervenciones que varían mucho en cuanto a los supuestos subyacentes, los recursos necesarios y el contexto en el cual se han ejecutado. Sin embargo, gran parte de los datos probatorios publicados proceden de los países de ingresos más elevados y deben examinarse cuidadosamente basándose en los distintos contextos de los países, regiones, estados o provincias, y comunidades. Lamentablemente, en los países de ingresos bajos y medianos los datos probatorios todavía son escasos, y a menudo se centran más en los aspectos estructurales de la calidad, como la reserva de medicamentos, que no necesariamente arroja luz sobre la calidad de la atención médica (16). Por consiguiente, es importante comprender que se trata de un proceso iterativo y en evolución que requiere evaluar de forma continuada el desempeño de las intervenciones y mecanismos en cuanto a la mejora de los resultados de salud identificando al mismo tiempo los que no tienen resultados positivos o que incluso pueden estar teniendo consecuencias negativas y no deseadas. Aun reconociendo las lagunas existentes en los datos probatorios, sigue siendo posible aplicar la experiencia, el conocimiento y la ciencia disponibles para identificar las intervenciones con mayor probabilidad de producir mejoras en la calidad. Este enfoque destaca el valor de la elaboración de estrategias basada en la ejecución, en que la estrategia puede ser un documento dinámico que incorpora la experiencia real de la ejecución y los esfuerzos anteriores de mejora de la calidad. Es posible que en algunos países los garantes locales y los equipos de las instalaciones ya estén trabajando para la mejora de la calidad, que pueden ser una fuente de información local sobre lo que tiene probabilidad de dar resultado, y en esos lugares los desafíos pueden encontrarse en el uso de determinadas intervenciones. Habida cuenta de los datos probatorios a menudo limitados sobre las intervenciones, la elaboración de un programa activo de aprendizaje es una función de apoyo fundamental para un programa nacional de calidad. Dentro de la estrategia, debería examinarse cómo pueden obtenerse los datos probatorios y cómo puede asimilarse, documentarse y compartirse mejor el aprendizaje.

Recuadro 13. Evaluación externa, concesión de licencias y certificación

A medida que los gobiernos financian los esfuerzos en pro de la cobertura universal de salud, crece la exigencia de que se evalúe y garantice la calidad de los servicios pagados con fondos públicos. **La evaluación externa**, como la acreditación, puede consistir tanto en la autoevaluación como en la revisión externa del desempeño con arreglo a las normas, y a menudo es un paso inicial en los esfuerzos nacionales para mejorar la calidad. **La concesión de licencias** consiste en un proceso reglamentario respaldado por el gobierno para conceder permisos y determinar el alcance de la práctica asistencial de una persona u organización, generalmente previo a la acreditación. **La certificación** proporciona el reconocimiento —del Estado o las entidades privadas o no gubernamentales— de las organizaciones, personas, procesos u objetos que reúnen las condiciones establecidas para el proceso de certificación.

Puede consultarse la Sociedad Internacional para Calidad en la Atención de la Salud (<https://isqua.org>) para más información.

Si bien cada país tendrá diferentes intervenciones y actividades, existen diversos conceptos de alto nivel que son pertinentes para los sistemas de atención de salud de todas las naciones y pueden ayudar a comunicar y organizar una estrategia nacional. Aunque no son los únicos, a continuación se describen tres enfoques prácticos para concebir, organizar y llevar a cabo intervenciones en materia de calidad impulsadas por los países:

- trilogía de Juran: un concepto para comprender el “panorama global”;
- selección de intervenciones: definición de la finalidad, el tipo de acción y la intervención diferenciada;
- enfoque nacional de múltiples niveles: diseño de las medidas en todos los niveles del sistema de salud.

La trilogía de Juran: el panorama global

Un concepto generalmente citado en las iniciativas para mejorar la atención de salud es la trilogía de Juran, que comprende tres enfoques independientes pero relacionados que deben estar presentes en una estrategia nacional: la planificación de la calidad, el control de calidad y la mejora de la calidad.¹ Se trata de una estructura útil para conceptualizar los diferentes ámbitos que pueden abordarse cuando se seleccionan las intervenciones. En el contexto de la salud, la trilogía de Juran destaca la necesidad de una planificación y formulación nacionales coherentes de políticas para marcar el rumbo, acompañadas de métodos operativos para asegurar que los procesos fundamentales de la prestación de servicios de salud estén concebidos para funcionar y que los niveles deseados de desempeño se estén alcanzando y sean sostenidos.

Este concepto puede ser particularmente útil para las naciones mientras establecen sus estrategias de calidad, reconociendo que las tres funciones —planificación, control y mejora— son necesarias y complementarias. Por ejemplo, en el desarrollo de su estrategia nacional de calidad de la atención de salud, Liberia utilizó los tres componentes de la trilogía de Juran para examinar los esfuerzos anteriores y en curso de mejora de la calidad del sector de la salud y orientar hacia dónde dirigir los recursos para las prioridades identificadas. Aunque históricamente la mejora de la calidad por lo general ha prevalecido en los programas nacionales de calidad, es importante que los métodos e intervenciones aborden los tres imperativos —planificación, control y mejora— de una manera complementaria. Por ejemplo, la reducción de las infecciones relacionadas con la atención de salud no es probable que sea posible sin contar con unas políticas adecuadas (planificación), unos mecanismos sólidos de prevención y control de las infecciones debidamente coordinados (control) y unos enfoques apropiados para modificar los comportamientos institucionales e individuales (mejora).

¹ En el glosario se proporcionan las definiciones de planificación de la calidad, control de calidad y mejora de la calidad.

Recuadro 14. Aplicación de la trilogía de Juran para guiar la selección de intervenciones

Planificación de la calidad

- ¿Cómo pueden obtenerse las opiniones de los pacientes y el proveedor para planificar las iniciativas en materia de calidad?
- ¿Qué productos y políticas nuevas se requieren en los diferentes niveles del sistema de salud?

Control de calidad

- ¿Existen normas o pautas publicadas?
- ¿Qué sistemas pueden usarse para promover y asegurar el desempeño del proveedor y el sistema?

Mejora de la calidad

- ¿Qué capacidad tienen los diferentes niveles del sistema de salud para identificar y corregir las deficiencias en el desempeño?

Selección de intervenciones

El mayor reto para preservar y mejorar la calidad es la selección adecuada de las "intervenciones", es decir, las políticas, programas, estructuras y otras actuaciones ejecutadas en todos los niveles del sistema de salud para influir en los resultados en materia de salud. Esto es sin duda una tarea difícil para todos los países, por múltiples razones:

- Los datos probatorios suelen ser difíciles de interpretar por lo que respecta a la eficacia y la repercusión de las intervenciones.
- Las ideologías y creencias suelen prevalecer sobre los datos probatorios, incluso donde éstos estén disponibles.
- Es posible que no se disponga fácilmente de pericia para elaborar intervenciones específicas.
- Los interesados directos pueden oponerse a ciertas medidas (como la información pública de los datos de desempeño).
- Quizá no se disponga de recursos.

El universo de intervenciones para influir en la calidad es vasto y difícil de conceptualizar plenamente. La organización de esas intervenciones puede mejorar el entendimiento común y propiciar mejores elecciones entre las intervenciones interdependientes disponibles en todos los países y sistemas de salud. Sabemos que no existe ninguna fórmula milagrosa o solución infalible y que para que prevalezca la mejora de la calidad se necesita una combinación de intervenciones usadas simultáneamente en una estrategia complementaria e integrada.

“Una intervención para mejorar la calidad es un proceso de cambio en los sistemas de salud, servicios o proveedores a efectos de aumentar la probabilidad de conseguir una calidad clínica óptima de la atención medida por resultados positivos en materia de salud para las personas y poblaciones”

(Organismo de Investigación y Calidad de la Asistencia Sanitaria)

La lista de intervenciones ilustrativas que figura en el cuadro 3 se ha seleccionado por diversas razones. Las intervenciones citadas relacionadas con la calidad son pertinentes en una amplia gama de países de todo el mundo; generalmente se consideran como opciones para la acción; disponen de algunos datos probatorios para guiar la selección y usarla; son intuitivamente razonables; y pueden ejecutarse a múltiples niveles, desde los pequeños consultorios de atención primaria al nivel de un programa nacional.

Dicho esto, las intervenciones en materia de calidad deben examinarse detenidamente. La lista presentada no es en absoluto exhaustiva; existen otras intervenciones que fácilmente se podrían haber incluido. Este conjunto de intervenciones se ha seleccionado por su repercusión potencial sobre la calidad por cuanto reducen los daños, mejoran la prestación de los servicios de salud de primera línea y fortalecen la capacidad de todo el sistema para mejorar la calidad. Las intervenciones ilustrativas tienen por objeto indicar algunas de las opciones y posibilidades al alcance de los gestores, los profesionales o las instancias normativas que se proponen mejorar la calidad de la atención. Las intervenciones se presentan del modo más sencillo posible, destacando las cuestiones más importantes. Sin embargo, ninguna de ellas es fácil de ejecutar, y no deberían estimarse de forma aislada, pues algunas de ellas están interrelacionadas y por lo tanto si se ejecutan en combinación pueden tener mayor repercusión.

A medida que crece el número de países que procuran mejorar la calidad de la atención, es previsible que surjan más datos probatorios específicos de cada contexto, de modo que se recomienda que al seleccionar las intervenciones se tomen en consideración los datos probatorios, la experiencia y los conocimientos contextualizados más recientes.

Cuadro 3. Intervenciones ilustrativas para mejorar la calidad

| Intervención | Definición y aplicación |
|----------------------------|---|
| Entorno del sistema | <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="581 890 1414 1016">• El registro y la concesión de licencias de médicos y otros profesionales de la salud, y de organizaciones sanitarias, a menudo se consideran un factor determinante y un pilar fundamental de un sistema de salud con buen desempeño. <li data-bbox="581 1031 1414 1157">• La evaluación y la acreditación externas son el reconocimiento público, por un organismo externo (sector público, sin fines de lucro o con fines de lucro), del nivel de desempeño de una organización de acuerdo con un conjunto básico de normas preestablecidas. <li data-bbox="581 1171 1414 1402">• La gobernanza clínica es un concepto usado para mejorar la gestión, rendición de cuentas y prestación de la atención de salud de calidad. Incorpora la auditoría clínica; la gestión clínica de riesgos; la participación de pacientes o usuarios de servicios; la educación y el desarrollo profesionales; la investigación y el desarrollo clínicos eficaces; el uso de los sistemas de información; y los comités institucionales de buena gestión clínica. <li data-bbox="581 1417 1414 1606">• La notificación pública y la evaluación comparativa constituyen una estrategia que a menudo se usa para mejorar la transparencia y la rendición de cuentas con respecto a la calidad y el costo en el sistema de salud proporcionando información comparativa sobre el desempeño a los consumidores, los contribuyentes, las organizaciones de atención de salud y los proveedores. <li data-bbox="581 1621 1414 1852">• El financiamiento y la contratación basados en el desempeño son unas condiciones generales para el pago de los proveedores de servicios de salud basadas en alguna serie de medidas de desempeño. Cada vez más se usan como mecanismos de promoción de la calidad. A menudo el contingente en función del desempeño es un subcomponente del pago total, que puede basarse en una serie de fuentes externas de financiación. |

| | |
|--------------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • La capacitación y la supervisión de la fuerza laboral figuran entre las intervenciones más comunes para mejorar la calidad de la atención de salud en los países de ingresos bajos y medianos. • La reglamentación de los medicamentos para garantizar la calidad, inocuidad y eficacia de los medicamentos, vacunas y dispositivos médicos es fundamental para un sistema de salud operativo. La reglamentación, incluida la farmacovigilancia, se utiliza para eliminar los medicamentos deficientes y falsificados sobre la base de las normas internacionales. |
| Reducción de daños | <ul style="list-style-type: none"> • La inspección de las instituciones para el cumplimiento de las normas mínimas de seguridad puede usarse como un mecanismo para asegurar que existen una capacidad y unos recursos básicos para mantener un entorno clínico seguro. • Los protocolos de seguridad, como los de higiene de las manos, abordan muchos riesgos evitables que amenazan el bienestar de los pacientes e infligen sufrimiento y daño. • Las listas de verificación de la seguridad como la Lista de Verificación de las Prácticas Quirúrgicas Seguras y la Lista de Verificación de la Atención Traumatológica, ambas de la OMS, pueden tener una repercusión positiva sobre la reducción tanto de las complicaciones clínicas como de la mortalidad. • La notificación de eventos adversos documenta un suceso médico no deseado en un paciente resultante de servicios de salud específicos o durante las entrevistas médicas de pacientes en un entorno de atención de salud. Debe vincularse a un sistema de aprendizaje. |
| Mejora de la atención clínica | <ul style="list-style-type: none"> • Las herramientas de apoyo a la toma de decisiones clínicas proporcionan el conocimiento y la información específica del paciente (automatizada o en documentos impresos) en los momentos apropiados para mejorar la prestación de los servicios de salud de primera línea. • Las normas, vías y protocolos clínicos son herramientas para guiar la atención de salud basada en datos probatorios que se han utilizado internacionalmente durante décadas. Las vías clínicas se usan cada vez más para mejorar la atención de diversas enfermedades con gran número de pacientes. • La auditoría y la retroalimentación clínicas consisten en una estrategia para mejorar la atención del paciente mediante el seguimiento de la observancia de las normas y pautas explícitas sumada a la facilitación de retroalimentación aplicable sobre la práctica clínica. • Las revisiones de la morbilidad y la mortalidad proporcionan a los clínicos un mecanismo de aprendizaje basado en la colaboración y un proceso de examen transparente para examinar su práctica e identificar las esferas de mejora, como los resultados en los pacientes y los eventos adversos, sin temor a la culpabilidad. • Los ciclos de mejora basados en la labor y la colaboración de equipo son un método formalizado que reúne a múltiples equipos de los hospitales o dispensarios para colaborar en torno a la mejora de un área temática específica durante un período de tiempo establecido. Los mecanismos de aprendizaje mutuo ocupan un lugar cada vez más destacado en los centros de salud. |

Participación y empoderamiento del paciente, los familiares y la comunidad

- **La participación y el empoderamiento formalizados de la comunidad** consisten en la contribución activa y deliberada de los miembros de la comunidad a la salud de la población de una comunidad y al desempeño del sistema de prestación de servicios de salud. Puede utilizarse como un mecanismo adicional de rendición de cuentas.
- **Los conocimientos sobre la salud** son la capacidad de obtener y comprender la información sanitaria básica requerida para tomar decisiones apropiadas de salud por parte de los pacientes, las familias y las comunidades más amplias de manera sistemática. Están íntimamente vinculados con la calidad de la atención.
- **La toma de decisiones compartida** suele emplearse para adaptar más apropiadamente la atención a las necesidades y prioridades de los pacientes, con el objetivo de mejorar el cumplimiento de los pacientes y reducir al mínimo la atención futura innecesaria.
- **El apoyo de los pares y los grupos de pacientes expertos** vinculan a las personas que viven con afecciones clínicas similares con miras a compartir conocimientos y experiencia. Crean el apoyo emocional, social y práctico para mejorar la atención clínica.
- **La experiencia de la atención por parte de los pacientes** ha recibido una atención significativa como base para idear mejoras en la atención clínica. Las medidas informadas por el paciente son importantes en sí mismas; los pacientes que tienen una mejor experiencia están más comprometidos con su atención, lo que puede contribuir a mejorar los resultados.
- **Las herramientas de autogestión de los pacientes** son tecnologías y técnicas usadas por los pacientes y las familias para gestionar los problemas de salud fuera de las instituciones médicas formales. Cada vez más se consideran un medio para mejorar la atención clínica.

Enfoque nacional de múltiples niveles para mejorar la calidad

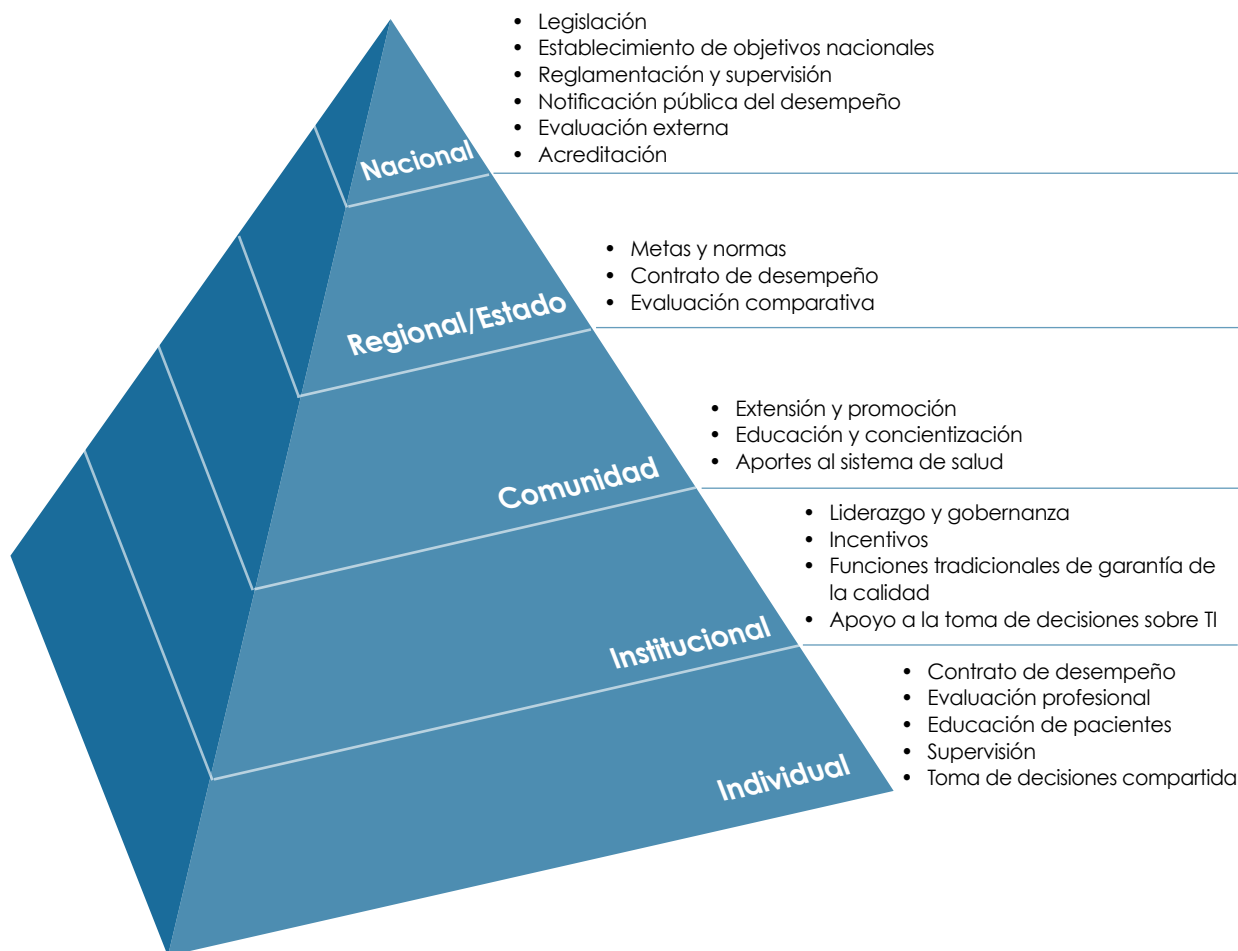
La responsabilidad de la calidad de los servicios de salud corresponde a distintos niveles jerárquicos en todos los países. En general, existen al menos cinco niveles en los que se desarrollan actividades y se rinden cuentas de la calidad (17-19), aunque pueden identificarse otros niveles según cada entorno particular, como en los países con significativa gestión subregional de los sistemas de salud. Al seleccionar las intervenciones, puede realizarse un ejercicio para identificar las funciones necesarias por nivel del sistema de salud, ayudando a asegurar unas estrategias que sean integrales y localmente apropiadas. Los cinco niveles pueden describirse de la siguiente manera (figura 3):

- Las funciones del nivel nacional incluyen la formulación de políticas, el establecimiento de infraestructuras, la dotación de recursos y la rendición de cuentas al público.
- A un nivel subnacional (región, provincia, estado), generalmente se establecen funciones de racionalización de la política nacional de acuerdo con las necesidades contextuales de una región, así como de macrogestión y seguimiento del desempeño.
- Las comunidades suelen ser especialmente capaces de actuar en el interés colectivo de los pacientes y ciudadanos individuales dándoles voz, desempeñando funciones de gobernanza dentro de los mecanismos de la sociedad civil, y vigilando y asegurando la rendición de cuentas.

- Las entidades institucionales como los hospitales, clínicas y dispensarios son responsables de la buena gobernanza, la eficacia en las actividades y la gestión para satisfacer las necesidades de los pacientes, las familias y la comunidad.
- Las entrevistas individuales entre el trabajador de salud y el paciente son donde la atención debe ser eficaz, segura y centrada en las personas.

Algunas funciones pueden evidenciarse en múltiples niveles, como el programa de aprendizaje, el liderazgo y la gestión de datos.

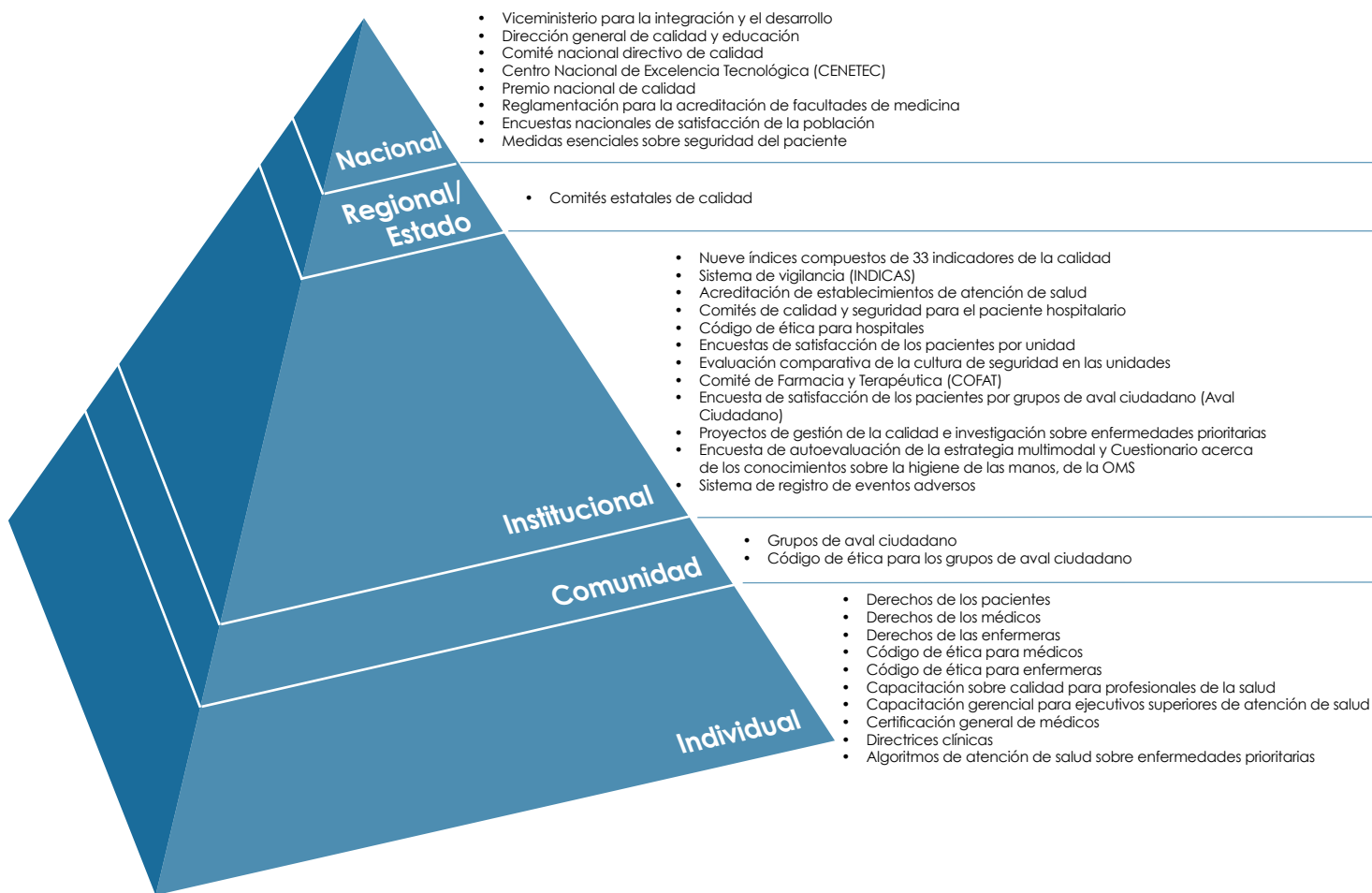
Figura 3. Actividades ilustrativas en cinco niveles de jerarquía



Fuente: Adaptado de Leatherman y Sutherland.

La figura 4 muestra un ejemplo de "pirámide" de los niveles en un sistema de salud extraído del proyecto de estrategia nacional de calidad de México, publicado en el 2016. El marco para las intervenciones puede aplicarse a una pirámide de estas características para comprender cómo crean una estrategia integral de todo el sistema para la mejora de la calidad las actividades específicas de los cinco niveles.

Figura 4. Marco de las intervenciones en cada nivel de jerarquía: México



Fuente: Estrategia nacional de calidad, México, 2016.

| Resumen: intervenciones para la mejora de la calidad | |
|---|--|
| Medidas para el equipo de elaboración de la estrategia | Contenido del documento de estrategia |
| <ul style="list-style-type: none"> • Planificar el proceso de selección de las intervenciones para la mejora de la calidad. Esto puede incluir el examen de los datos probatorios actuales; la participación de los interesados directos para recabar el conocimiento de la ejecución en curso; y el uso de enfoques como la trilogía de Juran además de aportaciones técnicas de expertos | <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de las intervenciones elegidas y de cómo abordan las prioridades identificadas |

- Determinar las intervenciones en función de los objetivos y prioridades identificados para asegurar que las medidas se dirigen a cumplirlos
- Realizar un análisis detallado de las intervenciones ilustrativas para garantizar que sean prácticas y factibles
- Identificar quién es responsable de la ejecución
- Descripción detallada de las intervenciones, incluidos los requisitos de recursos, los plazos y la responsabilidad de la ejecución; esto puede detallarse más en un plan operativo

7. Sistemas de información sobre la gestión sanitaria y sistemas de datos sobre salud

Los sistemas de información sanitaria son un componente necesario para la transformación de la prestación de servicios sanitarios (20), que es el objetivo fundamental de cualquier estrategia nacional de calidad. Por consiguiente, para la elaboración de una estrategia de calidad es primordial tener un conocimiento sólido de los sistemas de datos. La mejora de la calidad siempre depende de la disponibilidad de datos de medición del desempeño precisos y claros, sea a nivel de profesionales y proveedores individuales o a un nivel más amplio de la población. Por lo tanto, la elaboración de una estrategia nacional de calidad implicará inevitablemente insistir en la disponibilidad de sistemas necesarios para la recopilación, medición y notificación de datos y de retroinformación para la mejora.

La mayoría de los países de todo el mundo, incluidos muchos de ingresos elevados, reconocen que sus fuentes de datos y métodos de medición de los sistemas de información sanitaria no son ideales. Por el contrario, también es cierto que siempre se dispone de suficientes datos como para al menos empezar. Generalmente existen en alguna forma y hasta cierto punto entradas de datos esenciales, pero su exhaustividad y precisión son desiguales entre zonas geográficas y niveles del sistema de salud; por ejemplo, los datos hospitalarios suelen ser mejores que los de la atención primaria. El recuadro 15 proporciona las preguntas ilustrativas que pueden plantearse para evaluar las fuentes de datos actuales.

Recuadro 15. Preguntas ilustrativas clave para evaluar las fuentes de datos actuales

- ¿Cuáles son las fuentes de datos actuales sobre atención de salud (por ejemplo, sistemas de información sobre la gestión sanitaria, donantes)?
- ¿Son precisos y exhaustivos los datos?
- ¿Qué métricas están siendo recopiladas en cada fuente de datos?
- ¿Qué factores deben estimarse cuando se usan los expedientes médicos de pacientes (por ejemplo, disponibilidad, precisión)?
- ¿Qué "círculo" siguen los datos (quién los reúne, con qué finalidad y dónde se notifican)?
- ¿Disponen de retroalimentación los establecimientos y los proveedores particulares?
- ¿Existe algún marco de medición?
- ¿Qué normas o protocolos de atención existentes cuentan con métodos de medición específicos por objetivos numéricos?

La retroalimentación y la notificación de datos están evolucionando rápidamente en todo el mundo, con un aumento de las expectativas públicas de transparencia y rendición de cuentas con respecto a los sistemas de salud. Habida cuenta de la complejidad, el costo y la buena voluntad en juego a la hora de evaluar y notificar los datos de desempeño, es fundamental establecer objetivos y principios claros, como a) el destinatario principal previsto (por ejemplo, reguladores, proveedores, pacientes que resultarán afectados o estarán implicados); b) el uso previsto (por ejemplo, por proveedores para mejorar la atención del paciente, o por reguladores para evaluar la observancia de las normas); y c) la protección de datos (por ejemplo, protección de proveedores particulares contra su divulgación e identificación por los datos de desempeño, a la vez que también se equilibra la rendición de cuentas en el sistema).

Abordar los déficits en cuanto a datos y las complejidades de los sistemas de información sobre la salud puede abrumar rápidamente a los responsables de la elaboración y aplicación de un sistema de información capaz de apoyar la estrategia nacional de calidad. En esta etapa las instancias normativas y los estrategias requerirán significativas aportaciones técnicas. Descomponer la tarea en elementos manejables puede ayudar a definir la acción estratégica. Esto implica el conocimiento del estado actual, la definición del estado ideal y posteriormente la elaboración de un plan para enlazar el estado actual con el estado ideal futuro relacionados con los datos y su medición en los diversos niveles del sistema de salud.

Estado actual y medición de los datos en los diversos niveles del sistema de salud

El primer paso consiste en determinar qué datos se están recopilando y cómo puede accederse a ellos y, de manera importante, cómo pueden conectarse entre sí (interoperabilidad) para que pueda medirse la calidad en todas las esferas. Por ejemplo, se requieren nexos entre la cadena de suministro, el agotamiento de las existencias a nivel de establecimiento y la calidad de la prestación de cuidados. Una importante fuente potencial de datos para vigilar la calidad es el sistema de información sobre la gestión sanitaria (HMIS), que puede adoptar la forma de un sistema electrónico que es posible consultar para acceder a una serie de datos de los distintos niveles del sistema de salud (por ejemplo, el sistema de información sobre la salud en los distritos (DHIS 2), de uso extendido). Otros datos recopilados de forma sistemática para medir e identificar las deficiencias en la mejora de la calidad podrían incluir las visitas de supervisión de datos o los datos financieros relativos a los seguros. Otras fuentes de datos útiles que los recogen menos sistemáticamente incluyen las encuestas normalizadas para medir la disponibilidad de instalaciones (por ejemplo, evaluación de la prestación de servicios, evaluación de la disponibilidad de servicios, indicadores de la prestación de servicios), las encuestas domiciliarias sobre la cobertura de los servicios o enfermedades específicas (por ejemplo, la encuesta de indicadores múltiples por conglomerados, la encuesta sobre el agua, saneamiento e higiene) o las fuentes de datos que son más amplias (por ejemplo, las encuestas de demografía y salud). Además, puede disponerse de sistemas de notificación de datos especiales que respaldan la mejora, por ejemplo, las encuestas locales de salud que abordan más detalladamente cuestiones particulares. El recuadro 16 ofrece un resumen de las diversas fuentes de medición de la calidad disponibles en la mayoría de los países o en todos ellos.

Recuadro 16. Fuentes potenciales de medición de la calidad disponibles en muchos países

Expedientes médicos de pacientes particulares (documento o electrónico)

Sistema de información sistemática sobre la gestión sanitaria

Encuestas basadas en establecimientos de salud:

- encuesta nacional muestreada normalizada
- encuestas sistemáticas de supervisión o seguimiento
- evaluación, inspección y acreditación externas

Encuestas domiciliarias

Programas de seguros

Cuestionarios de pacientes y público, y revisiones o registros en línea

Encuestas de médicos (establecimiento o comunidad)

Otros datos recopilados sistemáticamente, incluidas las evaluaciones de desempeño y la supervisión basada en el apoyo

No obstante, hay algunas esferas que suelen carecer de datos en las fuentes de datos existentes. Entre esas esferas figuran la experiencia de calidad y satisfacción del paciente; la competencia de los trabajadores de salud; la gestión, coordinación y continuidad de los centros de salud; la calidad en el sector privado; y la calidad de la atención prestada a nivel de comunidad. La labor para asegurar que esas esferas se midan más sistemáticamente es un aspecto importante para fortalecer el H MIS como parte de una estrategia integral de calidad.

Cuando se evalúa el estado actual de los datos y los sistemas de medición, es importante tener en cuenta no solo qué fuentes existen, sino también cómo se están usando los datos. Por ejemplo, ¿en qué niveles del sistema de salud se reúnen y analizan los datos, y existe retroalimentación para el sistema con miras a facilitar la modificación de los comportamientos, objetivos, prioridades y medidas? También es importante comprobar si las diversas partes del sistema actual, incluidos los sistemas de datos de los programas contra enfermedades particulares, son complementarios y compatibles y si los datos contradictorios o repetitivos de los diferentes interesados directos suponen una carga para el sistema.

Determinar cómo debería ser el estado "ideal"

Para apoyar la estrategia nacional de calidad se necesitan cinco capacidades básicas integradas de análisis y generación de informes:

- un sistema jerárquico nacional de recopilación de datos y de notificación (H MIS);
- conjuntos de datos que reflejan el estado de la calidad en los diferentes niveles del sistema de salud;
- sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas y de gestión del conocimiento para la fuerza laboral;
- sistema de seguimiento y retroalimentación de la calidad para evaluar el desempeño individual con respecto a las normas u objetivos y los datos de evaluación comparativa;
- notificación de la transparencia y la rendición de cuentas.

Los equipos de elaboración de estrategias, apoyados por los datos y los especialistas en información, pueden identificar los requisitos mínimos del sistema de información para cada una de estas capacidades, con remisiones a las prioridades identificadas para la estrategia.

Formulación de un plan para enlazar el estado actual y el estado ideal futuro

No es preciso esperar a "corregir" los sistemas de información imperfectos y las deficiencias en los datos que son ubicuos. Es posible empezar con lo que está disponible mientras se trabaja en un plan definido a largo plazo para la evolución necesaria de la recopilación y análisis de datos. Si bien los sistemas existentes de información sanitaria y de datos, aunque sean limitados, pueden orientar la determinación de las prioridades y la elaboración de la estrategia, también pueden implantarse planes, como parte de la estrategia, para el fortalecimiento adicional de los sistemas de datos con miras a colmar cualquier laguna entre las fuentes actualmente disponibles y las que se necesitan para el estado ideal. Es obvio que el logro del estado ideal puede implicar un proceso complejo que requiere muchos recursos, de manera que dichos planes pueden tener que priorizar el desarrollo de nuevos sistemas necesarios para conseguir la aplicación satisfactoria de la estrategia de calidad, y deberían evaluar los recursos requeridos. En lugar de crear nuevos procesos puede concederse prioridad a las medidas que fortalecen los sistemas existentes, así como a las que son fundamentales para apoyar otras intervenciones prioritarias indicadas en la estrategia (por ejemplo, el financiamiento basado en el desempeño requiere la medición fiable del desempeño del proveedor).

Para muchos países el principal reto consiste en gestionar demasiados datos de calidad variable con deficiencias en la medición de las esferas importantes, incluidas la competencia del proveedor y la experiencia del paciente con respecto a la calidad. Es urgentemente necesario mejorar los datos (la calidad de los datos), para que sean más exactos, completos, significativos y procesables. Muchos países también deben esforzarse por identificar y medir mejor las esferas fundamentales en las que no se estén obteniendo datos y a la vez reducir la carga de datos cesando la recopilación y medición donde los datos no se usen y sean de baja prioridad.

Para evaluar plenamente los sistemas existentes de datos y de información y planificar las mejoras es probable que se requiera el apoyo técnico de especialistas que pueden superar la capacidad de los equipos que preparan la estrategia nacional de calidad. A este respecto, la función de la estrategia no es proporcionar un plan detallado para mejorar tales sistemas, sino asegurar que su importancia sea claramente reconocida y que se adopten las medidas iniciales para identificar y abordar las deficiencias más importantes.

Resumen: sistemas de información sobre la gestión sanitaria y sistemas de datos sobre salud

| Medidas para el equipo de elaboración de la estrategia | Contenido del documento de estrategia |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un inventario del estado actual de los datos, y medición en todos los diversos niveles del sistema de salud • Determinar cómo debería ser el estado "ideal" • Elaborar un plan para enlazar el estado actual y el estado ideal futuro | <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de las mejoras necesarias del sistema de datos y de información, y plazos para lograrlas • Descripción de cómo se usarán los sistemas actuales para medir la calidad, supervisar el proveedor y el desempeño profesional, y apoyar la toma de decisiones |

8. Indicadores y medidas básicas de la calidad

Para llevar a la práctica la política se requiere que los países identifiquen las medidas básicas de la calidad en todos los niveles de la atención y las dimensiones de la calidad. Actualmente todos los países están midiendo muchos elementos de su sistema de salud, a menudo mediante

el seguimiento y evaluación y el HMIS, como se describió anteriormente en la subsección 7, y muchas veces por medio de sistemas paralelos establecidos por el donante. Sin embargo, cada vez más se reconoce la necesidad de armonizar los indicadores y los sistemas a fin de obtener mejor información para impulsar la política, la toma de decisiones y la mejora de los servicios de salud.

Para lograrlo de forma eficaz se requerirá la contribución de diversos interesados directos clave con una variedad de aptitudes y que se coordinen entre sí. Entre ellos figuran las instancias normativas, los gestores de la prestación de servicios, los profesionales de la salud, los sistemas de gestión de la información sanitaria y de tecnología de la información con equipos de seguimiento y evaluación, y de forma destacada la comunidad más amplia de pacientes y la sociedad civil. Además, existe un reconocimiento creciente de la importancia de involucrar plenamente al sector privado para garantizar que la medición e información sobre la calidad conciernen a todas las poblaciones atendidas.

Esta sección, que debe leerse conjuntamente con la precedente subsección 7, proporciona indicaciones sobre cómo definir la orientación estratégica sobre la medición de la calidad, ejemplos de conjuntos de indicadores de la calidad, la labor incipiente sobre cómo potenciar al máximo la utilización de datos, y el examen de algunas esferas donde es más necesario ahondar para medir lo que importa. La medición de la calidad de la atención es un ámbito que evoluciona rápidamente; continuamente surgirán herramientas y recursos para aumentar la utilidad de la recopilación, medición y presentación de datos.

Una estrategia integral de calidad incluye un plan para el seguimiento de la calidad, la retroalimentación y la evaluación general de los avances realizado con respecto a las metas nacionales. El objetivo de los indicadores nacionales de la calidad es evaluar las metas de alto nivel por medio de un conjunto de indicadores específicos que pueden usarse para medir el éxito de la propia estrategia y apoyar los esfuerzos a cada nivel del sistema de salud para aplicar medidas para la mejora. La función de la medición en los esfuerzos nacionales de calidad incluye:

- seguimiento del cumplimiento de normas y directrices
- retroalimentación de proveedores sobre las actividades de mejora de la calidad
- transparencia y rendición de cuentas al público
- evaluación comparativa para comprender la comparación de resultados
- adquisición y contratación estratégicas o centradas en valores
- seguimiento de la eficacia de las intervenciones en materia de calidad.

Una tarea primordial de cualquier estrategia nacional de calidad es establecer la capacidad de medición y evaluación, lo que requiere definir un marco nacional de los indicadores de la calidad. La selección de los indicadores que se incluyan en el marco debería basarse en las prioridades, necesidades y capacidades existentes de recopilación de datos del país. El proceso de elaboración del marco variará de un país a otro. Sin embargo, más abajo se describen algunos pasos importantes que pueden ayudar a desarrollarlo.

Examen de indicadores mundiales ilustrativos y propuestos por expertos

Muchos países se han esforzado por seleccionar indicadores que sean fiables y puedan recopilarse con eficiencia, que reflejen verdaderamente el estado de la calidad de la atención y que sean útiles para los esfuerzos de mejora de la calidad de la atención. Para apoyar esas iniciativas, diversas organizaciones han convocado grupos de expertos con miras a proponer

conjuntos de indicadores, incluida la información sobre cómo se pueden recoger y usar. Para los equipos nacionales de elaboración de estrategias de calidad puede ser útil consultar estas listas ilustrativas pues pueden proporcionarles orientación sobre cómo seleccionar los indicadores que se ajustan a los objetivos y prioridades establecidos en la estrategia. En los recursos incluidos en el Compendio se ofrece más información sobre conjuntos ilustrativos de indicadores. Es probable que los conjuntos adicionales de indicadores se elaboren como parte de las iniciativas mundiales en marcha sobre la calidad de la atención.

Catalogación y evaluación de los indicadores de la calidad existentes

Para garantizar un mejor uso de los sistemas existentes y su armonización con las actuales prioridades nacionales de salud, es importante catalogar y conocer los indicadores de la calidad existentes recopilados en los países y los sistemas de datos dentro de los cuales están incluidos o de los que se extraen los datos. Es vital comprobar si se está haciendo un uso eficaz de ellos, lo que significa que los datos se recogen para la medición válida de un indicador, y si existe un circuito de información para analizar, notificar, aprender y hacer cambios a fin de mejorar el desempeño. Para comprender el estado actual de los sistemas de datos y los indicadores de la calidad, es crucial seguir los siguientes pasos:

1. Catalogar las diversas fuentes actuales de datos que pueden usarse para los indicadores de la calidad. Esto puede incluir las fuentes de datos del HMIS, datos de los donantes, registros clínicos, encuestas de pacientes e informes de acreditación.
2. Aclarar qué marcos existentes para las métricas y los indicadores de la calidad se están utilizando actualmente.
3. Dentro de cada fuente de datos, catalogar las métricas de la calidad que se están recogiendo.
4. Clasificar los datos con arreglo a su precisión y exhaustividad.

Una vez se ha analizado y evaluado el estado actual de los sistemas de datos y los indicadores de la calidad, puede elaborarse un marco nuevo o revisado adaptado a la estrategia nacional de calidad. En la elaboración de un marco nacional de las medidas de calidad, como parte de la estrategia nacional de calidad, se recomienda que en la medida de lo posible se usen las métricas existentes de la calidad para ajustarse mejor al sistema actual de información y reducir, o minimizar, la carga de datos. Para apoyar este proceso, en el recuadro 17 se presentan 10 criterios que pueden aplicarse para priorizar los indicadores de la calidad o las medidas existentes e incluirlos en un marco nacional de indicadores de la calidad.

Recuadro 17. Diez criterios para evaluar indicadores de la calidad e incorporarlos a un conjunto básico

Prioridad de salud. ¿El indicador mide una prioridad de salud específica?

Alcance de las repercusiones. ¿Cuál es el alcance de las repercusiones en la medición de este indicador (por ejemplo, resultados clínicos en relación con el tamaño de la población)?

Base de datos probatorios. ¿Existen suficientes datos probatorios disponibles y creíbles para poder consensuar este indicador?

Defensabilidad. ¿Es defendible este indicador tanto desde un punto de vista científico como desde la perspectiva de lo que consideran importante los encargados clave de adoptar las decisiones?

Viabilidad. ¿Qué es factible teniendo en cuenta los datos que ya se han recopilado, y cuán fácil será llevarlo a la práctica?

Precisión. ¿Son precisos los datos recopilados con este indicador?

Operabilidad. ¿Es posible establecer unas medidas claras y lograr un cambio en los comportamientos individuales, institucionales o del sistema cuando se examina este indicador?

Comparabilidad. ¿Este indicador puede compararse con un criterio de referencia o con otros países o en todas las regiones?

Credibilidad. ¿El indicador es creíble para los que necesitan adoptar medidas y para aquellos cuyo desempeño se está midiendo y comparando?

Claridad. ¿El indicador está descrito en términos claros e inequívocos?

Marcos conceptuales para la selección de indicadores de la calidad

Para respaldar la elaboración de un marco integral destinado a medir la calidad existen diversas maneras de conceptualizar la medición de la calidad en un sistema de salud, entre las que figuran las siguientes:

- **dimensiones de la calidad:** por ejemplo, las que aparecen en la sección de definiciones en el presente Manual, o un conjunto localmente definido de ámbitos;
- **estructura/proceso/resultados:** las tres áreas de la estructura (incluidos los sistemas), el proceso y los resultados (la salud y experiencia y satisfacción del paciente) de Donabedian (21);
- **organización del sistema de salud:** incluye el nivel de atención (primaria, secundaria, terciaria), las estructuras de gestión (establecimiento, distrito, nacional, etc.) y el proceso continuo de la atención (promoción por medio de la paliación);
- **enfermedades y grupos de población:** las causas significativas de las cargas de morbilidad y las principales poblaciones afectadas.

Los equipos de elaboración de estrategias pueden examinar estos marcos conceptuales para identificar los aspectos que deben tenerse en cuenta en un marco de medición de la calidad. Posteriormente puede realizarse un ejercicio de mapeo para asignar a cada aspecto las medidas apropiadas de las listas ilustrativas y los conjuntos de indicadores nacionales existentes, identificando cualquier laguna que se puede tener que colmar con medidas recién establecidas.

Resumen: indicadores y medidas básicas de la calidad

| Medidas para el equipo de elaboración de la estrategia | Contenido del documento de estrategia |
|--|---|
| Revisar las listas mundiales y de expertos de indicadores ilustrativos | Descripción del marco nacional de medición de la calidad |
| Catalogar y evaluar los indicadores nacionales de la calidad disponibles | Planificación del seguimiento, evaluación y rendición de cuentas |
| Definir los pasos fundamentales de la elaboración de un marco nacional de medición de la calidad | Medidas mejoradas mediante el ensayo de un conjunto preliminar y la adopción de medidas para colmar las lagunas en la capacidad de medición |
| Determinar las medidas de calidad disponibles y propuestas en función del marco y plan para establecer medidas específicas destinadas a colmar las lagunas | |

ELABORACIÓN DE UN PLAN OPERATIVO PARA PONER EN PRÁCTICA

Las estrategias nacionales de calidad pueden complementarse con planes operativos que detallan los pasos prácticos, los recursos, las responsabilidades y el plazo para la aplicación de la estrategia. La concreción de estos pasos se basará en los mismos procesos usados en los ocho elementos de las PENC, centrándose en cómo se ejecutarán las medidas identificadas.

Panorama y justificación

La formulación de una política de calidad y la posterior elaboración de una estrategia nacional de calidad es un cometido complejo. El plan operativo define hitos claros y las tareas que deben llevarse a cabo, aclara funciones y responsabilidades, establece plazos claros y aborda aspectos financieros y relacionados con los recursos. Cada país decide el plazo apropiado para el plan operativo, a menudo eligiendo clasificar y planificar medidas a corto plazo frente a las de plazos más largos e identificando hitos cruciales. Un plan operativo puede ayudar significativamente a la difusión y aplicación de la estrategia y conseguir que el documento no se quede en un simple adorno. También puede ayudar a traducir la estrategia nacional en planes operativos subnacionales para contribuir a sentirla como propia en todo el sistema, destacando la necesidad de establecer nexos cercanos entre los planes nacionales y subnacionales. Mientras que la propia estrategia prevé fomentar la cohesión entre los interesados directos en el sistema de salud, armonizar los objetivos y prioridades relacionados con la calidad e identificar mecanismos impulsores clave para alcanzar esas metas de calidad, el plan operativo ahonda más para definir tareas, funciones, cronologías y aspectos financieros explícitos. En el Compendio complementario de herramientas se incluye una plantilla para elaborar un plan operativo.

¿Cuándo y cómo debe elaborarse el plan operativo?

El plan operativo con frecuencia se elabora después de la ratificación formal del documento de política y estrategia por la instancia (dirección, unidad o grupo de trabajo) responsable de la calidad y la mejora de la calidad. Es posible que un país ya cuente con su propio proceso para elaborar planes operativos. A menudo se trata de planes anuales que corresponden a un ciclo

de planificación financiera del país. A un alto nivel, un plan operativo que apoye la dirección nacional de calidad debería comenzar con los objetivos y metas generales establecidos por la política y la estrategia. Entre los aspectos que deben tenerse en cuenta en el plan operativo figuran a) por dónde empezar (por ejemplo, ¿existen algunos ensayos o pruebas en ubicaciones geográficas específicas por los que empezar en primer lugar?); b) el nivel del sistema de salud (por ejemplo, empezar con iniciativas nacionales frente a iniciativas estatales o locales); y c) la oportunidad y planificación de su difusión y ampliación en toda la nación.

La colaboración y aceptación en todos los niveles del sistema de salud son importantes para elaborar un plan operativo. Las medidas específicas que se adopten se difundirán en los niveles nacional, regional, distrital, comunitario y de los centros de salud.

¿Qué elementos debería incluir el plan operativo?

A un alto nivel, el plan operativo debe responder las siguientes preguntas, en la medida en que hagan referencia a los objetivos y metas generales de la estrategia nacional de calidad.

- ¿Cuáles son las tareas o medidas que deben emprenderse?
- ¿Cómo deberían priorizarse las tareas o medidas si los recursos son limitados?
- ¿Quiénes son responsables de cada una de estas tareas o medidas?
- ¿Cuáles son los plazos para ejecutar estas tareas o medidas?
- ¿Cuántos recursos deben proporcionarse para ejecutar cada tarea o medida, y de qué clase son?
- ¿Qué medidas específicas de ejecución deberían recopilarse (por ejemplo, trimestralmente) a lo largo de todo el plan operativo para evaluar su éxito y eficacia?

Dentro del plan operativo, puede darse prioridad a las tareas o medidas basándose en las intervenciones descritas en el documento de políticas y estrategias de calidad y en un conocimiento cabal del estado actual de la calidad y los activos existentes que se potenciarán. Si bien puede diferir de un país a otro, en general un plan operativo tiene una duración de uno a dos años.

INTEGRACIÓN DE PROGRAMAS TÉCNICOS EN LAS PENC

Toda estrategia nacional de calidad se centra en último término en alcanzar los mejores resultados de salud y mejorar el desempeño del sistema de salud en las dimensiones de calidad tales como la eficacia, la seguridad, la atención centrada en el paciente, la oportunidad, la eficiencia y la equidad. Para cumplir estas metas se requiere formular políticas destinadas a crear un entorno favorable, abordar las deficiencias en el sistema de prestación e integrar las iniciativas de mejora y medición de los programas de salud para enfermedades y poblaciones específicas que existen en cada país, también conocidos como programas verticales o técnicos.

Una estrategia nacional de calidad debe ser integral e inclusiva de todas las poblaciones y necesidades de atención de salud, aunque inevitablemente también deberán identificarse las prioridades. La integración deliberada con los programas técnicos y para combatir enfermedades específicas hace posible que la estrategia nacional ejerza un efecto multiplicador sobre los puntos fuertes y las capacidades ya existentes de los programas técnicos con respecto a la calidad y se asegure de que esos programas no funcionen fuera de ella. Además, la integración de los programas técnicos puede mejorar la colaboración con las organizaciones

donantes, permite que las soluciones locales de eficacia probada fundamenten la estrategia más amplia, y contribuye a una mayor eficiencia en el uso de recursos limitados. Los programas técnicos también pueden tener ventajas significativas, como el potencial de aumentar los esfuerzos mediante un programa nacional, la eficiencia en el acceso a la infraestructura sanitaria nacional y la mejora de los resultados programáticos gracias a un sistema más sólido.

Tanto si se examinan los programas de larga data (por ejemplo, el de salud materno-infantil) como las iniciativas apoyadas por donantes (por ejemplo, los programas contra el VIH), los programas técnicos pueden abordar simultáneamente las mejores maneras de organizar y prestar servicios de salud individuales y de mejorar y medir sistemáticamente la salud de la población. Esos programas, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, suelen tener capacidades básicas relacionadas con la calidad, incluso antes de que se hayan aplicado formalmente las estrategias nacionales de calidad. Entre los ejemplos de dichas capacidades figuran las pautas y normas, los recorridos sanitarios de los pacientes, el seguimiento continuo de los resultados en los pacientes y el uso sistemático de indicadores de la calidad y seguridad.

La integración de los programas técnicos es necesariamente un proceso bidireccional: las estrategias nacionales de calidad deben dar cuenta de las actividades, los activos y el aprendizaje de los programas técnicos existentes, y esos programas deben esforzarse por armonizarse con los procesos y prioridades nacionales de calidad.

Claramente, existe una variación potencialmente amplia en los niveles de integración de los programas técnicos dentro de las estrategias nacionales de calidad. Entre las opciones relativas a la integración figuran las siguientes:

- *El programa técnico está plenamente integrado dentro de la estrategia nacional de calidad.* Esto garantiza la máxima armonización, pero probablemente solo es posible para los programas existentes dirigidos por el gobierno que se ocupan primordialmente de la calidad de la atención (por ejemplo, puede existir una iniciativa nacional sobre calidad de la atención de la salud materno-infantil, que podría integrarse fácilmente en una iniciativa de todo el sistema causando pocas interferencias).
- *Los programas técnicos pueden actuar como "guías" para las estrategias nacionales de calidad.* En este caso, pueden usarse programas técnicos específicos para emprender la estrategia o ensayar su implantación o bien para aplicarla rápidamente sobre el terreno y ampliarla aprovechando programas con abundantes recursos. En tales circunstancias, debe tenerse especial cuidado en conseguir que la estrategia no esté dominada por una sola área técnica y que beneficie a todo el sistema.
- *La estrategia nacional de calidad y los programas técnicos pueden vincularse explícitamente a un nivel estratégico.* En este caso, los programas técnicos conservan su autonomía operativa pero tienen una planificación estratégica conjunta para garantizar el uso eficiente de los recursos y la búsqueda de metas comunes. Cabría esperar que los programas técnicos hagan explícitamente referencia a la estrategia nacional de calidad y la respalden en los futuros procesos de planificación.
- *Se reconocen los programas existentes y se planifica la futura integración.* Dadas las complejidades de integrar los múltiples programas, un paso inicial práctico para la estrategia nacional de calidad consiste en examinar y reconocer los programas técnicos pertinentes para velar por que no exista ninguna duplicación de esfuerzos o área de divergencia en los objetivos y actividades. Cabría alentar los programas técnicos a que se armonicen gradualmente con la estrategia nacional de calidad, y la propia estrategia podría incluir actividades explícitas para planificar y concretar la integración.

El tipo de integración puede variar entre los países y los programas técnicos, pero el equipo de elaboración de la estrategia puede adoptar medidas iniciales, como las que figuran a continuación:

- identificación de los programas técnicos y verticales pertinentes como parte del análisis de la situación y la identificación de los interesados directos;
- participación temprana de los asociados pertinentes para la ejecución, incluida la consulta con los programas técnicos sobre cómo aumentar la aplicabilidad de la estrategia de calidad, la evaluación de la capacidad de los programas para apoyar la aplicación de las estrategias y el examen de las opciones de integración;
- identificación de las esferas de superposición y divergencia entre la estrategia nacional de calidad propuesta y los objetivos y actividades de los programas técnicos;
- contribución de la pericia y los conocimientos prácticos del programa técnico relacionados con la calidad a una estrategia nacional de calidad de nueva creación o en evolución;
- integración de los sistemas de datos y de medición del programa técnico en el marco nacional de medición y los sistemas de datos sobre la calidad;
- apoyo del aprendizaje mutuo entre las iniciativas relacionadas con la calidad en diferentes programas técnicos mediante la supervisión estratégica proporcionada por una campaña nacional sobre la calidad general;
- formulación de un plan para la armonización e integración, incluidos un programa conjunto de trabajo acordado, el examen de los retos y oportunidades presupuestarias o un calendario para nuevas consultas.

PARTE III
HERRAMIENTAS Y RECURSOS

Antecedentes

El presente Manual proporciona una visión general de los antecedentes, la justificación y el proceso de las iniciativas para elaborar políticas y estrategias nacionales de calidad de la atención, así como del contenido sugerido para los documentos que describen tales políticas y estrategias. Para poner en práctica esas iniciativas será necesario examinar más detenidamente cada elemento. Por otro lado, cada país tendrá diferentes necesidades, prioridades, capacidades, recursos y procedimientos para la elaboración de su política y su estrategia; así pues, el apoyo requerido para cada paso del proceso será necesariamente distinto. El examen exhaustivo de cada componente del proceso de elaboración de PENC puede respaldarse de diferentes modos; por ejemplo, mediante la participación de expertos externos o el uso de herramientas y recursos adicionales.

Los elementos que pueden ayudar a que los equipos elaboren las políticas y estrategias nacionales de calidad incluyen los estudios de casos del país, los documentos mundiales de orientación producidos por la OMS y otras instancias, las revisiones bibliográficas y las herramientas especializadas que pueden adaptarse y usarse para catalizar la discusión y recopilar datos. Algunos de esos recursos fueron creados por la OMS, las organizaciones técnicas, las instituciones académicas y los propios países, y muchos de ellos se han publicado gratuitamente para uso y referencia de otras personas. A pesar de que algunos de ellos pueden ser específicos para la calidad de la atención, otros pueden ser más genéricos pero siguen siendo pertinentes para el proceso, como las herramientas para llevar a cabo el análisis de la situación o evaluar los sistemas de información sanitaria.

La presente sección no ofrece herramientas y recursos para su uso directo, ya que muchos de ellos abarcan numerosas páginas y están incluidos en documentos ya publicados. Por el contrario, describe cómo se puede acceder a las herramientas y recursos, seleccionarlos y usarlos para prestar apoyo al proceso de elaboración de PENC, y proporciona una visión general del Compendio de herramientas y recursos disponible para su uso junto con el Manual.

El Compendio complementario de herramientas y recursos es un documento más detallado con información general sobre las herramientas y recursos seleccionados que pueden apoyar el proceso de elaboración de PENC. Tanto el propio Compendio como las herramientas y recursos estarán disponibles en un archivo del GLL de la OMS.

Cómo buscar, seleccionar y usar las herramientas para apoyar el proceso de elaboración de PENC

Aunque el Compendio complementario del presente Manual proporciona las herramientas y recursos seleccionados para aspectos prioritarios del proceso de elaboración de PENC, y en el futuro se agregará a él, no pretende ser una lista exhaustiva de todos los elementos pertinentes. En muchos casos, las políticas y estrategias nacionales de calidad en proceso de elaboración pueden encontrar útil buscar, adaptar o crear otras herramientas específicas para las necesidades de su proceso de elaboración de PENC, como por ejemplo las que están relacionadas con un elemento o área técnica específicos de las PENC o las que están disponibles en idiomas locales. Tal ejercicio no necesariamente tiene que ser un proceso complicado o metodológicamente estricto y puede ejecutarse relativamente rápido, teniendo como objeto ayudar al proceso general más que agregarle una carga innecesaria. El recuadro 18 enumera algunas posibles fuentes de herramientas y recursos.

Recuadro 18. Fuentes potenciales de herramientas y recursos

- Compendio de herramientas y recursos para las PENC
- Documentos académicos
- Sitio web de la Organización Mundial de la Salud
- Organizaciones técnicas expertas (sitio web o contacto directo)
- Instituciones académicas
- Organismos profesionales
- Otros equipos de elaboración de políticas o estrategias sanitarias
- Documentos sobre PENC disponibles en otros países

A continuación se describen los pasos sugeridos para identificar herramientas complementarias.

1. Identificación de los elementos de las PENC que requieren información más detallada.

Como cada país tendrá diferentes prioridades en su trabajo relacionado con la elaboración de PENC, tendrán distintos requisitos de herramientas adicionales. Por lo general, los equipos de elaboración de las políticas y estrategias o el conjunto más amplio de interesados directos poseerán suficientes conocimientos especializados y experiencia para desarrollar los diversos elementos descritos en el Manual, pero al comienzo del proceso de elaboración de las políticas y estrategias puede resultar evidente que algunos elementos requerirán un esfuerzo más intenso. El uso de herramientas complementarias para el proceso de elaboración de PENC solo debería contemplarse donde esto sea adicional, ya que el proceso no debería complicarse demasiado.

2. Elaboración y aplicación de una estrategia de búsqueda. Esto requerirá identificar las posibles fuentes de herramientas existentes (véase recuadro 18). Algunas herramientas están públicamente disponibles en línea, mientras que otras solo pueden encontrarse a través del contacto directo con la organización que las ha desarrollado. Puede ser útil examinar si se han creado localmente herramientas similares para apoyar otros procesos de elaboración de políticas y estrategias; por ejemplo, muchos planes estratégicos nacionales de salud se han desarrollado después de la consulta extensa de interesados directos y el análisis de la situación, y es posible que tanto las herramientas como los datos obtenidos estén disponibles para su uso. Para las búsquedas en línea, a menos que se busquen específicamente documentos académicos, generalmente es mejor realizar la búsqueda directamente en los sitios web de los principales organismos técnicos y otras instituciones pertinentes, y hacer búsquedas más amplias en motores de búsqueda corrientes en lugar de bases de datos académicas. En general, es preferible usar un conjunto de términos de búsqueda específicos porque las búsquedas con criterios variados no producen demasiados resultados. Funciones como la Búsqueda Avanzada de Google (https://www.google.co.uk/advanced_search) ayudan al usuario a encontrar términos específicos en cualquier sitio web dado, como por ejemplo buscar "análisis de la situación" en todas las páginas de la OMS.

3. Criterios de selección. Si se identifican las herramientas aparentemente pertinentes, deberían evaluarse para asegurar que sean adecuadas para los fines previstos y agreguen valor al proceso de elaboración de PENC. El equipo local debería decidir los criterios que se aplicarán, aunque también pueden incluirse la fiabilidad de la fuente, la aplicabilidad al entorno local y la facilidad de uso.

Ocasionalmente, puede considerarse necesario intensificar el apoyo a un elemento particular del proceso de elaboración de PENC que las herramientas y recursos existentes disponibles no satisfagan plenamente. Por ejemplo, los países pueden desear realizar un análisis de la situación minucioso en una esfera prioritaria clave para la cual no existe ninguna herramienta de recopilación de datos. En este caso, quizá sea necesario crear una herramienta a medida para apoyar el proceso. Nuevamente, el criterio clave debería ser establecer si el esfuerzo requerido es proporcional a las ganancias para el proceso de elaboración de PENC, o si existe una manera más apropiada de apoyar el elemento particular. Las herramientas nuevas siempre deberían crearse y usarse con cautela, ya que si no se han verificado es posible que no presten el apoyo necesario y, además, pueden presentar dificultades metodológicas.

Habitualmente se dispondrá de una herramienta pertinente que puede adaptarse para el uso local. Esto puede conllevar, por ejemplo, la traducción de las herramientas a los idiomas locales, o la selección de las preguntas pertinentes de la encuesta ya probada a partir de una herramienta de recopilación de datos más extensa. Si como parte del proceso de elaboración de PENC en un país particular se crean herramientas nuevas o se adaptan las que ya están en uso, se alienta a sus titulares a compartirlas por intermedio del GLL de la OMS para una cobertura universal de salud de calidad.

Cuando para apoyar el proceso de elaboración de PENC se usan herramientas complementarias, primero es importante identificar los recursos necesarios para aplicarlas y sopesar esta necesidad con el beneficio previsto. Los recursos necesarios pueden expresarse en términos de costo financiero y tiempo requerido para aplicar una herramienta (por ejemplo, encuestas cortas no generalizables de centros de salud para promover la discusión frente a encuestas en gran escala estadísticamente válidas del sistema de salud), o bien podrían estar relacionados con las capacidades necesarias para aplicar las herramientas (por ejemplo, si existe la pericia necesaria para la participación de los interesados directos y las comunidades).

Compendio de herramientas y recursos

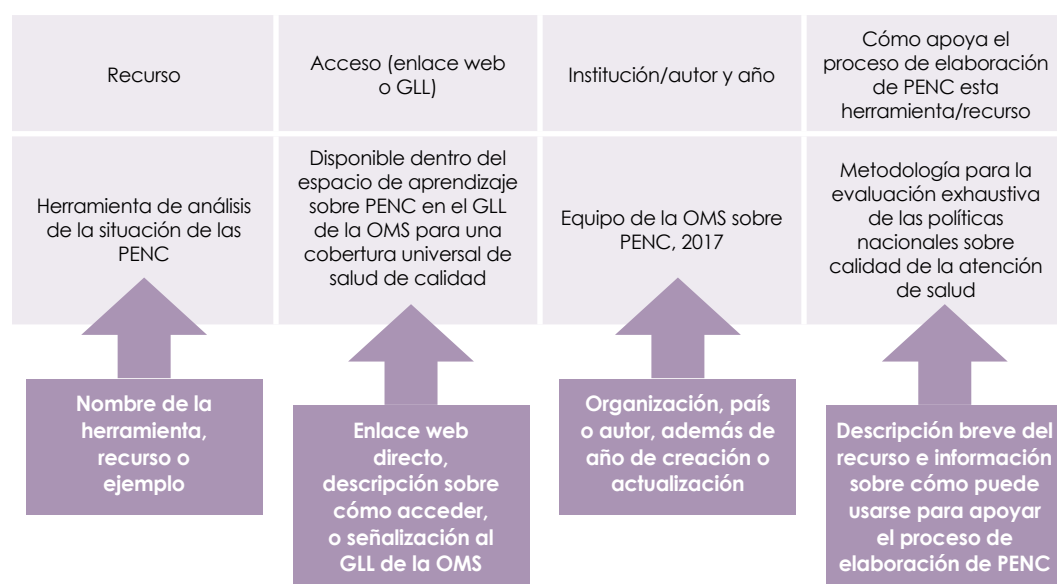
Sin duda ya existen diversas herramientas y recursos pertinentes —de la OMS, los asociados externos y los propios países—, que suelen estar disponibles gratuitamente para todos. Sin embargo, la participación inicial de los países en la iniciativa de la OMS sobre PENC ha revelado que en algunas esferas del proceso de elaboración de estrategias y políticas sigue existiendo una necesidad insatisfecha de herramientas y recursos; esto puede deberse a que no existen tales herramientas o no se identifican ni se accede a ellas fácilmente, o bien a que no tienen calidad suficiente para ser útiles.

Habida cuenta de esto, el Manual para elaborar PENC está estrechamente vinculado con el GLL de la OMS, que pretende crear un espacio seguro para compartir conocimientos, experiencias e ideas; poner en cuestión ideas y enfoques; y estimular la innovación para la calidad en el contexto de la cobertura universal de salud. Dentro del GLL se ha creado un espacio de aprendizaje centrado en las PENC para facilitar el intercambio de experiencias entre los países y servir de recurso de ayuda para las herramientas pertinentes disponibles para las PENC. En el GLL de la OMS está disponible un Compendio de herramientas y recursos que es un documento complementario del presente Manual. El Compendio proporciona una reseña general de las herramientas y recursos que se consideran útiles para apoyar el proceso de elaboración de PENC, y las herramientas identificadas en él están disponibles a través del hiperenlace directo del Compendio o en el propio GLL de la OMS.

El Compendio incluye las herramientas y recursos que ya han sido elaborados y publicados principalmente por la OMS y las organizaciones externas; este material ha sido complementado con herramientas de nueva creación para llenar los vacíos más importantes, así como herramientas y ejemplos específicos de cada país. El Compendio no pretende ser una lista exhaustiva de todas las herramientas y recursos que pueden apoyar el proceso de elaboración de PENC, sino una recopilación pragmática de diversas herramientas particularmente pertinentes, centrándose en satisfacer la demanda de los países. Asimismo, está concebido como un documento abierto que se actualizará a medida que se identifiquen y creen más herramientas, y a medida que un número mayor de países avancen en la elaboración de sus políticas y estrategias nacionales de calidad. A continuación se ofrece una breve descripción del enfoque adoptado para elaborar la primera versión del Compendio.

1. En junio del 2017 se celebró una reunión de la OMS sobre PENC en la que participaron los directores nacionales de calidad de ocho países y que permitió un examen colectivo de las herramientas y recursos concebidos para apoyar las PENC. Como resultado, se hizo una selección preliminar de las categorías de herramientas y recursos prioritarios destinados a identificar los aspectos del proceso de elaboración de PENC que requieren información más detallada. Esto se basó en un examen del Manual y en la consulta con los países que participaban en la fase inicial del proceso de elaboración conjunta.
2. Se realizaron ejercicios para determinar el alcance de cada categoría prioritaria, que fueron distintos para cada una de ellas; no obstante, en general incluían criterios de búsqueda, la búsqueda de fuentes disponibles públicamente y la colaboración con asociados nacionales en caso necesario.
3. La selección de las herramientas y recursos se llevó a cabo sobre la base del consenso del equipo de elaboración de PENC, haciendo particular hincapié en el valor añadido para el proceso de elaboración de PENC y en su aplicabilidad a nivel de país. Las herramientas y recursos identificados figuran en la lista del Compendio bajo cada una de las categorías anteriores, junto con instrucciones sobre cómo acceder a ellos y una explicación sobre cómo pueden contribuir al proceso de elaboración de PENC, tal como se muestra en la figura 5.

Figura 5. Herramientas y recursos: fuentes y pertinencia para el proceso de elaboración de PENC



Se seguirá colaborando con los países y otros asociados para identificar y crear herramientas destinadas a reducir importantes deficiencias y ampliar los recursos en función de la demanda de los países. Cabe señalar que en la reunión de junio del 2017 se señaló la necesidad de crear herramientas y recursos adicionales para apoyar las iniciativas nacionales de promoción de la calidad y de integrar las esferas técnicas específicas, y está previsto que en las próximas ediciones del Compendio se aborden estas y otras categorías incipientes.

Cómo asociarse al GLL de la OMS

Las instrucciones para asociarse al GLL de la OMS para la cobertura universal de salud de calidad, a través del cual se puede acceder al Compendio y a las herramientas asociadas, están disponibles en: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/gll/en/index3.html>.

GLOSARIO

| Término | Definición |
|-----------------------------------|--|
| Acceso (a los servicios de salud) | Las percepciones y experiencias de las personas en relación con la facilidad con la que pueden acudir a los servicios o centros de salud en cuanto a ubicación, tiempo y facilidad de admisión (22). |
| Acreditación | Un proceso formal por el cual un organismo reconocido, generalmente una organización no gubernamental, evalúa y reconoce que una organización de atención de salud cumple las normas aplicables predeterminadas y establecidas. Las normas de acreditación se consideran generalmente como óptimas y viables y están concebidas para promover esfuerzos continuos de mejora dentro de organizaciones acreditadas. Una decisión de acreditación acerca de una organización específica de atención de salud se toma después de una evaluación in situ periódica por un equipo de revisores expertos, que normalmente se lleva a cabo cada dos a tres años. La acreditación a menudo es un proceso voluntario en el cual las organizaciones deciden participar, en lugar de estar obligadas a ello por ley y reglamentación (23). |
| Análisis de la situación | Análisis del estado actual y las tendencias previstas en cuanto a la salud y el sistema de salud de un país. En condiciones ideales esto incluye i) la evaluación de las necesidades actuales y futuras de salud y de los determinantes de la salud; ii) la evaluación de las expectativas y demandas de servicios; iii) la evaluación del desempeño del sistema de salud, la capacidad del sector de la salud y los recursos del sistema de salud, y de las deficiencias para responder a las necesidades y expectativas actuales y futuras; y iv) el análisis de las posiciones de los interesados directos (25, 45). |
| Aporte | Cantidad cuantificada de un recurso destinado a un proceso (25). |
| Cobertura universal de salud | Todas las personas y comunidades pueden usar los servicios de promoción de la salud, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos que necesitan, de calidad suficiente para ser eficaces, y a la vez asegurar que el uso de esos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras (10). |
| Concesión de licencias | Proceso por el cual una autoridad gubernamental concede permiso a un médico o una organización de atención de salud particular para ejercer o dedicarse a una ocupación o profesión. En general los reglamentos de la concesión de licencias se establecen para que una organización o persona cumplan las normas mínimas de protección de la salud y seguridad públicas. Suele otorgarse la licencia a una persona tras superar alguna forma de examen o prueba de educación, y puede renovarse periódicamente mediante el pago de un honorario o prueba de educación continua o competencia profesional. En cuanto a las organizaciones, se les concede la licencia después de una inspección in situ para determinar si se han cumplido las normas mínimas de salud y seguridad (25). |
| Control de calidad | Uso de técnicas y actividades operativas para cumplir los requisitos en materia de calidad (41). |

| | |
|---|--|
| Datos | Hechos y cifras como material bruto, no analizado (25). |
| Desempeño del sistema de salud | i) Nivel del logro del sistema de salud en relación con los recursos (33); ii) la medida en que un sistema de salud lleva a cabo sus funciones (prestación de servicios, generación de recursos, financiamiento y gestión) para alcanzar sus metas (34). |
| Elemento fundamental del sistema de salud | Marco analítico usado por la OMS para describir los sistemas de salud, desagregándolos en seis componentes centrales: liderazgo y gobernanza (gestión); prestación de servicios; personal de salud; sistema de información sobre la salud; productos médicos, vacunas y tecnologías; y financiamiento de los sistemas de salud (33). |
| Equidad en salud | i) Ausencia de diferencias sistemáticas o potencialmente corregibles en el estado de salud, el acceso a la atención de salud y los entornos propicios para la salud, y en el tratamiento en cuanto a uno o más aspectos de la salud entre las poblaciones o los grupos de población social, económica, demográfica o geográficamente definidos entre los países y dentro de ellos; ii) la medida del grado con que las políticas sanitarias pueden proporcionar bienestar de manera justa (26-29). |
| Establecimiento de prioridades | Identificación, equilibrio y clasificación de las prioridades por los interesados directos (25). |
| Estrategia | Una serie de líneas generales de acción propuestas para alcanzar un conjunto de metas y objetivos establecidos dentro de una política o programa (25, 46). |
| Evaluación | Valoración sistemática y objetiva de la relevancia, adecuación, progreso, eficiencia, eficacia y repercusión de un procedimiento, en relación con los objetivos y teniendo en cuenta los recursos y establecimientos disponibles (30). |
| Examen | Proceso formal de evaluación de un proceso o sistema, preferentemente cuantitativo, pero a veces necesariamente cualitativo (24). |
| Fortalecimiento de los sistemas de salud | i) Proceso de identificar y aplicar los cambios en la norma y práctica del sistema de salud de un país para que pueda responder mejor a sus desafíos de salud y del propio sistema (35); ii) cualquier conjunto de iniciativas y estrategias que mejoran una o más de las funciones del sistema de salud y que contribuyen a mejorar la salud mediante las mejoras en el acceso, cobertura, calidad o eficiencia (36). |
| Fragmentación (de los servicios de salud) | i) Coexistencia de las unidades, establecimientos o programas que no se integran en la red de salud (31); ii) servicios que no abarcan toda la variedad de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; iii) servicios en diferentes niveles de la atención que no se coordinan entre sí; iv) servicios que no tienen continuidad a lo largo del tiempo; v) servicios que no satisfacen las necesidades de las personas (25). |
| Garantía de la calidad | Todas las actividades planificadas y sistemáticas, y reconocidas como necesarias, ejecutadas dentro del sistema de calidad para generar la confianza adecuada de que una entidad satisfará los requisitos en cuanto a la calidad (41). |
| Gestión de la calidad | Todas las actividades de la función general de gestión que determinan la política, objetivos y responsabilidades en materia de calidad, y los ejecutan por medios como la planificación, control y mejora de la calidad dentro del sistema de calidad (41). |

| | |
|--|---|
| Interesado directo | Una persona, grupo u organización que tiene un interés en la organización y prestación de la atención de salud (24). |
| Mejora de la calidad | “Una estrategia institucional que incluye formalmente el análisis de datos del proceso y de resultados y la aplicación de esfuerzos sistemáticos para mejorar el desempeño” (42). |
| Meta | Un resultado intermedio hacia un objetivo que un programa procura alcanzar, en un plazo establecido. Una meta es más específica que un objetivo y se presta fácilmente a expresarse en términos cuantitativos (25). |
| Norma | Una especificación o base técnica establecida, aceptada y basada en datos probatorios para la comparación (24, 25). |
| Pago basado en el desempeño, y financiamiento basado en el desempeño | El pago o el financiamiento supeditados a tomar unas medidas cuantificables o alcanzar una meta predeterminada de desempeño. Pueden referirse a la transferencia de fondos a los países beneficiarios por los donantes, o al pago de los proveedores o las organizaciones de proveedores para alcanzar metas relacionadas con los servicios (25, 40). |
| Palanca o impulsor | En relación con la aplicación de una política o estrategia, hace referencia a los mecanismos que las autoridades supervisoras (a cualquier nivel del sistema de salud) pueden usar para promover o hacer cumplir la observancia de la política o estrategia. A menudo esos mecanismos se relacionan con los procedimientos que pueden premiar o sancionar a las personas u organizaciones en función de la rendición de cuentas de su desempeño; por ejemplo, la legislación para hacer cumplir los aspectos de una política podría denominarse una palanca, al igual que la inclusión de medidas de observancia de las políticas en la supervisión del personal de salud o los procesos de progresión profesional. |
| Planificación de la calidad | Las actividades que establecen los objetivos y requisitos para la calidad y para la aplicación de los elementos del sistema de calidad (41). |
| Plan operativo | Un plan operativo se centra en la gestión eficaz de los recursos en un marco temporal corto, transformando los objetivos en metas y actividades, y los arreglos para el seguimiento de la ejecución y el uso de recursos. Algunos significados específicos incluyen i) adaptación del plan estratégico nacional dentro de un plazo de un año; ii) traducción del plan estratégico nacional en un plan subnacional, por ejemplo, un plan distrital, generalmente con un plazo más corto que el plan nacional estratégico; iii) subconjunto de un plan estratégico nacional, limitado a un programa particular (25). |
| Prevención y control de infecciones | Enfoque científico y solución práctica concebidos para prevenir el daño causado por las infecciones a los pacientes y al personal de salud (37). |
| Producto | Cantidad y calidad de las actividades llevadas a cabo por un programa (25). |
| Reglamentación | La imposición de limitaciones externas sobre el comportamiento de una persona o una organización para forzar un cambio del comportamiento preferido o espontáneo (25, 43). |
| Resiliencia | Capacidad de un sistema, comunidad o sociedad expuesta a riesgos para resistir, asimilar, adaptarse a y recuperarse de los efectos de un riesgo de una manera oportuna y eficiente, incluso mediante la preservación y restablecimiento de sus estructuras y funciones esenciales básicas (44). |

| | |
|--|--|
| Resultado | Aspectos de la salud que son consecuencia de las intervenciones proporcionadas por el sistema, los establecimientos y el personal de salud que las recomiendan, y las acciones de quienes son objeto de las intervenciones (22). |
| Salud | Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (25, 32). |
| Seguimiento | Vigilancia continua de una actividad para ayudar en su supervisión y para asegurarse de que proceda de acuerdo con un plan determinado. El seguimiento incluye la especificación de los métodos para medir las actividades, el uso de los recursos y la respuesta de los servicios de acuerdo con criterios acordados (30). |
| Seguridad del paciente | Ausencia de daños prevenibles para un paciente durante el proceso de atención de salud. La disciplina de seguridad del paciente consiste en los esfuerzos coordinados para prevenir los daños causados a los pacientes por el propio proceso de atención de salud (38). |
| Sentido de propiedad | Liderazgo y coordinación efectivos de la elaboración de políticas, estrategias y actividades de desarrollo por parte de los países (25). |
| Servicio de salud | Cualquier servicio (es decir, no limitado a los servicios médicos o clínicos) destinado a contribuir a mejorar la salud o al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas enfermas (30). |
| Servicios de salud centrados en las personas | "Consisten en un enfoque de la atención que adopta deliberadamente el punto de vista de las personas, las familias y las comunidades y los considera como participantes y beneficiarios de sistemas de salud, los servicios inspiran confianza y responden a sus necesidades y preferencias de manera humanitaria y holística. La atención centrada en la persona exige que las personas reciban la educación y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en la atención que reciben. se organiza no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades de salud y las expectativas de la persona." (39). |
| Sistema de salud | i) Todas las actividades cuya principal finalidad es promover, recuperar o mantener la salud (25); ii) las personas, instituciones y recursos, organizados juntos en conformidad con las políticas establecidas, para mejorar la salud de la población a la que sirven a la vez que responder a sus expectativas legítimas y protegerla contra el costo de la mala salud mediante una variedad de actividades cuyo propósito principal es mejorar la salud (31). |
| Sostenibilidad | El potencial para mantener resultados beneficiosos durante un período de tiempo acordado a un nivel aceptable de los recursos comprometidos dentro de las contingencias admisibles de una organización y la comunidad (25, 47). |
| Valoración | La estimación del desempeño de un trabajador de salud o un trabajador de salud en prácticas en relación con una norma establecida. |
| Valor de referencia | i) Medición o punto de referencia al comienzo de una actividad que se usa para la comparación con posteriores mediciones de la misma variable; ii) norma aceptable en la evaluación (24). |

REFERENCIAS

1. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.
2. Instituto de Medicina. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academies Press; 2001.
3. Improving value in health care: measuring quality. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos; 2010.
4. Donaldson LJ, Donaldson RJ. Essential public health, segunda edición. Petroc Press; 2000.
5. Miranda S, Olexa GA. Creating a just culture: recalibrating our culture of patient safety. *Pennsylvania Nurse*. 2013;68(4):4-9.
6. Pronovost PJ, Wachter RM. Progress in patient safety: a glass fuller than it seems. *American Journal of Medical Quality*. 2014;29(2):165-9.
7. Marx D. Patient safety and the "just culture": a primer for health care executives. Nueva York: Universidad de Columbia; 2001.
8. Everybody's business – strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
9. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Nueva York: Naciones Unidas; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>, consultado el 2 de febrero del 2018).
10. Health financing for universal coverage. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/, consultado el 2 de febrero del 2018).
11. What is universal health coverage? Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/, consultado el 2 de febrero del 2018).
12. Fortalecimiento de los servicios de salud integrados y centrados en la persona. Resolución WHA69.24, 69.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
13. Service delivery and safety: World Health Assembly adopts Framework on Integrated People-centred Health Services. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/framework-wha/en/>, consultado el 2 de febrero del 2018).
14. Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
15. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966;44(3 Suppl):166-206.
16. Das J. The quality of medical care in low-income countries: from providers to markets. *PLoS Medicine*. 2011;8(4):e1000432.
17. Leatherman S, Sutherland K. The quest for quality in the NHS: a mid-term evaluation of the ten year quality agenda. Londres: Stationery Office; 2003.
18. Leatherman S, Sutherland K. Designing national quality reforms: a framework for action. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):334-40.
19. Leatherman S, Sutherland K. The quest for quality: refining the NHS reforms. Londres: Nuffield Trust; 2008.

20. Shekelle P, Lim YW, Mattke S, Damberg C. Does public release of performance results improve quality of care? A systematic review. Londres: Health Foundation; 2008.
21. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring, volume I. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.
22. Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2001;55(7):452-4.
23. Rooney AL, van Ostenberg PR. Licensure, accreditation, and certification: approaches to health services quality. Bethesda: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional; 1999.
24. Last JM, editor. A dictionary of public health. Oxford University Press; 2007.
25. Health systems strengthening glossary. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/, consultado el 6 de febrero del 2018).
26. Starfield B. Equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2002;56:483-4.
27. Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. En: *Studies on social and economic determinants of population health*, Núm. 2. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2006.
28. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
29. La renovación de la atención primaria a la salud en las Américas [Renewal of primary health care in the Americas]. Washington, DC: OPS/OMS; 2007 (http://www2.paho.org/hq/dm-documents/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf, consultado el 16 de octubre de 2017).
30. Roberts JL. A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 1998.
31. Salud en las Américas, volumen I. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2007.
32. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York: Organización Mundial de la Salud; 1946.
33. Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.
34. Murray C, Evans D, editors. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.
35. Consejo Ejecutivo de la OMS, 128.ª reunión. Fortalecimiento de los sistemas de salud: tendencias actuales y retos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.
36. Islam M, editor. Health systems assessment approach: a how-to manual. Presentado a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional en colaboración con Health Systems 20/20, Partners for Health Reformplus, Quality Assurance Project y Rational Pharmaceutical Management Plus; 2007.
37. Clean care is safer care: infection prevention and control. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/infection-prevention/about/ipc/en/>, consultado el 6 de febrero del 2018).

38. Patient safety. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/patientsafety/about/en/>, consultado el 6 de febrero del 2018).
39. What are integrated people-centred health services? Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/ipchs-what/en/>, consultado el 19 de febrero del 2018).
40. Eichler R. Can "pay-for-performance" increase utilization by the poor and improve the quality of health services? Washington, DC: Centro para el Desarrollo Mundial; 2006.
41. Juran JM, Godfrey AB. Juran's quality handbook, quinta edición. McGraw-Hill; 1999.
42. Evidence-based Practice Center systematic review protocol: closing the quality gap 2010: quality improvement interventions to address health disparities. Rockville, MD: Organismo de Investigación y Calidad de la Atención de la Salud; 2012 (<https://effectivehealthcare.ahrq.gov/topics/disparities-quality-improvement/research-protocol>, consultado el 19 de febrero del 2018)
43. Saltman RB. Regulating incentives: the past and future role of the state in health care systems. *Social Science and Medicine*. 2002;54:1677–84.
44. UNISDR terminology on disaster risk reduction. Estrategia Internacional de las Naciones Unidas para la reducción de los desastres; 2009.
45. A framework for national health policies, strategies and plans. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
46. Health impact assessment: glossary of terms used. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/hia/about/glos/en/index2.html>, consultado el 6 de febrero del 2018).
47. Understanding the sustainability of health programmes and organizational change. Paper for Victorian Quality Council. Universidad de La Trobe, Facultad de Ciencias de la Salud; junio del 2007.



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Organización Mundial de la Salud
20 Avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27 Suiza

Sírvase visitarnos en:
<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/PENC/en/>

ISBN: 978-92-4-156556-1



9 789275 320341 >