



MAXIMIZACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA REFORMA DEL SECTOR SALUD: LA FUNCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE GARANTÍA DE CALIDAD

PROYECTO DE GARANTÍA DE CALIDAD

INFORME LACRSS No. 64

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	III
I. LA FUNCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA REFORMA DEL SECTOR SALUD	1
1.1 LA REFORMA DEL SECTOR SALUD: DESCRIPCIÓN GENERAL	1
1.2 LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	2
1.3 UNA INTRODUCCIÓN A LA GARANTÍA DE CALIDAD	4
1.4 CONCEPTOS Y ESTRATEGIAS DE LA GARANTÍA DE CALIDAD	7
II. RELACIÓN ENTRE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y LA GARANTÍA DE CALIDAD	10
2.1 LA IMPORTANCIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN	10
2.2 LAS INTERVENCIONES NORMATIVAS EN EL MACRO NIVEL FRENTE A LOS CAMBIOS A NIVEL OPERATIVO	11
III. ESTRATEGIAS DE LA GARANTÍA DE CALIDAD EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD: IDENTIFICACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES PARA LA SINERGIA	15
3.1 DIRECCIÓN	16
3.2 MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO	25
3.3 GARANTÍAS DE LA ASISTENCIA SANITARIA	29
3.4 PRESTACIÓN	30
IV. CONCLUSIONES Y DIRECCIONES FUTURAS	36
V. REFERENCIAS	37

LISTA DE CUADROS Y FIGURAS

Cuadro 1.1 Esquema de la reforma del sector salud	3
Cuadro 1.2 Dimensiones de la calidad	4
Cuadro 1.3 Factores determinantes de una atención de calidad	6
Cuadro 3.1 Reforma legal con orientación a la calidad	20
Cuadro 3.2 Reforma con orientación a la calidad: Gestión	21
Cuadro 3.3 Liderazgo y cambio institucional con orientación a la calidad	25
Cuadro 3.4 Reforma de pagos y financiamiento orientada a la calidad	28
Cuadro 3.5 Reforma orientada a la calidad: Garantías de la asistencia sanitaria	31
Cuadro 3.6 Reforma con orientación a la calidad: Prestación	35
Figura 1.1 Factores determinantes inmediatos de la atención de alta calidad	6
Figura 1.2 Triángulo de la garantía de calidad	8
Figura 2.1 Intersección entre la garantía de calidad y la reforma del sector salud	11
Figura 2.2 Distribución equitativa de los servicios	12

AGRADECIMIENTOS

Este documento fue elaborado como un esfuerzo de colaboración entre el Proyecto de Garantía de Calidad (QAP) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el desarrollo de un marco conceptual para la incorporación de estrategias de garantía de calidad en la reforma del sector salud. El marco original fue publicado como un documento conjunto QAP-OPS en diciembre del 2003. Durante el 2004, el Proyecto de Garantía de Calidad revisó el documento junto a las autoridades nacionales de salud de Jamaica y Nicaragua. El presente documento constituye la revisión del marco conceptual original por parte del Proyecto de Garantía de Calidad, a partir de la revisión en ambos países.

Los autores contribuyentes del Proyecto de Garantía de Calidad son: Lori DiPrete, Karen Askov, Lynne Miller Franco y David Nicholas. Los autores de la Organización Panamericana de la Salud son: Daniel López Acuña, Hernán Montenegro y Alberto Infante.

ABREVIATURAS

HSR	Reforma del sector de la salud
ISO	Organización Internacional de Estandarización
LAC	Latinoamérica y el Caribe
MS	Ministerio de Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
QAP	Proyecto de Garantía de Calidad
MCC	Mejoramiento continuo de calidad
WHO	Organización Mundial de la Salud
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

CITA RECOMENDADA

Proyecto de Garantía de Calidad. 2005. Maximización de calidad de la atención en la reforma del sector salud: La función de las estrategias de garantía de calidad. Informe LACRSS No. 64. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.

RESUMEN EJECUTIVO

A partir de la década de los ochenta, países de toda América Latina y el Caribe iniciaron amplias reformas del sector salud orientadas a mejorar la eficiencia del sector público y contener costos. Las reformas fueron diseñadas para ampliar el acceso a la asistencia mediante la competencia, la estimulación del sector privado y el énfasis en la eficacia de las inversiones del sector salud. Últimamente, los esfuerzos de reforma han comenzado a centrarse en definiciones más amplias del desempeño del sistema de salud, que van más allá de la eficacia, para incluir explícitamente la buena salud, la equidad en el financiamiento y la respuesta a las expectativas de los clientes. Por lo tanto, las reformas del sector salud en la región de América Latina y el Caribe están, cada vez más, orientadas a la calidad para la consecución de sus fines.

Además de esta evolución de las reformas del sector salud, orientadas cada vez más a la calidad, la década pasada trajo consigo una explosión de interés, tanto a nivel mundial como en la región de América Latina y el Caribe, en el desarrollo de métodos y programas para garantizar y mejorar la calidad de la atención. Los expertos en garantía de calidad trabajaron en diferentes niveles del sistema de la asistencia sanitaria para desarrollar las normas, supervisar la calidad y realizar mejoras que tengan una repercusión directa y previsible en la calidad de la atención en el lugar de prestación del servicio. Al tiempo que el marco conceptual para la reforma del sector salud se volvió más complejo y amplio al desarrollarse, lo hicieron igualmente las dimensiones de calidad y los enfoques de la garantía de calidad. El paradigma de calidad presentado en este marco es amplio y abarca la atención clínica, las estrategias y estilos de liderazgo y los sistemas de apoyo a la gestión. El concepto de calidad de la asistencia sanitaria adoptado es multidimensional y va más allá del desempeño técnico, para incluir dimensiones como el acceso, la continuidad de la atención, las relaciones interpersonales y la elección.

En general, las reformas del sector salud se ratifican al nivel macro, con la intención de configurar un ambiente que conduzca a la calidad de manera indirecta. Las actividades de garantía de calidad, si bien pueden implantarse en todo el sistema, procuran asegurar que todos los factores determinantes de la calidad de atención sean adecuados y se lleven a cabo en el ámbito operativo. Debido a la complejidad inherente de los sistemas de la asistencia sanitaria y a los numerosos factores que afectan los resultados de la salud, tanto la reforma del sector salud como las estrategias de garantía de calidad tienen limitaciones. Sin embargo, al ejecutarse de manera coordinada, pueden superar algunas de estas limitaciones y obtener beneficios complementarios y sinérgicos. En presencia de reformas a gran escala del sector salud, que proporcionan un fuerte empuje para el cambio, los programas de garantía de calidad pueden servir de brújula centrada en la prestación de servicios, permitiendo a los administradores de la asistencia sanitaria y a los proveedores navegar por el sistema para aumentar al máximo los resultados de la salud para las comunidades a las que sirven.

Este documento explora el importante papel de la garantía de calidad como parte integrante de la reforma del sector salud. En el capítulo uno se presenta un modelo para la reforma del sector salud, se introducen los principios básicos de la garantía de calidad y se examina brevemente la experiencia de América Latina y el Caribe con ambos tipos de intervención en los sistemas de salud. En el capítulo dos se explican las maneras en que la garantía de calidad y las reformas del sector salud, centradas, respectivamente, en la eficacia técnica y en la eficiencia distributiva, pueden reforzarse entre sí. Además de proporcionar un marco conceptual, este documento presenta un esquema para analizar las reformas del sector

salud desde el punto de vista de la calidad. En el capítulo tres se muestra una matriz que permite un análisis integral de cómo una reforma en concreto o un conjunto de reformas pueden afectar a los principales factores determinantes de la calidad de la atención. Además, el análisis permite la identificación de las estrategias de garantía de calidad que podrían mejorar y reforzar la repercusión de la reforma del sector salud en la calidad. Finalmente, en el capítulo cuatro se hace hincapié en la importancia de incluir estrategias de garantía de calidad cuando las reformas del sector salud se inician; asimismo, se esbozan las directivas futuras para el desarrollo de metodologías y de la investigación.

Debemos enfatizar aquí que tanto la reforma del sector salud como la garantía de calidad deben poner atención a todos los aspectos del sistema de salud (servicios de salud personales, cuidados preventivos y promocionales, educación en salud y cambio de comportamiento, servicios sanitarios y control de enfermedades infecciosas). En esta publicación abordamos principalmente los temas relativos a la calidad de los servicios de salud personales, tanto preventivos como curativos.

Este documento tiene la finalidad de facilitar el desarrollo de las reformas del sector salud, con orientación a la calidad, al proporcionar un marco conceptual claro que pueda servir como un mapa de ruta para los responsables de las normas y los altos directivos. Al aprovechar las oportunidades de integrar las actividades de la garantía de calidad en las reformas del sector salud, los líderes de la asistencia sanitaria pueden aumentar al máximo la eficacia de la reforma y procurar la optimización de los resultados de la salud para los ciudadanos de América Latina y el Caribe.

I. LA FUNCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

Este capítulo ofrece una definición práctica sobre la reforma del sector salud, describe brevemente las tendencias en los esfuerzos de la reforma del sector salud en América Latina y el Caribe y presenta un modelo que esboza las principales estrategias de la reforma del sector salud. También define la calidad de la atención, describe las estrategias de la garantía de calidad, identifica los principales factores determinantes de la calidad de la atención y perfila la experiencia latinoamericana con la garantía de calidad. Esta descripción sienta las bases para la exploración de la relación entre la reforma del sector salud y la garantía de calidad descrita en el capítulo dos, y para la exposición de las estrategias para la incorporación de la garantía de calidad en las reformas del sector salud abarcadas en el capítulo tres.

1.1 LA REFORMA DEL SECTOR SALUD: DESCRIPCIÓN GENERAL

La reforma del sector salud podría definirse como los esfuerzos o las actividades que procuran mejorar el desempeño del sector salud mediante la realización de cambios fundamentales en la manera en que se organiza, financia y paga la asistencia sanitaria, así como la manera en que los mecanismos legales regulan la atención. También pueden incluirse los intentos de cambiar o desarrollar el liderazgo y la cultura del sector salud (Brenzel 2002).

“En la Región de las Américas, la reforma del sector salud se ha propuesto como un proceso dirigido a efectuar cambios sustanciales en las diversas entidades y funciones del sector, para mejorar la equidad de los beneficios, la eficiencia administrativa y la eficacia de las acciones, satisfaciendo de ese modo las necesidades de la salud de la población. Es una fase intensificada de la transformación de los sistemas de la salud, ejecutada en un momento concreto y definida por las situaciones específicas que la justifican y la hacen viable”. (OPS 1997)

Antes de describir las estrategias de la reforma del sector salud, vale la pena examinar el concepto del desempeño del sistema de salud, que ha evolucionado considerablemente desde el inicio de los esfuerzos de la reforma en América Latina y el Caribe. Aunque las iniciativas anteriores se centraban en la eficacia en función de los costos, los modelos recientes han enmarcado más ampliamente el desempeño del sistema de salud, para dar una mayor importancia a los conceptos de equidad y acceso. En 1995, los representantes de una reunión entre los gobiernos y los organismos internacionales de América Latina fijaron los siguientes cinco principios orientadores o metas para la reforma del sector salud: la equidad, la calidad, la eficiencia, la sostenibilidad y la participación social (López-Acuña 2000). Los participantes reunidos estuvieron de acuerdo en que una iniciativa ideal para la reforma del sector salud mejoraría los cinco aspectos del desempeño del sistema de salud.

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un marco para la evaluación del desempeño del sector salud (OMS 2000) e intentó clasificar a los países según un indicador compuesto y ponderado. El marco, los métodos y la jerarquización generaron un vivo debate en todo el mundo, especialmente en América Latina. Las discusiones constituyeron una crítica técnica hacia el modelo y su aplicación, pero lo que es más importante, señalaron el camino hacia un sistema para la evaluación más preciso y orientado a las decisiones (OPS 2001). Los estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) manifestaron la necesidad de unas evaluaciones multidimensionales sobre el desempeño, un enfoque en “damero”, que fuera más allá de las medidas de eficiencia, para incluir áreas

cruciales como la competencia, el acceso y la continuidad. Solicitaron un proceso inclusivo para definir los indicadores y los métodos de evaluación, especialmente en la formulación y el uso de medidas compuestas, y recomendaron aumentar el desarrollo de la capacidad, al nivel nacional, para que la calidad de los datos y los sistemas nacionales de información estuvieran a la altura de la tarea de apoyo de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. En resumen, el concepto del desempeño del sistema de salud en América Latina y el Caribe ha evolucionado hacia un modelo multidimensional, y se esperan reformas que aborden todos los aspectos del desempeño. Por consiguiente, las estrategias de garantía de calidad deben formar parte de las estrategias de la reforma del sector salud y tener un efecto sinérgico con éstas últimas para lograr los objetivos de la reforma.

Las estrategias de la reforma del sector salud varían desde el financiamiento de las intervenciones, hasta los esfuerzos de descentralización y los programas de asistencia gratuita. Las estrategias se basan en los cambios de normas en el macro nivel, que tienen la finalidad de potenciar el desempeño del sistema de salud. Aunque hay muchas maneras útiles de clasificar las reformas, en la práctica, muchas reformas del sector salud no pueden agruparse bajo un único apartado debido a la compleja e interrelacionada naturaleza de los componentes del sistema sanitario.

La terminología de la reforma del sector salud presentada en este documento se basa en el marco de la OPS para la reforma (OPS 1997) y extrae apreciaciones de un modelo que describe cinco “controles de mando” que pueden manipularse para tener un efecto en el desempeño de la compleja maquinaria del sistema de salud (Roberts y cols. 2001). El marco conceptual de reforma sanitaria resultante se centra en cuatro componentes del sistema de atención sanitaria: gestión y dirección, mecanismos de financiamiento, garantías de la asistencia sanitaria y prestación. En el cuadro 1.1 se definen estos cuatro conceptos y se enumeran algunas de las estrategias comunes de la reforma del sector salud. Estas estrategias y sus implicaciones para la calidad de la atención se exponen detalladamente en el capítulo tres.

1.2 LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En un contexto global de aumento de la demanda de los limitados recursos de la salud y un amplio debate acerca de cómo alcanzar la eficiencia, la eficacia y la equidad en la atención de la salud, en los años noventa, casi todos los países en América Latina y el Caribe emprendieron la reforma del sector. La mayoría de estas iniciativas formaron parte de reformas gubernamentales más amplias con el objetivo de mejorar el eficiencia del sector público. Las metas explícitas de la reforma del sector salud se centraron en una mayor *eficiencia*; una mejor *calidad* de la atención desde un punto de vista técnico y de la perspectiva del usuario; una *cobertura ampliada*; y *equidad* entre los grupos. La descentralización y la privatización fueron las estrategias favorecidas por la reforma, y la mayoría de éstas se llevaron a cabo mediante el financiamiento de entidades externas, tales como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y otras organizaciones de asistencia para el desarrollo. Es difícil evaluar estas reformas, debido a la dificultad inherente de encontrar unos criterios comunes y de aislar la causa y el efecto, y porque simplemente muchas de las reformas son demasiado recientes como para poder dar una evaluación definitiva. En el año 2000, una evaluación multinacional informaba que muy pocos países habían podido documentar las mejoras en la calidad de la asistencia sanitaria o en las percepciones públicas acerca de la calidad de la atención (Infante y cols. 2000).

CUADRO 1.1 ESQUEMA DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

DIRECCIÓN	MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO	GARANTÍAS DE LA ASISTENCIA SANITARIA	PRESTACIÓN
<p>Definición: Las acciones legales (normas, leyes y decretos proporcionados por una autoridad para estandarizar, cambiar o canalizar el comportamiento del proveedor y para proteger los derechos de los pacientes), los esfuerzos de gestión que definen las funciones de los actores dentro del sistema y los esfuerzos de liderazgo que moldean la cultura del sistema de la propia asistencia sanitaria.</p>	<p>Definición: Los mecanismos generadores de ingresos que proporcionan recursos para la asistencia sanitaria, los servicios preventivos, la detección precoz y la promoción de la salud. Los mecanismos de pago que proporcionan fondos a los proveedores individuales e institucionales de la asistencia sanitaria, los servicios preventivos y la promoción de la salud.</p>	<p>Definición: La especificación de un conjunto de prestaciones de salud para proporcionarlos a todos los ciudadanos o a determinadas subpoblaciones. Los criterios pueden incluir la reducción de la carga de morbilidad, la eficiencia en la asignación de recursos, el acceso equitativo y otros.</p>	<p>Definición: La determinación de cómo los servicios serán proporcionados y por quien, tanto para el sector en general como para los entornos específicos de prestación de servicios.</p>
<p>Estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Concesión de licencias ▪ Certificación y acreditación ▪ Desarrollo de normas nacionales y de guías clínicas ▪ Legislación respecto a los derechos de los pacientes ▪ Regulación de las aseguradoras ▪ Separación/ redefinición de las funciones (seguros, financiamiento, prestación) ▪ Definir la coordinación, cooperación y competencia entre los actores en el sistema tridimensional ▪ Iniciativas de centralización/ descentralización ▪ Desarrollar una capacidad de gestión y dirección ▪ Promover funciones esenciales de la salud pública ▪ Concientización acerca de los derechos y las responsabilidades del ciudadano en la asistencia sanitaria ▪ Concientización acerca de los derechos y las responsabilidades de los proveedores 	<p>Estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Normas tributarias ▪ Estructura de los honorarios para los planes de seguros sociales y privados ▪ Tarifas que pagan los usuarios ▪ Financiamiento comunitario ▪ Fórmulas de asignación financiera para los servicios a las poblaciones y/o las comunidades ▪ El pago a los proveedores individuales (capitación, honorarios por servicios prestados, sueldo fijo, etc.) ▪ Pago a las organizaciones de proveedores (por día, por diagnóstico, por admisión, reembolso de los costos, presupuesto global) ▪ Incentivos financieros basados en el desempeño ▪ Mecanismos financieros y de asignación para la descentralización 	<p>Estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definición de cuáles serán los servicios que se cubrirán para la población global ▪ Definición de paquetes de servicios para subpoblaciones, tales como las mujeres embarazadas, las madres y lactantes y los ancianos ▪ Racionalización de la atención a las personas ▪ Requisitos de cobertura para las pólizas de seguro 	<p>Estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definición de modelos de prestación de servicios: alcance y continuidad de la atención ▪ Intervenciones de recursos humanos ▪ Innovaciones en los sistemas de información ▪ Estrategias de regionalización ▪ Asignación de más recursos a la atención primaria y menos a la atención secundaria

Dada la importancia de la calidad como un resultado deseado y el poder de las estrategias de garantía de calidad para obtener una repercusión sobre la calidad de la atención, la exploración de las formas mediante las cuales estas estrategias pueden mejorar y reforzar las metas de la reforma del sector salud está bien justificada, aunque llega con retraso. El siguiente apartado proporciona una introducción a los conceptos, principios y estrategias de la garantía de calidad.

1.3 UNA INTRODUCCIÓN A LA GARANTÍA DE CALIDAD

Una asistencia sanitaria de calidad puede definirse de diversas maneras. Cuando la calidad de la atención se considera en el contexto de la reforma del sector salud, a menudo se asocia exclusivamente a la calidad técnica, definida como la observancia de los reglamentos y el cumplimiento de las normas, en lugar de asociarse a atributos tales como el acceso o la eficacia en función de los costos. La calidad, sin embargo, implica la prestación oportuna de una atención eficaz y segura (calidad técnica), en condiciones físicas y éticas adecuadas (calidad percibida) (OPS 1997). En realidad, la calidad de la atención es un concepto multidimensional, que abarca estos atributos y más.

Si bien diversos expertos en la garantía de calidad pueden tener definiciones distintas del término calidad, en general están de acuerdo con un constructo integral que refleja la complejidad inherente en cualquier esfuerzo para mejorar o aumentar al máximo el estado de salud. Basándose en más de un decenio de experiencia en el uso de los métodos de garantía de la calidad para mejorar la asistencia sanitaria en los países en desarrollo y con ingresos medios de todo el mundo, el Proyecto de Garantía de Calidad ha identificado nueve dimensiones que abarcan la atención de calidad, según se expone en el cuadro 1.2 (Franco, Silimperi y cols. 2002).

CUADRO 1.2 DIMENSIONES DE LA CALIDAD

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN
Desempeño técnico	Cumplimiento de las normas técnicas.
Acceso a los servicios	Eliminación de las barreras geográficas, económicas, sociales, organizativas o lingüísticas, a la atención.
Eficacia de la atención	Grado de logro de los resultados de la salud.
Eficiencia de la atención	Uso de recursos mínimos para lograr los resultados deseados.
Relaciones interpersonales	Comunicación eficaz, escucha, establecimiento de la confianza, respeto, sensibilidad y confidencialidad.
Continuidad de los servicios	La uniformidad del proveedor, según convenga y sea factible, así como referencias oportunas y apropiadas.
Seguridad	El grado en que el riesgo de lesión, infección o efectos colaterales se reduce al mínimo.
Infraestructura física / comodidad	Aspectos diversos de la atención, tales como el aspecto físico, el aseo, la comodidad y la intimidad.
Elección	La elección del proveedor, el tratamiento o el plan de seguro, según convenga y sea factible. El acceso a la información que permita al cliente una autonomía en el ejercicio.

Aunque las diferentes dimensiones de calidad pueden separarse para fines conceptuales, en la práctica, todos estos elementos deben fusionarse en el lugar de prestación del servicio para que se produzca una atención de calidad. En este sentido, toda la calidad es local. El siguiente ejemplo de un caso, tomado de la experiencia del Proyecto de Garantía de Calidad en Nicaragua, ilustra la complejidad de unir la teoría, el conocimiento y la práctica en el lugar de

prestación del servicio.

“Una mujer nicaragüense que estaba por dar a luz llamó a una partera tradicional de su pueblo para que la atendiera. La partera tradicional se había preparado para reconocer que, si la placenta no se desprendía 30 minutos después del nacimiento del niño, existía el peligro de hemorragia. De hecho, la hemorragia debida a la placenta retenida es la principal causa de mortalidad materna en Nicaragua. Al no desprenderse la placenta en el tiempo previsto, la partera pidió al hermano de la mujer que saliera a la carretera e hiciera señales a algún vehículo para llevarla al centro de salud de Bocay. Notificó el problema y se envió una ambulancia para recoger a la mujer. Cuando la mujer llegó al centro de salud, estaba sangrando debido a que la placenta permanecía retenida. El equipo del centro de salud la ingresó rápidamente y le administró un goteo de oxitocina por vía intravenosa. Extrajeron manualmente la placenta apenas unos pocos minutos después de su llegada al centro de salud. Media hora después y sólo dos horas después del nacimiento del bebé, la madre descansaba cómodamente en la cama mientras lactaba a su hijo”. (Nuñez y Urbina 2001)

Como ilustra este ejemplo, la calidad no solamente es un concepto abstracto que se refleja en un indicador o que es debatido por los planificadores. Más bien, la atención de calidad se experimenta como una experiencia tangible y personal para los pacientes, sus familias y para las comunidades, a menudo con consecuencias de vida o muerte. Muchos factores contribuyeron al resultado positivo descrito en el ejemplo anterior: la mujer confió y respetó a la partera lo suficiente como para pedir su atención. La partera estaba vinculada al sistema de salud; había recibido una formación que le permitió reconocer el peligro y fue consciente de su función como parte de un proceso continuo de la atención, en que se puede proporcionar una atención médica de alta calidad, sin barreras para su acceso. La decisión de evacuar a la mujer del pueblo al centro de salud, la disponibilidad de transporte, la recepción eficaz en el centro de salud y la rápida movilización de la atención de emergencia demostraron ser cruciales en la creación de condiciones para que el personal del centro de salud prestara una atención técnica eficaz. La disponibilidad de una cama cómoda y de una atención de seguimiento apropiada permitió a la madre iniciar con éxito la lactancia materna mientras descansaba con su bebé.

Quizá se tenga la tentación de atribuir el resultado de un ejemplo como este caso a la suerte o a la providencia, pero, en realidad, el sistema había sido rediseñado para funcionar de esa manera y este caso demuestra que fue capaz de funcionar de la forma como había sido diseñado para hacerlo. La meta de un sistema de asistencia sanitaria de calidad es proporcionar a la población una atención de salud de calidad mediante el uso oportuno y eficaz de todos los recursos disponibles.

¿Cuáles son los factores determinantes de una atención de alta calidad? ¿Cómo pueden hacerse explícitos los procesos necesarios para que un sistema complejo funcione como es debido? Los expertos en garantía de la calidad han identificado seis factores determinantes de la atención de calidad. Cinco de ellos son características del sistema de salud: motivación del personal, competencia del personal, recursos suficientes, contenido apropiado de la atención y una atención fluida y bien organizada. El sexto factor se refiere al cliente y a la comunidad, cuya plena participación en el proceso de atención es un importante factor determinante de la atención de calidad. Estos factores determinantes se exponen en el cuadro 1.3.

Para llevar a la práctica la atención de alta calidad, estos factores determinantes deben estar presentes en el lugar donde se presta el servicio. Los conceptos surgen de lo aprendido en la prestación de atención de calidad en casos individuales y permiten generalizaciones que describen un sistema que está listo para tratar una variedad de casos individuales. La figura 1.1

ilustra la relación entre estos factores determinantes y la atención de alta calidad.

CUADRO 1.3 FACTORES DETERMINANTES DE UNA ATENCIÓN DE CALIDAD

FACTOR DETERMINANTE	DEFINICIÓN
Motivación del personal	El personal debe estar dispuesto a ejercer el esfuerzo necesario para llevar a cabo los servicios según las normas y de una manera respetuosa hacia el usuario (Franco, Bennett y cols. 2002).
Competencia del personal	El personal debe tener la capacidad para hacer lo que se necesita, incluidas las aptitudes para saber lo que los clientes necesitan y tratarlos con respeto (Kak y cols. 2001).
Recursos adecuados	Se dispone de recursos (humanos y materiales) para prestar una atención apropiada, de manera equitativa y accesible.
Definición adecuada del contenido y el proceso de atención	Debe definirse el "qué" de la atención (incluidas la comunicación interpersonal, la promoción de la salud, etc.), basándose en la evidencia de lo que se sabe que es eficaz y apropiado para ese entorno (Márquez 2001).
Fluidez y buena organización de los servicios a lo largo de un proceso continuo de la atención	El sistema de prestación y apoyo de la atención debe organizarse de tal manera que pueda prestar unos servicios eficaces y aceptables a los clientes, garantizar la equidad, el acceso, la continuidad, la referencia apropiada y la buena coordinación, a lo largo de un proceso continuo de la atención (Massoud 2001).
Participación activa en la definición y en la recepción de atención por el cliente y la comunidad	Los clientes y las comunidades están motivados y autorizados para participar activamente en la determinación de qué servicios se ofrecen y de qué manera, en las decisiones sobre la atención, y en la cumplimiento de un plan de tratamiento negociado y acordado mutuamente.

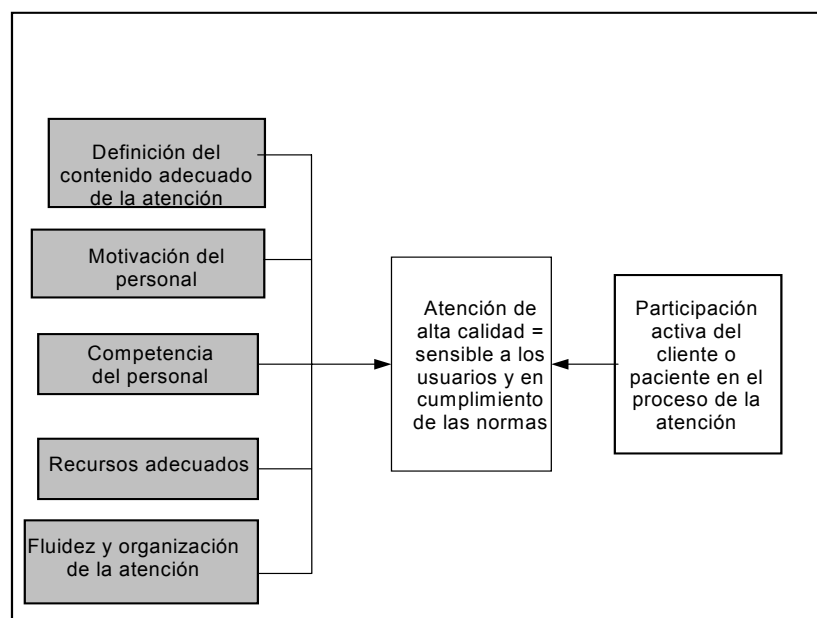


FIGURA 1.1 FACTORES DETERMINANTES DE UNA ATENCIÓN DE CALIDAD

Tanto las iniciativas de reforma del sector salud como las actividades de garantía de calidad repercuten sobre los seis factores determinantes de la atención. A veces, los efectos son intencionados y explícitos; en otros casos, no lo son. ¿Cómo podemos evaluar la repercusión que las amplias reformas multifuncionales tendrán en la calidad de la atención?

¿Cómo podemos aprovechar las oportunidades para que las estrategias de garantía de calidad puedan fortalecer tales reformas? Los factores determinantes de la atención de calidad descritos anteriormente proporcionan un marco conceptual para el análisis sistemático de los efectos de la reforma del sector salud en la calidad y para la identificación de las oportunidades de aumentar al máximo la calidad. Sin embargo, antes de esbozar aún más este marco analítico, primero debemos examinar los conceptos básicos y las estrategias de la garantía de calidad.

1.4 CONCEPTOS Y ESTRATEGIAS DE LA GARANTÍA DE CALIDAD

A menudo, los esfuerzos de reforma del sector salud plantean la garantía de calidad sólo en cuanto a la regulación y a las estrategias de acreditación sancionadas en el ámbito normativo. Lamentablemente, muchos responsables de las normas suponen que los requisitos de la garantía de calidad se han cumplido mediante la inclusión de medidas de regulación y acreditación. En realidad, la garantía de calidad es y siempre ha sido mucho más amplia que la aplicación de los mecanismos legales.

Cuando buscan servicios de salud, los pacientes seleccionan un sitio de entrada a lo largo de un proceso continuo de atención. Dependen de los proveedores en ese lugar de acceso para coordinar su atención y para iniciar apropiadamente las referencias a otros puntos de dicho proceso. Por proceso continuo de atención nos referimos a una amplia gama de servicios que un paciente o usuario puede necesitar desde valoración rápida a cuidados primarios, cuidado hospitalario intensivo, rehabilitación o atención en casa. Se producen problemas en la calidad de la atención no sólo debido a que no se cumplen las normas en el lugar de prestación del servicio, sino también debido a fallos o errores en la transición desde un punto a otro del proceso continuo (ej. la referencia desde el diagnóstico hasta el comienzo del tratamiento, o de los servicios básicos en centros de salud a los servicios especializados de un hospital o nuevamente a servicios básicos). Para los fines de este debate, la **garantía de calidad se define como todas las medidas que pueden tomarse para mejorar la asistencia sanitaria en el sitio de entrada de la prestación del servicio y a lo largo de un proceso continuo de la atención.**

La extensa experiencia mundial con programas de garantía de calidad ha dado lugar a la identificación de los principios que sientan bases para todos los esfuerzos de la garantía de calidad:

1. Centrar la atención en el cliente o en la comunidad.
2. Comprender los servicios de la asistencia sanitaria en términos de procesos y sistemas.
3. El uso de datos para medir los efectos de los cambios y para monitorear el desempeño.
4. Un abordaje participativo, con orientación al equipo, para el mejoramiento.

Estos principios son compatibles con los definidos en la bibliografía sobre la gestión de calidad (Berwick y cols. 1992, y Langley y cols. 1996).

Las estrategias específicas de la garantía de calidad recaen sobre tres actividades centrales: la definición, la medición y la mejora de la calidad. Mediante el uso de un enfoque sistemático para la identificación de las necesidades del cliente y del proveedor de servicios, las estrategias del *diseño de calidad* crean sistemas de alta calidad y procesos de prestación de asistencia sanitaria que anteriormente no existían. También pueden usarse enfoques

similares para redefinir o hacer cambios sustanciales en los sistemas y procesos existentes en la prestación de la asistencia sanitaria para lograr unos resultados significativamente mejores. Este enfoque se usa cuando los métodos de mejoramiento aplicados al sistema actual no pueden producir por sí mismos la magnitud de cambio deseado. Las estrategias de *medición de la calidad* miden de forma rutinaria o ad hoc los insumos, los procesos, los productos y los resultados de los sistemas y los servicios de la asistencia sanitaria. Las estrategias de la *mejora de la calidad* efectúan cambios en los sistemas y procesos de la asistencia sanitaria para reducir los problemas y mejorar los resultados. La figura 1.2 ilustra el triángulo de la garantía de calidad y enumera algunas de las estrategias concretas de garantía de calidad de uso habitual. Se están desarrollando continuamente nuevos métodos y enfoques de garantía de calidad. Uno de ellos es el *enfoque de proyectos colaborativos* según el cual un grupo de organizaciones o establecimientos trabajan de manera conjunta para identificar problemas, compartir soluciones y monitorear resultados clave. Mejoras significativas en resultados son obtenidas en el corto plazo debido a este aprendizaje compartido. La relación de estas estrategias con la reforma del sector salud se tratará con más detalle en el capítulo tres.

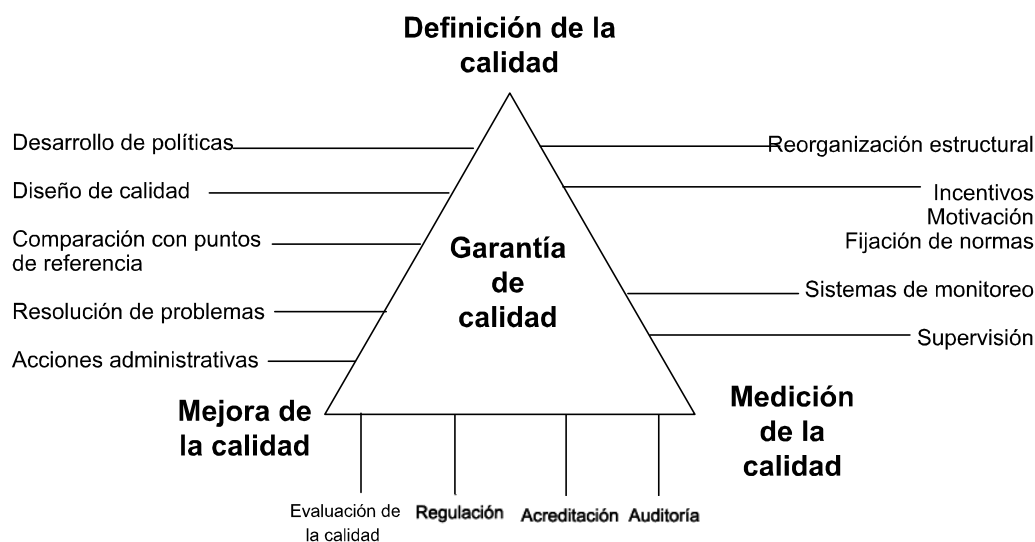


FIGURA 1.2 TRIÁNGULO DE LA GARANTÍA DE CALIDAD

En los diez últimos años, varios países de América Latina y el Caribe han realizado esfuerzos para abordar problemas en la calidad de la atención, ya sea mediante esfuerzos legales que formaban parte de las reformas del sector salud o mediante esfuerzos multifacéticos de garantía de calidad dentro de servicios o programas específicos. En algunos casos, los esfuerzos se hicieron mediante programas de garantía de calidad bien desarrollados, a nivel del sistema o sectorial, con una estructura designada y actividades de diseño, vigilancia y mejoramiento de la calidad en marcha (Ross y cols. 2000; Legros y cols. 2000, y Hermida y Robalino 2003). Las lecciones extraídas de estas experiencias pueden aplicarse provechosamente en el diseño y la ejecución de reformas del sector salud.

En resumen, en el último decenio, han ido desarrollándose tanto elementos conceptuales como prácticos de la garantía de calidad y de las estrategias de la reforma del sector salud. Se ha adquirido una considerable experiencia en el uso de la reforma del sector salud y la garantía de calidad en América Latina, y ambos tipos de intervención se han desarrollado hasta un punto en que su ejecución puede cumplir unas mejoras importantes en el estado de la salud de

la región. En el próximo capítulo se estudia la relación entre estos dos tipos de reforma.

II. RELACIÓN ENTRE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y LA GARANTÍA DE CALIDAD

Tanto las iniciativas de reforma del sector salud como los esfuerzos de garantía de calidad constan de intervenciones legales y administrativas con miras a mejorar el desempeño del sistema de salud. En efecto, la garantía de calidad puede ser una estrategia de la reforma del sector salud. Sin embargo, para los propósitos de este documento es útil entender las diferencias entre ambos enfoques de modo que los líderes del sector salud puedan explotar plenamente la repercusión individual y combinada de ambas estrategias en el desempeño.

2.1 LA IMPORTANCIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Una diferencia importante entre la reforma del sector salud y la garantía de calidad es que la reforma del sector salud se centra en una amplia gama de metas, incluyendo el estado de la salud, la eficiencia, la equidad y el acceso, mientras que la garantía de calidad se centra principalmente en la calidad de la atención. Mientras que la importancia de la calidad está implícita en la reforma del sector salud, en la garantía de calidad es explícita y expresada en términos de indicadores cuantificables del proceso de la atención. Para aprovechar al máximo la repercusión de las reformas y comprender los resultados, es tan importante un énfasis en la calidad del proceso de prestación de servicios como un énfasis en los resultados, reflejados en el estado de la salud.

Además de mostrar una conexión lógica entre la aplicación eficaz de las normas basadas en la evidencia y la mejoría en los resultados de salud, los estudios de investigación revelan una correlación entre los resultados de la salud y la calidad de la atención (Walker y cols. 1988; Ahmed y cols. 1999; y O'Connor y cols. 1996). Está claro que, entre los muchos factores que afectan al estado de la salud, desde las condiciones económicas, las prácticas nutricionales y culturales, hasta los riesgos y los beneficios ambientales, la calidad de la asistencia sanitaria surge como un factor principal y determinante. No obstante, a pesar de la importancia de la asistencia sanitaria de calidad, los estudios han revelado que, en muchos países, la calidad de la atención es deficiente (Rowe y cols. 2001; Nicholas y cols. 1991; Krause y cols. 2000, y Nolan y cols. 2001). Por lo tanto, las reformas sanitarias orientadas a la calidad son aconsejables y necesarias.

Aun en presencia de mejoras en el estado de la salud, es importante medir la calidad de la atención para demostrar una relación causa-efecto entre la reforma del sector salud y las mejoras logradas. Esto resulta a la vez científicamente sólido y políticamente prudente. Para ganar y mantener el apoyo de los participantes en el sistema de asistencia sanitaria y de la población beneficiaria, los reformadores deben demostrar que las reformas contribuyeron a una mejora del estado de la salud, lo que quizá también pueda atribuirse a las mejoras económicas y ambientales. Aún más, en las situaciones desafortunadas en las que las condiciones económicas o ambientales conllevan una disminución en la salud y en el bienestar, es útil para los líderes del sector salud poder documentar mejoras de la calidad del servicio. Mientras el cambio neto en el estado de la salud, durante un período dado, quizá sea negativo, existe aún la posibilidad de comprobar que, a pesar de las disminuciones en el estado de la salud, las reformas logradas en el sector salud mejoraron la calidad y, en realidad, pueden haber evitado el empeoramiento de la situación. En resumen, es difícil evaluar la contribución de la reforma del sector salud, debido a los numerosos factores determinantes, sin documentar la calidad de la atención.

Los debates acerca de la calidad versus la eficiencia o de la calidad versus la cobertura, a veces, pueden ser el centro del diálogo político acerca de las reformas. De las definiciones de la reforma del sector salud y de la garantía de calidad resulta claro que estos debates tienen sus raíces en la comprensión superficial de ambas estrategias. La conclusión principal que resulta del diálogo es que, mientras mejorar los resultados de la salud es el objetivo de ambos tipos de intervención, el mantener el mejoramiento de la calidad de la atención como objetivo prioritario, asegurará el impacto de los esfuerzos de reforma en los resultados sanitarios, mientras equilibra las inquietudes sobre la eficiencia y la sostenibilidad.

2.2 LAS INTERVENCIONES NORMATIVAS EN EL MACRO NIVEL FRENTE A LOS CAMBIOS A NIVEL OPERATIVO

Otra manera en que las iniciativas de la reforma del sector salud y las de la garantía de calidad difieren es en la naturaleza y el alcance de sus intervenciones. Las reformas del sector salud surgen usualmente de cambios en las políticas, que se producen en el ámbito nacional. Estos cambios normativos están destinados a repercutir en la atención mediante el cambio en el entorno en el que se presta la asistencia. Mientras que la garantía de calidad también incluye algunas medidas en el ámbito normativo, su fuerza principal radica en una oferta rica de estrategias que conducen a unos resultados previsibles en la prestación de servicios. En términos generales, las intervenciones de la reforma del sector salud están orientadas a las políticas, mientras que las estrategias de la garantía de calidad están orientadas a los cambios operativos que se llevan a cabo localmente o en todo el sistema. En el capítulo tres se presentan unos ejemplos ilustrativos de cómo estos dos tipos de intervenciones pueden actuar juntas.

A pesar de estas diferencias, la reforma del sector salud y la garantía de calidad comparten efectivamente algunas estrategias comunes, especialmente en los aspectos legales. El diagrama de Venn (figura 2.1) a continuación ilustra las maneras en las que la garantía de calidad y la reforma del sector salud se superponen.

Si bien la acreditación, la certificación, la concesión de licencias y el desarrollo de las normas nacionales se llevan a cabo tanto bajo las iniciativas de la reforma del sector salud como bajo las de la garantía de calidad, los enfoques de estas dos estrategias hacia las normas de regulación difieren considerablemente. Según se verá en la exposición en el capítulo tres, la eficacia de estas estrategias puede mejorarse enormemente mediante la fusión del intenso abordaje normativo de la reforma del sector salud, con el enfoque participativo, con orientación a la ejecución, de los métodos de la garantía de calidad. Ambas estrategias también pueden llevarse a cabo de una manera coordinada para lograr sus beneficios complementarios en la eficiencia de un sistema de asistencia sanitaria. Si bien ambas estrategias buscan la eficiencia, las estrategias de la garantía de calidad trabajan para la *eficiencia técnica* a un nivel operativo, o sea, en el grado en que los servicios se prestan a un costo mínimo; mientras que las estrategias de la reforma del sector salud buscan la eficiencia *distributiva* al un nivel macro, mediante la determinación de un conjunto de servicios sanitarios que aumenta al máximo los resultados sanitarios y la satisfacción en una población determinada (Roberts y cols. 2001).



FIGURA 2.1 INTERSECCIÓN ENTRE LA GARANTÍA DE CALIDAD Y LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

La naturaleza complementaria de estos dos tipos de eficiencia puede representarse visualmente en un gráfico, en el que el eje vertical representa la variedad de servicios de salud ofrecidos, y el eje horizontal, la distribución equitativa de beneficios de salud; cada uno de los ejes representa una gama mínima a máxima (ver figura 2.2). Por cada nivel de los recursos invertidos en la asistencia sanitaria existe una frontera de calidad técnica (Roberts y cols. 2001), que puede ilustrarse como una curva. El desempeño puede caer (generalmente lo hace) debajo de la curva, pero cada punto de la curva representa una manera extremadamente eficaz de prestar una mezcla determinada de servicios sanitarios. La garantía de calidad está concebida para incrementar el desempeño del sistema, hasta un punto en el que los servicios se prestan de la manera más eficaz y eficiente posible. Los ejemplos son los puntos A, B y C, donde A proporcionaría una amplia gama de atención de calidad a unas pocas personas, y C proporcionaría una estrecha variedad de servicios de calidad a un gran número de personas. El punto B sería el equilibrio entre estos dos extremos. Desde el punto de vista de la garantía de calidad, los tres puntos son eficientes porque caen sobre la curva y no en el interior de la misma. Si bien es fácil observar que algunos de los puntos proporcionan acceso a un mayor número de personas, las herramientas de la garantía de calidad no abordan las diferencias en el acceso entre grupos. Más bien, la dimensión de la calidad de la atención para el acceso se limita a garantizar la ausencia de barreras para las personas que buscan atención.

Mientras que la reforma del sector salud también puede tratar de estimular la eficiencia técnica, el objetivo principal de las reformas es ampliar y *aumentar al máximo los beneficios sanitarios para la población en general*, al trabajar para la obtención de un conjunto óptimo y una distribución más amplia de los servicios. Hay muchas maneras de poder medir los beneficios del servicio de salud, desde la esperanza de vida, a la esperanza de vida ajustada según la discapacidad, pasando por el descenso de la mortalidad de los lactantes y los niños. En cualquier medida que se elija, la magnitud de los beneficios sanitarios que corresponden a un nivel específico de desempeño puede conceptualizarse como el área del rectángulo prescrito por las coordenadas de un punto de desempeño determinado o dentro de la frontera de la calidad técnica. Por lo tanto, una reforma que desplace el desempeño desde el punto D

hasta el punto E se consideraría exitosa, porque aumenta la variedad de los servicios ofrecidos y distribuye los beneficios de una manera más equitativa. El valor de los desplazamientos desde D a F o desde D a G quizá esté sujeto a debate, ya que cubren, aproximadamente, las mismas áreas.

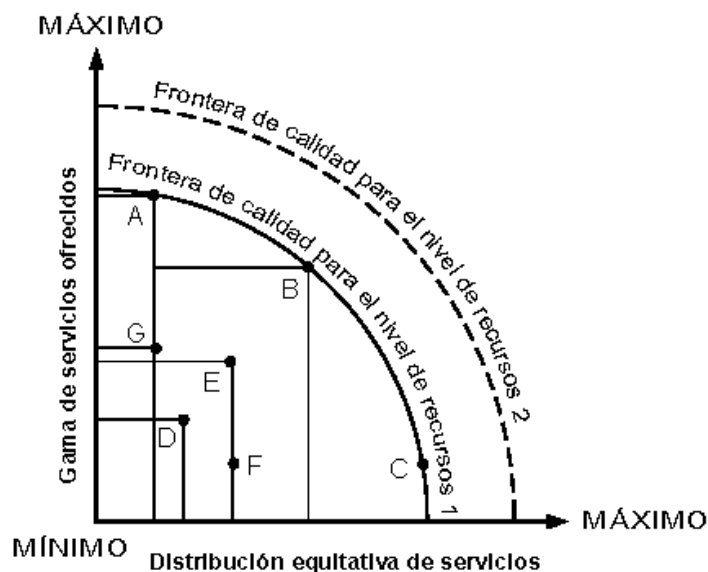


FIGURA 2.2 DISTRIBUCIÓN EQUITATIVA DE LOS SERVICIOS

Tal como sugiere la figura 2.1, tanto la garantía de calidad como la reforma del sector salud pueden mejorar los beneficios sanitarios al desplazar el desempeño hasta un lugar que corta un rectángulo con un área mayor. Por lo visto, el punto B parece recortar el rectángulo más grande, y el gráfico de la figura 2.2 indica que se necesitaría el uso por igual de las estrategias de garantía de calidad y de la reforma del sector salud para llegar al punto B, el nivel óptimo de eficiencia técnica y distributiva.

Estas relaciones pueden ilustrarse colocando en la curva diversas opciones normativas para los programas que abordan la malnutrición. Una opción podría centrarse en prestar una atención multidisciplinaria en los casos que se presentan como gravemente desnutridos en los hospitales y en los consultorios grandes. La atención prescrita podría requerir una educación alimentaria, una administración suplementaria de alimentos y un control frecuente del crecimiento, así como el tratamiento de los trastornos médicos asociados. Esta norma proporcionaría una amplia gama de servicios a una población limitada pero necesitada de ellos, pero algunos necesitados no tendrían acceso a estos servicios. El desempeño real podría caer en cualquier punto de la línea GA, en función de la calidad de la ejecución. Una segunda opción podría ser una campaña de educación nacional acerca de la nutrición del niño, acompañada por el requisito del control del crecimiento y educación, que se incluyan en el protocolo de atención de los niños sanos en todas las visitas pediátricas. Este programa llegaría a una mayor cantidad de niños, pero con una mayor restricción de la gama de servicios. La atención se limitaría, con todo, a los que son usuarios del sistema de asistencia sanitaria. El desempeño real se situaría en cualquier lugar a lo largo de la línea DB, en función del lugar en que se ponga en práctica el programa. Un tercer programa podría centrarse en el aumento del acceso mediante el control del crecimiento por parte de los trabajadores comunitarios de salud o de voluntarios al nivel doméstico, junto con la referencia de niños desnutridos. Este programa ofrecería una variedad más limitada de servicios pero podría

alcanzar a un porcentaje mayor de la población. El desempeño podría situarse en el punto C o debajo de éste.

Cada una de estas estrategias tiene sus puntos fuertes y sus inconvenientes. La finalidad de los ejemplos no es decidir cuál es la mejor solución (una decisión que quizá varíe de un país a otro). En realidad, una combinación de los tres programas podría servir como una posible solución. El objetivo de los ejemplos es demostrar que, aunque la selección de una estrategia de prestación de servicios (una tarea de la reforma del sector salud) es un factor principal, es igualmente importante alcanzar una repercusión total que asegure la calidad de la ejecución. Sólo cuando las normas escogidas actúen junto con los esfuerzos para asegurar una ejecución eficaz tendrán los efectos deseados.

Según se observa tanto en el modelo como en el ejemplo, los métodos de la garantía de calidad y las reformas del sector salud son más eficaces cuando se combinan para poner en marcha lo que podrían llamarse reformas del sector salud con orientación a la calidad. Este tipo de reforma trata sobre el arte y la ciencia de tomar decisiones distributivas que encuentren el punto óptimo en la frontera de la calidad técnica para un nivel dado de recursos. Es probable que tales esfuerzos produzcan unos beneficios sanitarios óptimos que estén de acuerdo con las metas equitativas de una sociedad.

III. ESTRATEGIAS DE LA GARANTÍA DE CALIDAD EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD: IDENTIFICACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES PARA LA SINERGIA

Para promover y proteger la calidad de la asistencia sanitaria, los responsables de las políticas deben evaluar la repercusión de cada una de las reformas del sector salud sobre los factores que determinan la atención de calidad, y adoptar las medidas para reducir al mínimo o eliminar los elementos negativos para la calidad y crear u optimizar los incentivos para la misma. Este capítulo presenta una matriz sencilla que permite la evaluación sistemática de los diversos componentes de la reforma del sector salud, teniendo en cuenta los factores determinantes de la atención de calidad, y recomienda las estrategias apropiadas de la garantía de calidad. La exposición de las opciones de la reforma del sector salud no es exhaustiva, pero intenta proporcionar un marco para establecer un punto de partida y un proceso para una evaluación minuciosa del programa de la reforma, para que la conexión entre ésta y la calidad pueda hacerse explícita y para que se obtengan unas reformas del sector salud con orientación a la calidad.

Antes de conocer las estrategias focalizadas de la garantía de calidad, es importante reconocer que un programa de garantía de calidad deberá conceptualizarse y diseñarse con el fin de la institucionalización en mente. Las normas para diseñar los programas sostenibles de garantía de calidad, que tengan en cuenta la cultura de organización, los requisitos estructurales y los sistemas de apoyo adecuados se esbozan detalladamente en otra parte (Franco, Silimperi y cols. 2002). Las reformas del sector salud casi siempre se beneficiarán de la puesta en práctica de tales programas e, idealmente, un programa de garantía de calidad deberá integrarse en el diseño inicial de cualquier iniciativa de la reforma del sector salud. El diseño de un programa de garantía de calidad deberá identificar, para la puesta en marcha de procedimientos de calidad, una nueva estructura o unas responsabilidades claramente delineadas en el programa existente. Los programas de garantía de calidad deberán fomentar una cultura con orientación a la calidad e incluir la definición de normas, la vigilancia y las actividades para la mejora de la calidad (Brown 1995).

Usualmente no será posible implementar todas las estrategias y enfoques de garantía de calidad al mismo tiempo. De lo contrario usualmente deberán ser incorporadas por fases y armonizadas con otras estrategias claves de la reforma del sector salud de acuerdo a la disponibilidad de recursos y oportunidades para optimizar la sinergia. No existe una sola manera de introducir las diferentes estrategias de la garantía de calidad, el plan dependerá de la historia de esfuerzos previos en el tema, circunstancias locales y prioridades nacionales. Un ejemplo de un proceso de tres fases sería:

Etapa 1:

- Desarrollo de estándares y lineamientos para la atención de la salud
- Concesión de licencias a proveedores y establecimientos
- Control de calidad de los medicamentos, laboratorios y áreas de radiología
- Control de infecciones en hospitales

Etapa 2:

- Capacitación en mejoramiento de la calidad y actividades de mejoramiento
- Medición de resultados
- Monitoreo del cumplimiento con los estándares y lineamientos (ej. Auditoría

médica)

- Proyectos colaborativos de mejoramiento
- Participación de grupos de usuarios en la gestión

Etapas 3:

- Acreditación de establecimientos
- Regulación de compañías de seguros
- Remuneración por desempeño
- Evaluación de la tecnología

Algunos países podrían preferir una gama o secuencia muy distinta de enfoques en cada fase. Lo importante es que las autoridades nacionales y los expertos se reúnan, examinen las opciones y planifiquen una estrategia lógica y factible según etapas.

La relación entre la garantía de calidad y la formación previa al servicio deberá hacer hincapié en cualquier iniciativa de la garantía de calidad. La formación previa al servicio deberá vincularse no sólo a las normas de asistencia con los últimos adelantos técnicos y basadas en la evidencia; también están obligadas a introducir las aptitudes de la garantía de calidad y sus métodos. La amplitud con que las escuelas de medicina y de otras profesiones de la salud presentan y forman a los estudiantes sobre la garantía de calidad afecta no sólo a las aptitudes, sino también al nivel en el que una cultura con orientación a la calidad se establece en el sector sanitario. Al proporcionar una base de garantía de calidad al nivel previo al servicio, los educadores preparan a los proveedores para que cumplan una función en los esfuerzos de la garantía de calidad y preparan las condiciones para que los sistemas de salud proporcionen una capacitación eficaz en el servicio.

La discusión a continuación destaca las relaciones entre las estrategias específicas de garantía de calidad y los diferentes tipos de reformas, para que los líderes del sector salud puedan tener un mejor entendimiento a fin de que los elementos de la garantía de calidad puedan agregarse a las reformas en curso. La matriz presentada al final de cada sección resume tanto los principales beneficios como los riesgos potenciales para la calidad asociados a cada tipo de reforma, y facilita los ejemplos de las estrategias de la garantía de calidad que pueden aumentar al máximo la eficacia de la reforma. Aunque la discusión no pretende ser un tratamiento exhaustivo de cada área, deberá proporcionar a los líderes del sector salud un punto de partida para ayudar a fortalecer o reforzar la repercusión de sus esfuerzos en la calidad de la atención.

Las matrices presentadas como herramientas analíticas pueden usarse para la elaboración de un plan propio de cada país, diseñado para fortalecer la repercusión de la reforma del sector salud en la calidad. El formato proporciona una estructura para un análisis sistemático de la repercusión que las reformas planificadas o en curso tendrán sobre los seis factores determinantes de la calidad. Al estudiar los riesgos y los beneficios potenciales en el contexto de reformas concretas, las estrategias de la garantía de calidad pueden identificarse y hacerse a la medida, según las necesidades de cada situación.

3.1 DIRECCIÓN

La dirección en la atención de la salud es una categoría amplia que abarca la regulación, la definición y la modificación de las funciones y las responsabilidades, además de la articulación

de valores que moldean la cultura del sector salud. Los cambios institucionales en los sistemas de salud y la naturaleza de las responsabilidades mantenidas por las autoridades sanitarias nacionales pueden agruparse en cinco amplias áreas que constituyen la función rectora de los ministerios de salud. Ejercer la función de dirección en la salud incluye tareas sustanciales y no delegadas tal como la regulación sectorial. Esta obligación es fundamental para el trabajo de los ministerios de salud, que son los organismos estatales designados como responsables de la protección del bienestar público en esta área. El objetivo principal de la actuación normativa de las autoridades sanitarias es la protección y la promoción de la salud de la población, una responsabilidad que es el núcleo de las funciones esenciales de la salud pública bajo competencia del Estado. Esta responsabilidad puede ser delegada o compartida por diversas instituciones y en varios niveles dentro del aparato estatal, pero la misión básica corresponde a los ministerios de salud, para asegurar que estas funciones se lleven a cabo lo más eficazmente posible.

“En lo que respecta a la función legal del sector, cuya finalidad es diseñar el marco legal que protege y promueve la salud de la población y garantiza la observancia de las leyes, se incluyen las siguientes líneas de acción:

(a) El desarrollo y el refinamiento de la legislación sanitaria nacional, y su armonización necesaria con la legislación sanitaria de los países que participan en los procesos de integración regional.

(b) El análisis y las leyes sanitarias de los mercados básicos asociados a la salud, como el seguro público y privado, los servicios de la salud, los costos, la tecnología y la comunicación social, así como los bienes de consumo y los costos básicos, los establecimientos públicos y el ambiente.

(c) El análisis técnico y las regulaciones en la prestación de servicios de salud, la certificación y la práctica profesional en la salud, y la formación y los programas de educación continua en las ciencias de la salud.

(d) La instauración de normas básicas para la asistencia sanitaria; el desarrollo de la garantía de calidad y programas de acreditación para las instituciones de servicio sanitario.

(e) La evaluación de las tecnologías sanitarias”. (OPS/OMS1997)

En la siguiente sección se expone el papel directivo en tres áreas diferentes: 1) la regulación 2) la gestión y 3) el liderazgo.

3.1.1 Dirección mediante regulación

La regulación incluye normas legales (leyes, decretos, órdenes, códigos, normas administrativas, pautas) proporcionadas por una autoridad para cambiar o canalizar el comportamiento (Brennan y Berwick 1996). Su eficacia depende de su grado de legitimidad, o sea, el grado en el cual se hallan fijadas las creencias ampliamente sostenidas acerca de cómo el gobierno debe restringir la satisfacción individual y las elecciones privadas en el interés de una comunidad mayor. La meta de la regulación en la prestación de la asistencia sanitaria es mantener una asistencia sanitaria digna y segura, mediante el establecimiento de las condiciones básicas de un intercambio honesto, la compensación de la limitada capacidad de los pacientes para juzgar la calidad y la dirección de las prestaciones del gobierno en bienes públicos y preferentes. La regulación también aborda los planes y la cobertura de los seguros, controla la entrada y la salida al mercado de la asistencia sanitaria, influye en las prácticas competitivas y en la remuneración, fija las normas mínimas de la atención y consigue la seguridad y la calidad del sistema de asistencia sanitaria. La regulación deviene más y más importante en cuanto el sector privado crece y asume más roles en la provisión de servicios de

salud que previamente eran otorgados por el sector público.

La regulación a menudo se usa para controlar los costos (por ejemplo, normas, acreditación, certificación y concesión de licencias de fármacos), los procesos (por ejemplo, pautas de práctica, derechos de los pacientes) y los resultados (por ejemplo, responsabilidad por negligencias, la mala práctica médica). También puede usarse para limitar la capacidad de los proveedores para inducir la demanda de asistencia sanitaria al reglamentar los costos (suministro de recursos humanos) y la inversión de capital (evaluación de las tecnologías sanitarias y certificados de necesidad).

El enfoque tradicional de la regulación para asegurar calidad, se ha concentrado en la competencia del personal, en los recursos adecuados y en la capacidad apropiada de la atención. En muchos casos, la regulación ha sido una colección de normas “en los libros”, sin mucha aplicación operativa, más allá de la concesión inicial de licencias para personas y establecimientos. Cuando existe un proceso para vigilar el cumplimiento de la regulación, gran parte de la actividad reguladora se ha centrado en el proceso de clasificar y diferenciar lo malo de lo satisfactorio mediante inspecciones y sanciones. Ejemplos de esto incluyen la suspensión de licencias para practicar, por parte de un consejo de licenciamiento y programas de acreditación que certifiquen si un establecimiento cumple las expectativas. Sin embargo, un sistema sólido de valoración se basa en dos fundamentos: el manejo eficaz de la inspección (usando tendencias, centrándose en los que tengan un riesgo más alto) y el ajuste de los umbrales de acción a los niveles económicos óptimos (basados en la determinación de si contribuyen a una mejor atención).

Un estudio realizado por la OPS encontró que, de 25 países encuestados, sólo seis tenían procedimientos formales para la acreditación de los servicios y establecimientos de salud (Infante y cols. 2000). Aunque otros países tienen mecanismos de concesión de licencias y de certificación, las leyes parecen ser una estrategia poco utilizada para la reforma en la región (Askov y Márquez 2005). Aunque, por el momento, la investigación sobre la eficacia de la regulación en los países en desarrollo y en transición es limitada, existe, no obstante, una oportunidad importante de mejorar la calidad del sistema mediante la regulación, si se eligen y aplican correctamente unas estrategias eficientes y comprobadas.

Aunque la regulación puede influir en todos los factores determinantes de la atención, el *contenido de la atención, la competencia técnica y la adecuación de los recursos* son primordiales en estrategias tales como la certificación, la concesión de licencias, la acreditación y el desarrollo de las normas. La legislación de los derechos de los pacientes afecta a estos factores determinantes así como a la *participación comunitaria*.

La **concesión de licencias, la certificación y la acreditación** son los mecanismos legales habituales que pueden variar en el alcance y en la profundidad de su evaluación. Cada vez más, los esfuerzos legales han tratado de incluir un elemento de autorregulación, basado en la creencia de que la herramienta legal más eficaz es el autoseguimiento rutinario. Estos métodos legales tienen la posibilidad de mejorar significativamente la calidad mediante:

- La definición de estándares de atención mínimos u óptimos
- La estandarización de la atención
- La determinación de los contenidos de los programas y de los insumos necesarios para que los establecimientos puedan adquirir los recursos básicos.

Sin embargo, deben tenerse en cuenta varios riesgos al diseñar y ejecutar la reforma legal:

- La evaluación puede centrarse en los requisitos que no demuestran afectar la calidad

de la atención.

- La ejecución de procedimientos de regulación puede ser costosa y/o puede requerir de conocimientos profesionales que podrían no estar disponibles
- El proceso de evaluación, si no se ha manejado cuidadosamente, puede influir negativamente en las actitudes y en la opinión de los proveedores.
- La difusión de resultados insatisfactorios podría afectar la confianza del público en los servicios.
- Regulaciones muy estrictas podrían limitar la prestación y el acceso a los servicios
- Las acciones de regulación pueden estar desconectadas de los esfuerzos de mejoramiento.

Las estrategias de garantía de calidad pueden usarse tanto para reforzar el potencial positivo de la regulación como para reducir los riesgos. Los expertos de garantía de calidad han ofrecido los siguientes enfoques para mejorar la eficacia de los mecanismos legales (Brennan y Berwick 1996, y Nicholas 1999):

- Alinear las regulaciones con las prioridades del sector salud.
- Establecer mecanismos de auto-evaluación para vigilar el cumplimiento.
- Reducir los costos de la regulación mediante un muestreo racional, la acreditación focalizada y la inspección escalonada.
- Evaluar y acreditar la gestión y los procesos y las estructuras internas de garantía de calidad.
- Reducir al mínimo los costos internos de la respuesta a la inspección.
- Establecer unos “refugios seguros” para el aprendizaje y la innovación, al valorar los esfuerzos de mejora de la calidad de las organizaciones y al asegurar la flexibilidad suficiente en las normas, para permitir a las organizaciones obtener mejoras concretas y eficientes en sus sistemas.
- Exigir el mejoramiento continuo y el monitoreo de los resultados.

El **desarrollo de las normas y estándares** a menudo forma parte de los esfuerzos normativos de la reforma del sector salud. Estos esfuerzos influyen en todos los factores determinantes de la atención, en especial en el *contenido* y en el *flujo de la atención*. Para ser eficaz, la normalización debe codificar una atención de alta calidad y definir unos procedimientos bien integrados para que la prevención, la detección y el tratamiento muestren un flujo lógico, tanto dentro como entre las condiciones médicas. En algunos países se desarrollan normas y lineamientos por un departamento técnico del Ministerio de Salud; en otros países pueden ser desarrollados de manera más diversa por diferentes grupos profesionales pero luego requeridos o promovidos por las autoridades nacionales o las compañías de seguros.

La reforma del sector salud, como un esfuerzo nacional para definir las normas, está bien posicionada para aprovechar la mejor pericia nacional e internacional a fin de desarrollar normas de vanguardia. Como producto de este aporte de los expertos, resulta el consenso y la claridad acerca de las expectativas. Sin embargo, estas normas pueden resultar poco realistas para los entornos de la prestación de servicios, o el esfuerzo nacional centralizado puede ser incapaz de comunicar eficazmente a los proveedores las nuevas normas. Es más, una vez que una norma oficial se aprueba, quizá sea difícil revisarla o modificarla en el momento oportuno.

Si un determinado estándar es obligatorio, los líderes deben asegurar que los recursos necesarios estén disponibles. Si no pueden hacerlo, podría ser necesario que el estándar sea cambiado.

Las estrategias de garantía de calidad pueden mejorar significativamente la eficacia de la elaboración de las normas. El enfoque participativo se presta a la formulación de normas basadas en la evidencia y en la adaptación a los entornos locales. Las estrategias de la garantía de calidad para comunicar las normas mediante protocolos escritos, actividades de capacitación, ayudas de trabajo y procesos de revisión técnica, tales como la revisión de reportes sobre mortalidad y la auditoría de muertes maternas, pueden mejorar enormemente el grado en que las normas se comprenden y se ponen en práctica. Además, donde haya una buena estructura de la garantía de calidad, es mucho más fácil mantener un proceso para la revisión y la actualización de las normas.

La legislación de los derechos del paciente es una manera importante de establecer un consenso acerca de los derechos de los pacientes entre los responsables legales y los directivos del sistema de salud y para proporcionar una base legal para su cumplimiento. Sin embargo, tal legislación no tendrá una repercusión en el lugar de prestación de servicios si los pacientes y los proveedores no se tienen conciencia de sus derechos y responsabilidades. Las estrategias de la garantía de calidad pueden usarse para informar de estos derechos, que también se codifican en las dimensiones de la calidad. Los grupos de usuarios, establecidos como parte de muchos programas de la garantía de calidad, son un medio lógico para que los pacientes puedan expresar sus inquietudes y dialogar acerca de sus derechos. Además del aspecto normativo de los derechos de los pacientes, existen importantes temas de liderazgo en esta área. Estos temas se tratarán bajo el componente de la cultura de liderazgo / organización de la reforma del sector salud.

La regulación de las aseguradoras incluye una variedad de estrategias: determinar los paquetes de servicios básicos, fijar los honorarios mínimos y máximos, asegurar la solvencia financiera, rechazar los servicios de proveedores no autorizados, obligar que se ofrezcan las pólizas a ciertos grupos de la población e insistir en procesos de apelación para los beneficiarios. Las normativas a veces dan lugar a una burocracia y a unos costos mayores, y a veces pueden impedir la capacidad del sector privado para responder creativamente a las diferentes situaciones. Sin embargo, esta clase de regulación ofrece la fuerte ventaja de extender el alcance del monitoreo de la calidad al sector privado y puede crear un incentivo significativo para que los proveedores privados practiquen la garantía de calidad y recojan datos comparables de la prestación de servicios para una planificación sectorial.

En el cuadro 3.1 se presenta un resumen de los beneficios potenciales y de los riesgos incurridos por la reforma legal y por las correspondientes estrategias de la garantía de calidad.

3.1.2 Gestión

La función de la gestión está compuesta por una variedad de métodos que los líderes de la asistencia sanitaria usan para definir y configurar el sistema en nombre de sus integrantes. Aunque la gestión puede influir en todos los factores determinantes de la atención, al analizar las opciones para la reforma del sector salud con orientación a la calidad, debe prestarse una especial consideración a los factores de *motivación del personal*, *adecuación de recursos*, *el flujo de la atención* y *factores determinantes de la comunidad*. En el cuadro 3.2 se resumen algunas estrategias comunes de gestión, que se exponen a continuación.

Los responsables de las políticas a menudo incorporan en las reformas del sector salud **una separación/ redefinición de las funciones como la gestión, los seguros, el**

financiamiento y la prestación. Aunque, por lo general, la motivación para tales estrategias

CUADRO 3.1 REFORMA LEGAL CON ORIENTACIÓN A LA CALIDAD

ESTRATEGIA DE REFORMA	BENEFICIOS (+) Y RIESGOS (-) POTENCIALES	ESTRATEGIAS DE GARANTÍA DE CALIDAD
Acreditación, certificación, concesión de licencias	<ul style="list-style-type: none"> + Estandarizar la atención óptima + Aclarar los costos y los programas - Requisitos no “probados” - Costo - Experiencia negativa para el personal - Los malos resultados minan la confianza pública - Falta de articulación con las prioridades o con los esfuerzos de mejoramiento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alinear las prioridades sectoriales ▪ Usar la evaluación interna/autorregulación ▪ Estrategias de reducción de costos ▪ Evaluar las estructuras de la garantía de calidad ▪ Centrar la cultura del sistema en la valoración del reconocimiento de los problemas y el mejoramiento ▪ Requerir el monitoreo de resultados y el mejoramiento continuo
Elaboración de las normas	<ul style="list-style-type: none"> + Extraer la mejor pericia nacional e internacional + Hacer explícitas las expectativas - Puede ser poco realista para el entorno - Puede ser difícil revisar o modificar en el momento oportuno 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfoque participativo en la formulación y adaptación de las normas ▪ Estrategias para informar de las normas (normas escritas, talleres de orientación, ayudas de trabajo, instrumentos de auto-evaluación) ▪ Proceso para la evaluación y la actualización de las normas
Legislación a cerca de los derechos del usuario	<ul style="list-style-type: none"> + Establecer el consenso acerca de los derechos de los pacientes + Base legal para el cumplimiento obligatorio - Dificultad para efectuar cambios en el lugar de prestación de servicios por decreto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concienciar los proveedores y los pacientes en el lugar de la prestación de servicios ▪ La garantía de calidad respalda los derechos del usuario ▪ Los comités de usuarios dan a los pacientes una voz/ oportunidad para el diálogo
Regulación de las aseguradoras	<ul style="list-style-type: none"> + Amplía el alcance de requisitos de calidad + Fuente útil de datos - Costos, burocracia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programas internos de garantía de calidad para los organismos de seguro y proveedores ▪ Monitoreo de la calidad para acumular y usar los datos

es la reducción de costos y la eficiencia, una repercusión positiva en el estado de la salud puede resultar si los cambios están bien diseñados y administrados, con un enfoque orientado a la calidad. Cuando los responsables de las políticas deciden desplazar la prestación de servicios del sector público al privado, o asegurar a los miembros de la población en lugar de atenderlos directamente, la expectativa es que los mecanismos del mercado en el sector privado conduzcan a unos servicios receptivos, flexibles y económicos. Aunque esto sea posible, de ninguna manera está garantizado. Los incentivos y controles con orientación a la calidad deben implantarse desde un principio; lo cual, si se hace eficazmente, permite al Ministerio de Salud lograr un ahorro en el costo, mejorar la cobertura y extender su influencia más allá de los servicios financiados con fondos públicos al sector salud general.

La desventaja de la separación de las funciones es que los funcionarios del Ministerio de Salud son entrenados, en general, para la prestación de servicios y pueden no tener las aptitudes administrativas, de liderazgo y de gestión necesarias para supervisar los contratos y arreglos implícitos en este tipo de reforma. Es importante evaluar las aptitudes del personal del Ministerio de Salud y realizar la capacitación necesaria para prepararlos para sus nuevas

funciones. Las técnicas de la garantía de calidad, tales como la elaboración de perfiles y ayudas de trabajo, el desarrollar aptitudes de trabajar en equipo y la supervisión facilitadora, pueden ser útiles para sostener estos cambios. Además, el Ministerio de Salud puede usar su función como financiador de los servicios para obligar al cumplimiento de los procedimientos de garantía de calidad, las normas y el monitoreo de la calidad. Por lo tanto, se le permite actuar como un gestor de calidad en el sector salud general.

CUADRO 3.2 REFORMA CON ORIENTACIÓN A LA CALIDAD: GESTIÓN

ESTRATEGIA DE REFORMA	BENEFICIOS (+) Y RIESGOS (-) POTENCIALES	ESTRATEGIA DE GARANTÍA DE CALIDAD
Separación/ redefinición de las funciones (gestión, seguros, financiamiento, prestación)	+ Ahorro de costos + Contratar organismos privados que puedan ser más flexibles - El personal existente del ministerio de salud no siempre tiene las aptitudes necesarias - La supervisión es un reto difícil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obligar el cumplimiento de los procedimientos, pautas de garantía de calidad, objetivos y cobertura ▪ Establecer el monitoreo de la calidad de los servicios privados ▪ El ministerio de salud supervisa la calidad en todo el sector ▪ Desarrollo de liderazgo de la garantía de calidad
Cambiar la manera en que los actores del sistema tridimensional (ministerio de salud, sistemas privados, instituciones de seguridad social) coordinan, compiten y cooperan para prestar atención.	+ Mayor elección de consumidores + Flexible/receptivo + Competencia/ahorros - Duplicación de los servicios - Los no asegurados y los pobres son dejados de lado - Sistema escalonado de la atención	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoreo de la calidad en todo el sector ▪ Programas de garantía de calidad en todos los entornos de prestación de servicios
Fomento de la centralización/descentralización	+ Atención que da repuesta a las necesidades + Eficiencia - A veces hay un exceso de autoridad al nivel central - El nivel central puede no ser reducido, resultando en costos más altos - Personal inseguro por el cambio - Las unidades descentralizadas podrían no ser viables tanto económica como técnicamente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejecutar trabajo en equipo para la garantía de calidad ▪ Usar las herramientas de la garantía de calidad para analizar nuevas tareas/flujos de trabajo ▪ Facilitar la participación en el diseño y la ejecución de los planes para el cambio, contratos y metas ▪ Monitorear cambios en la calidad de la atención, la eficiencia y el impacto en la salud resultando de la descentralización

Cambiar la manera en que los representantes en el sistema tridimensional (Ministerio de Salud, sistemas privados, instituciones de la Seguridad Social) coordinan, compiten y cooperan para prestar atención es esencial para que los ciudadanos perciban el sistema de la asistencia sanitaria como un proceso fluido y continuo de atención que satisface sus necesidades. La estrategia más eficaz es que la privatización aumente la elección de los consumidores, sea flexible y receptiva a las necesidades de la población general y de otras sub-poblaciones y proporcione una útil competencia de precios que conduzca a un ahorro para los ciudadanos y los gobiernos. Sin embargo, el mecanismo de libre mercado no produce estos beneficios automáticamente, especialmente en el sector salud, en el que las teorías tradicionales de los mercados acerca de la oferta y la demanda no siempre se aplican. Si las medidas preventivas no son las adecuadas, puede darse una costosa duplicación de servicios,

figuras en los servicios o un sistema de atención bifásico (servicios de alta calidad disponibles para los que puedan pagarlos y servicios deficientes para el resto). En algunos países de América Latina, estos problemas han acarreado una situación en la que los pobres quedan fuera o se ven obligados a pagar unos elevados costos en efectivo por servicios privados, en lugar de ir a buscar atención en entidades que proporcionan una atención de calidad deficiente.

En una atmósfera de privatización, la garantía de calidad puede proporcionar indicadores y mecanismos de recojo de datos para lograr un monitoreo sectorial de la calidad. Estas herramientas no sólo ayudan a proteger a la población de una atención de calidad deficiente, sino que proporcionan un mecanismo para que los ciudadanos puedan comparar la atención entre el sector público y el privado. A falta de tales datos, el costo se equipara a la calidad, y las personas pueden suponer erróneamente que las instalaciones privadas más costosas y atractivas siempre prestan una atención de mayor calidad. Aún más, los programas de garantía de calidad deben estimularse en todos los entornos, y los resultados deben compartirse a través del sector. La cooperación entre los servicios puede ser un elemento fundamental e importante en el proceso de construcción de unas relaciones de colaboración y unas conexiones entre los diferentes tipos de proveedores en el sector.

El fomento de la descentralización es una de las estrategias más comunes para la reforma de la organización. La estrategia se basa en la creencia de que los servicios localmente controlados pueden ser más eficaces y más receptivos para la comunidad. Sin embargo, los esfuerzos de descentralización pueden estar impedidos por problemas de ejecución. El nivel central podría no reducirse de acuerdo a lo planeado y por consiguiente los costos podrían incrementarse. El nivel central podría retener, una autoridad excesiva con relación al manejo de recursos financieros y la contratación de personal mientras delega la responsabilidad por la prestación de servicios. . Esto puede acarrear una frustración entre el personal, que puede volverse cada vez más desconfiado, al creer que las estrategias de descentralización y de sostenibilidad local son simplemente esfuerzos enmascarados para desviar la responsabilidad de la atención pública a los gobiernos locales.

En un país de la región, acuerdos de servicio que especifican prioridades y metas han sido negociados recientemente entre el nivel central y las regiones. Algunas regiones sienten que estos acuerdos son elaborados por el nivel central y entregados a ellas sin una negociación adecuada. También sienten que en ocasiones los recursos necesarios para alcanzar las metas no están disponibles o que el nivel central no asume responsabilidad por los recursos que debe entregar a las regiones. En ocasiones las líneas de base que son usadas para calcular el aumento en las metas no son exactas y se basan en estimados demográficos erróneos.

Las estrategias de garantía de calidad pueden apoyar los esfuerzos de descentralización de varias maneras. En una situación donde las unidades descentralizadas deben ser viables tanto técnica como económicamente, la capacitación en la garantía de calidad y las actividades de mejoramiento pueden fortalecer el débil manejo y las áreas clínicas deficientes. Además, en un momento en el que el personal quizá se sienta inseguro acerca del cambio, el enfoque de equipo de la garantía de calidad proporciona una forma desafiante y reveladora al personal para participar y tomar el control en el sitio de su trabajo. La oportunidad de mostrar el liderazgo, la creatividad y la expresión de sí mismo puede resultar tranquilizadora, en un momento de cambios institucionales. Las herramientas de la garantía de calidad también pueden ser muy útiles para el análisis de la descentralización, pues permiten al personal una proyección de la organización y el flujo de las diversas funciones de la asistencia sanitaria, para lograr un entendimiento completo de los cambios entre todos. La calidad también puede aumentar la demanda y, por lo tanto, aumentar los ingresos.

3.1.3 Liderazgo y cultura de la organización

Las estrategias de reforma dirigidas hacia el liderazgo y a la cultura de la organización están orientadas a cambiar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los líderes y proveedores del sector salud y de la población interesada. Las estrategias incluyen: contratar administradores experimentados como directores de regiones, distritos o establecimientos y usar médicos como directores técnicos, capacitar a los médicos administradores en las aptitudes necesarias para que puedan servir mejor en un ambiente que cambia rápidamente, y campañas de información pública que educan a los consumidores acerca de sus derechos y responsabilidades. Estos líderes deben trabajar para incrementar el apoyo voluntario de la comunidad y donaciones para el sistema local de salud que pueden a su vez incrementar los recursos y ayudar en el mejoramiento de la calidad. Si bien el liderazgo puede influir en todos los factores determinantes de la atención, deberá prestarse una atención cuidadosa a la *motivación del personal*, a la *competencia del personal* y a los *factores determinantes relacionados con la comunidad*, al analizar las opciones de la reforma del sector salud con orientación a la calidad.

El fomento de las aptitudes de gestión y dirección es un aspecto importante de la reforma, precisamente porque es un área del sistema de asistencia sanitaria en la que los profesionales médicos reciben un adiestramiento mínimo. Los programas para fortalecer las aptitudes de gestión quizá se centren en el desarrollo de aptitudes para el análisis de las organizaciones, la formación de grupos, la negociación y crear consenso, así como el análisis de datos y las aptitudes de interpretación necesarios para el seguimiento y la vigilancia. Programas de garantía de calidad que son exitosos dependen principalmente en liderazgo. En consecuencia, los líderes y administradores del sector salud deben ser entrenados en la garantía de calidad y responder por su ejecución y éxito.

El liderazgo en la promoción **de los derechos y las responsabilidades del ciudadano y de los proveedores** empieza con las medidas reguladoras que se tratan más arriba, pero no concluye allí. Una comunicación que expresa el compromiso con los valores de la calidad de la asistencia sanitaria, la equidad, el acceso y la dignidad humana son aspectos importantes del liderazgo. Líderes deben fomentar el desarrollo de entrenamiento en servicio al cliente, el uso de representantes de servicio al cliente y mecanismos de retroalimentación al cliente como medidas para promover una cultura de calidad. Estas estrategias son diferentes a las usadas en las campañas de mercadeo social, diseñadas para cambiar los comportamientos relacionados con la salud tales como el tabaquismo o el consumo de medicamentos, porque el objetivo está en las funciones y en las responsabilidades del sistema de salud, y no en el comportamiento generalizado de la salud.

En el cuadro 3.3 se presenta una lista de las estrategias que pueden usarse para la reforma del liderazgo y de la cultura del sector. Al producirse cambios en el sistema, los programas de garantía de calidad pueden resultar especialmente útiles, porque los proveedores llevan a cabo tareas que demuestran que el sistema realmente está cambiando para mejor. La participación del proveedor acarrea a un mayor compromiso y sentido de responsabilidad por el sistema sanitario. En cuanto al desarrollo de la capacidad de dirección, la capacitación en el liderazgo de la garantía de calidad puede ser una estrategia útil, porque promueve un estilo de liderazgo participativo y ofrece una estructura para formar nuevas habilidades. La garantía de calidad también puede resultar útil para la ampliación de los derechos de los pacientes y los proveedores porque ofrece unas oportunidades sustantivas para un mayor compromiso en la definición de la atención y en el trazado de un camino hacia el mejoramiento.

CUADRO 3.3 LIDERAZGO Y CAMBIO INSTITUCIONAL CON ORIENTACIÓN A LA CALIDAD

ESTRATEGIA DE REFORMA	BENEFICIOS (+) Y RIESGOS (-) POTENCIALES	ESTRATEGIA DE GARANTÍA DE CALIDAD
Desarrollar la capacidad de dirección	+ Se definen funciones nuevas y más útiles - El personal no siempre está dotado de las nuevas aptitudes necesarias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formación de liderazgo de la garantía de calidad ▪ Las herramientas de la garantía de calidad ayudan a los líderes a usar y comprender los datos
Fomentar funciones de salud pública	+ Enfoque hacia las necesidades de la población a partir de información epidemiológica y la carga de morbilidad - El deber de entregar lo prometido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Herramientas de garantía de calidad útiles para definir las normas y planificación de los nuevos servicios y procedimientos
Promover los derechos y las responsabilidades del ciudadano	+ Empoderar a los pacientes para que puedan exigir sus necesidades - No cumplir con la promesa de la atención de calidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participación de los grupos de usuarios en los equipos de mejoramiento de la calidad ▪ La garantía de calidad ayuda a definir los criterios para vigilar la eficacia y la satisfacción
Promover los derechos y las responsabilidades de los proveedores	+ Oportunidad de empoderar a los proveedores - Falta de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los esfuerzos y los equipos de mejoramiento de la calidad ofrecen a todos la oportunidad para el liderazgo y la creatividad

3.2 MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO

Los responsables de las políticas estiman que las reformas de financiamiento de la asistencia sanitaria aseguran recursos adecuados y la distribución (asignación) de los mismos, mediante cambios en la forma en que los recursos son movilizados y cómo son utilizados. Aunque los mecanismos financieros pueden influir en todos los factores determinantes de la atención de calidad, deberá prestarse una atención especial a la *motivación del personal* (especialmente, incentivos monetarios intencionados y no intencionados), la *adecuación de los recursos*, la *fluidez de la atención* y los *factores determinantes de la comunidad* (voluntad de pago y percepciones acerca de la equidad y la asequibilidad) al analizar las opciones para la reforma del sector salud con orientación a la calidad.

3.2.1 Financiamiento de la asistencia sanitaria

La calidad de la atención se ve afectada enormemente por la manera en que los **mecanismos de generación de recursos** proporcionan recursos adecuados para las funciones y los servicios esenciales de la salud pública. Los niveles de calidad que puede alcanzar la atención son determinados de manera significativa por el efecto de las reformas en el financiamiento sobre la disponibilidad de los recursos suficientes para la prestación de servicios. Los recursos suficientes para la prestación de servicios y una asistencia sanitaria de calidad dependen de las respuestas a estas tres preguntas:

- ¿Se asignan recursos a las funciones de la salud pública de una manera más apropiada para lograr un mejor estado de la salud?
- ¿Son, en su totalidad, suficientes los recursos disponibles en el sistema, para brindar una atención de calidad en el lugar de prestación de servicios?

- ¿Se asignan los recursos hacia abajo del sistema, hasta el lugar de prestación de servicios, de una manera adecuada, para ofrecer unos servicios de calidad?

Además de las repercusiones sobre la disponibilidad de recursos para la prestación de servicios, la generación y asignación de recursos dentro del sector pueden afectar indirectamente a la disponibilidad del *personal competente* y a la *habilidad para implementar normas apropiadas de la atención*. Estos efectos aparecen por un financiamiento y un apoyo adecuados para una formación apropiada de la fuerza laboral de la salud, la concesión de licencias para el personal, el apoyo para la elaboración de normas y a la definición de los alcances de la práctica y de los modelos de prestación de servicios. Los mecanismos de financiamiento también afectan indirectamente a los factores determinantes de la calidad de la atención, de la *motivación del personal* y de los *recursos suficientes*, en función de los mecanismos de pago al proveedor usados para desembolsar los ingresos generados y asignados. (Ver la sección 3.2.2 Mecanismos de pago, nivel de pago.)

Además de los efectos potenciales del financiamiento sobre la calidad de la atención, las percepciones que la comunidad tiene de la calidad pueden tener un efecto en los esfuerzos para la generación de recursos, si los mecanismos de financiamiento dependen de los pagos directos de los ciudadanos en el lugar de los servicios. Cuando la calidad percibida es alta, la comunidad tiene mayor probabilidad de usar estos servicios, y facilita la generación de ingresos.

3.2.2 Mecanismos de pago

Las **reformas de los mecanismos de pago al proveedor** intentan cambiar cómo y a quién se hacen esos pagos. Las reformas del mecanismo de pago afectan directamente a la calidad mediante los incentivos, que sirven de motivación a los administradores y a los proveedores, y mediante los niveles de pago, que afectan al suministro de los recursos suficientes y al personal competente. Pueden afectar positivamente en la motivación de los trabajadores y los administradores, al asegurar el pago de los servicios a las organizaciones y proveedores que logran una buena calidad que no se sostenga exclusivamente en el ahorro de costos o en la productividad. Además, si los niveles de pago son apropiados, aseguran que los fondos estén disponibles y sean suficientes. Los efectos negativos sobre la calidad resultan, principalmente, cuando los responsables de las políticas diseñan incentivos para contener costos o aumentar la productividad, sin establecer incentivos afines con la calidad.

Deben considerarse tres aspectos diferentes de los mecanismos de pago:

1. Métodos de pago: La elección del método depende del grado de integración o separación de las funciones de las autoridades sanitarias, pero cada método de pago crea ciertos tipos de incentivos. Los métodos de pago determinan si el contribuyente o el proveedor asume los riesgos financieros. Los métodos de pago, según su tipo, también crean incentivos para aumentar el número de pacientes, reducir el número de servicios por paciente, aumentar la gravedad del diagnóstico de las enfermedades, y la selección de los pacientes más sanos (Hsiao 1997). Por ejemplo, los mecanismos basados en los honorarios por servicios prestados suponen un riesgo financiero a los contribuyentes (sean pacientes o aseguradores) y crean incentivos para que los proveedores aumenten el número de pacientes, el número de servicios prestados y la gravedad del diagnóstico. Los pagos de capitación, en cambio, crean incentivos para reducir el número de servicios prestados y para seleccionar los pacientes más sanos. Un estudio realizado en Argentina, Nicaragua y Tailandia (Bitran 2001) reveló que los pagos de capitación se asociaban a un mayor uso de los servicios de atención primaria, una duración promedio de hospitalización más corta y unos costos globales reducidos. Los estudios realizados en Estados Unidos indican que la calidad de la atención generalmente se ha

mantenido bajo capitación (en comparación con los métodos retrospectivos o de honorarios por servicios prestados), aunque la elección es restringida y puede haber algún deterioro si existe una competencia insuficiente en el mercado (Bitran 2001). La adopción de los pagos de capitación ha dado lugar a la instalación de mecanismos de garantía de calidad en Nicaragua (desarrollo de protocolos de tratamiento) y en Tailandia (vigilancia de las quejas de los pacientes y estancia hospitalaria promedio, en cumplimiento de la norma ISO 9000 y los criterios de acreditación).

Experiencias recientes en compensación por desempeño (también conocido como el enfoque contractual) en países de escasos recursos como Cambodia y Rwanda han demostrado nuevas e interesantes maneras de vincular iniciativas de pago con la mejora del acceso, cobertura y calidad de la atención. (Soeters and Griffiths, 2003, Hardeman et al. 2004 and Soeters et al. 2005 en preparación). Cuentas regionales reciben fondos del gobierno y de donantes y luego contratan con centros de salud y proveedores privados según un nivel de calidad especificado. Los centros de salud y hospitales devienen cuasi privatizados y pueden cobrar por sus servicios, si bien los contratos pueden especificar que algunos servicios deben ser ofrecidos a ningún costo o a un costo bajo. Equipos de administración distritales verifican los resultados y evalúan la calidad de la atención. Los resultados han mostrado una disminución de los costos de atención, un incremento en el uso de los servicios (incluyendo a los pobres), mejora de la calidad y mayores ingresos para los trabajadores de salud. Compensaciones adicionales por alcanzar estándares de calidad también son otorgadas.

2. Nivel de pago: La cantidad reembolsada o pagada afectará la calidad de la atención prestada a aquellos a los que este mecanismo cubra. Por ejemplo, el programa de seguridad social materno-infantil en Bolivia, aunque mejora el acceso y la utilización por parte de las personas pobres, también ha dado lugar a una calidad deficiente de la atención prestada a los beneficiarios, porque la tasa de capitación fue demasiado baja como para cubrir apropiadamente todos los costos de la atención (Dmytraczenko 1999). El aumento de las tasas de capitación permite a los proveedores proporcionar niveles similares de calidad a todos los pacientes.

3. Efecto potencial de los mecanismos de pago sobre la demanda del paciente o consumidor: La parte de los sistemas de pago que requiere pagos compartidos por parte de los pacientes u otros gastos en efectivo afectará a la demanda de atención por parte de los pacientes, la observancia de los regímenes de tratamiento y un seguimiento apropiado.

Debido a los incentivos que los sistemas de pago al proveedor generan por sí mismos, éstos afectan directa e indirectamente a muchos factores determinantes inmediatos y cruciales de la calidad. Los efectos, sin embargo, no son necesariamente negativos. Un buen diseño de los sistemas de pago incluiría mecanismos para prever el análisis explícito e implícito de los incentivos para los usuarios y para los proveedores, y los recursos suficientes para una prestación de servicios de calidad.

En el cuadro 3.4 se enumeran los beneficios y los riesgos potenciales asociados a varios pagos y reformas financieras. En el contexto de la reforma sanitaria de un país particular, los beneficios y los riesgos potenciales pueden desarrollarse y cuantificarse de manera más específica. Aunque las estrategias de la garantía de calidad no abordan cada aspecto de la reforma, cuando se planifica una aplicación coordinada de las estrategias, surgen varios temas generales.

Primero, está claro que cualquier reforma financiera, no importa lo bien que esté diseñada, es vulnerable a la “jugada” mediante la cual los individuos (tanto los pacientes como los proveedores) y las organizaciones trabajan dentro de las normas para aumentar al máximo los

CUADRO 3.4 REFORMA DE PAGOS Y FINANCIAMIENTO ORIENTADA A LA CALIDAD

ESTRATEGIA DE REFORMA	BENEFICIOS (+) Y RIESGOS (-) POTENCIALES	ESTRATEGIA DE GARANTÍA DE CALIDAD
Norma tributaria	<ul style="list-style-type: none"> + Base de recursos sólida y racional. + Los resultados progresivos son posibles. - Los esquemas impositivos pueden tener efectos regresivos. 	
Planes de seguro	<ul style="list-style-type: none"> + Potencial para la repercusión progresiva sobre el acceso a la asistencia. - El sistema sanitario puede hacer distinción entre los grupos. - Algunas poblaciones quedan fuera. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los programas de garantía de calidad proporcionan criterios para la comparación del desempeño del sistema en el sector privado/seguro social y público.
Tarifas que pagan los usuarios	<ul style="list-style-type: none"> + Se generan recursos. - Ocurre el auto racionamiento por parte de los pacientes (buscar atención cuando la necesitan). - Honorarios demasiado altos que limitan el acceso. - Honorarios demasiado bajos que conducen a una utilización excesiva. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El auto racionamiento puede ser + o – en función de si la atención “se necesita” o es “innecesaria”. ▪ Esfuerzos para mejorar la calidad pueden facilitar la introducción de tarifas dado que los clientes podrían estar más dispuestos a pagar por los servicios si éstos son percibidos como de mayor calidad.
Financiamiento comunitario	<ul style="list-style-type: none"> + Base para un sistema de atención que responde a las necesidades de los usuarios. - Las contribuciones regionales o nacionales pueden desaparecer. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Involucramiento de la comunidad en grupos de usuarios ▪ Involucramiento de la comunidad en equipos de mejora ▪ Servicios diseñados para optimizar la satisfacción del cliente.
Fórmulas asignadas/racionalización	<ul style="list-style-type: none"> + Reconoce la realidad de los recursos limitados. - Es difícil llegar a las ecuaciones óptimas. - Puede haber un conflicto con los derechos individuales para buscar y obtener acceso a la atención. 	
Variar el pago a los proveedores y organizaciones de proveedores	<ul style="list-style-type: none"> + Los cambios de los recursos pueden conducir a una mejor atención y a un reembolso más justo. - Las motivaciones financieras pueden interferir con las decisiones técnicas acerca del tipo y la frecuencia de los servicios prestados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los esfuerzos de la garantía de calidad hacen hincapié en el cumplimiento de las normas clínicas. ▪ El monitoreo de la calidad proporciona una base objetiva para la medición del desempeño técnico con diversos tipos de sistemas de pago.
Incentivos financieros (ej. Compensación por desempeño y enfoque contractual)	<ul style="list-style-type: none"> + Pueden fomentar y reconocer la calidad, la cobertura, el acceso y la eficiencia - Pueden Ser difíciles de administrar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los criterios de calidad de la atención pueden vincular los incentivos financieros más directamente a una mejor atención.

beneficios y los fondos acumulados. Con el transcurso del tiempo, pueden ocurrir distorsiones y la repercusión de la reforma puede minarse o anularse. En ese contexto, la supervisión de la administración y auditoría externa de servicios provistos y de su calidad son críticas. Aunque la

garantía de calidad no puede prevenir estos acontecimientos, sí puede facilitar un entorno o una “cultura de la calidad”, que apoya el comportamiento ético mediante un énfasis doble en la observancia de las normas técnicas y en la vigilancia. Las normas técnicas claras dejan menos espacio para que los incentivos no clínicos distorsionen la atención. Las actividades de la garantía de calidad también pueden fomentar el liderazgo necesario para evitar la distorsión de los objetivos de las reformas financieras. Por lo tanto, un esfuerzo de la garantía de calidad, llevado a cabo simultáneamente con financiamiento y con reformas de pago, puede reducir la probabilidad de distorsiones en la toma de decisiones clínicas. De manera análoga, el monitoreo de la calidad ayuda a documentar las tendencias en la atención y puede ser útil para la identificación de los cambios en la toma de decisiones clínicas, lo que quizá se vincule a la distorsión de los incentivos financieros.

En segundo lugar, todos los aspectos monetarios del sistema de la asistencia sanitaria pueden y deben evaluarse tanto si son progresivos como regresivos. Una mirada a esta pregunta, con una orientación a la calidad, define no sólo quién paga por la atención de salud y en qué proporción, sino también si las personas que buscan la atención en diferentes partes del sector reciben una calidad similar. Esto es de vital importancia, porque el acceso a la asistencia sanitaria de calidad deficiente no es muy diferente a no tener ningún acceso a ella. Además, la información y las garantías acerca de la calidad pueden ayudar a los consumidores a elegir mejores alternativas acerca de dónde buscar esta atención y cómo gastar sus recursos de asistencia sanitaria.

3.3 GARANTÍAS DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Las garantías de la asistencia sanitaria definen un conglomerado de servicios que se “garantizarán” a toda la ciudadanía o a una subpoblación. La garantía puede formularse de varias maneras: el gobierno puede dar derecho a toda la población o subpoblación a un servicio determinado, como la vacunación o la atención prenatal. O bien, las garantías pueden ofrecer un servicio a cierto nivel, dejando que la utilización y la cobertura real sean determinadas por la dinámica de la demanda y el acceso en el sistema existente. Por ejemplo, un programa de salud dental quizá prometa un consultorio dental disponible en las regiones o en las poblaciones de cierto tamaño, garantizando que prestará servicios a un nivel determinado. Tales garantías son una manera para que las reformas del sector salud puedan abordar el equilibrio entre ofrecer una amplia gama de servicios y asegurar que la distribución de las prestaciones sanitarias sea equitativa. Se han intentado reformas de este tipo en Argentina, Uruguay, Bolivia, Costa Rica y Ecuador (OPS/QAP 2002). Por supuesto, las garantías deben ser sostenidas por la asignación de los recursos necesarios.

Los paquetes de servicios de salud pueden basarse en varios criterios (Rovira y cols. 2002), incluido el seguro en caso de catástrofe, la distribución de los riesgos sociales, la eficiencia, la equidad o la reducción de la carga de morbilidad. Aunque las garantías de la asistencia sanitaria pueden repercutir en todos los factores determinantes de la atención, los factores más importantes a tener en cuenta al analizar las reformas relacionadas con la garantía de la atención sanitaria con orientación a la calidad son: *el contenido de la atención, la adecuación de los recursos, la fluidez de la atención y la participación comunitaria.*

La definición del paquete de servicios para la población en general o subpoblaciones determinadas es una iniciativa normativa que requiere un diálogo entre los líderes de la asistencia sanitaria, los políticos, los proveedores y los ciudadanos. Los paquetes de las prestaciones sanitarias pueden tener la finalidad de proporcionar una cobertura básica, esencial o integral, en función de la disponibilidad de recursos, la voluntad política y la

factibilidad técnica. Una vez definidos los parámetros generales de la cobertura, es igualmente compleja la determinación de los requisitos de admisión y los procedimientos de referencia, y el establecimiento de los límites de los servicios prescritos.

El racionamiento de la atención y el limitar el acceso a ciertos servicios a las áreas de mayor necesidad son prácticas que a menudo suelen causar inquietud porque limitan la elección de los pacientes. Además, los proveedores pueden temer que su autonomía se vea afectada en la toma de decisiones clínicas. El racionamiento puede lograrse mediante honorarios, requisitos de referencia de pacientes o listas de espera, donde las personas tienen que esperar su turno para recibir el servicio. A pesar de estos problemas, estas estrategias pueden ofrecer garantías importantes a las poblaciones que están mal atendidas, subaseguradas y con un mayor riesgo de salud. También ofrecen oportunidades para contener costos.

Los requisitos de cobertura para las pólizas de seguro pueden ampliar rápidamente el acceso a los servicios y asegurar la ecuanimidad entre los proveedores. Sin tales requisitos, quizá se espere que con el transcurso del tiempo la cobertura privada se desplace, con aseguradores que dejan a los proveedores públicos que presten unos servicios garantizados. Pueden aplicarse diversas estrategias de garantía de calidad para hacer que las garantías de salud sean más viables y efectivas:

- Los métodos participativos de la garantía de calidad ofrecen enfoques para que el diálogo legal sea cada vez más eficaz.
- Las herramientas de análisis de procesos pueden ser útiles para la resolución de los detalles procesales para que el paquete encaje sin impedimentos en el proceso general continuo de la atención.
- Pueden usarse criterios de calidad basados en la evidencia para determinar qué servicios estarán incluidos en un paquete y a quién se ofrecerán estos servicios.
- Pueden emplearse métodos de garantía de la calidad para elaborar normas de servicio y mecanismos de referencia que aseguren las oportunidades de los pacientes para comparar a los proveedores.
- Un programa de monitoreo de la calidad puede aliviar los motivos de preocupación del público acerca de la calidad de la atención garantizada.

En el cuadro 3.5 se resumen los beneficios y los riesgos potenciales de las reformas en las garantías de la asistencia sanitaria y de las estrategias de garantía de calidad relacionadas.

3.4 PRESTACIÓN

La prestación se refiere a cómo los servicios se organizan y proveen, así como quiénes son los que proveen, tanto dentro de los entornos específicos de la prestación de servicios como a nivel sectorial. Las reformas pueden sancionarse en el ámbito nivel nacional o local, pero en cualquiera de los niveles, los cambios pueden tener repercusiones en todo el proceso continuo de la atención. Las leyes nacionales pueden afectar a la asignación del tiempo y a los recursos al nivel de la comunidad; por ejemplo, una campaña de vacunación reducir el tiempo disponible del personal para los pacientes que buscan una atención curativa. De manera análoga, las iniciativas locales de prestación de servicios tales como un programa de extensión para la detección del cáncer cervico-uterino o para la búsqueda de casos comunitarios de tuberculosis pueden afectar a la demanda por los servicios en los hospitales de referencia.

CUADRO 3.5 REFORMA ORIENTADA A LA CALIDAD: GARANTÍAS DE LA ASISTENCIA SANITARIA

ESTRATEGIA DE REFORMA	BENEFICIOS (+) Y RIESGOS (-) POTENCIALES	ESTRATEGIA DE GARANTÍA DE CALIDAD
Definición de qué servicios se garantizarán para la población en general y las subpoblaciones	+ Mayor acceso para muchos + Mayor rendición de cuentas - Un cambio rápido puede afectar a la calidad - Costoso (los recursos pueden no ser adecuados)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Introducir guías clínicas en el momento de definir el servicio. ▪ Usar una base de criterios de calidad / evidencia para definir o justificar paquetes. ▪ Vigilar la calidad de la atención los resultados y los costos.
Racionamiento de la atención	+ Los necesitados obtienen atención - Limita la elección de pacientes - Limita la autonomía del proveedor en la toma de decisiones clínicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los métodos de garantía de calidad pueden definir los procedimientos de referencia para asegurar sin problemas las transiciones en el proceso continuo de la atención. ▪ Estrategias de garantía de calidad para involucrar a los proveedores en la definición de los protocolos y criterios.
Requisitos de cobertura para las pólizas de seguro	+ Promueve la equidad en la distribución de la carga de prestación de servicios - La ejecución puede ser caótica - Puede ser costoso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El monitoreo de la calidad puede promover los indicadores comunes para demostrar la comparabilidad de la atención entre los proveedores

Si bien las reformas de la prestación de salud pueden vincularse a todos los factores determinantes de la atención, tienen grandes probabilidades de afectar a la *motivación del personal*, a la fluidez y a la *organización de la atención*, a los *recursos* (debido a modelos cambiantes de utilización) y a la *competencia técnica*, especialmente en aquellas situaciones en que se espera que los individuos o los grupos cumplan tareas que son muy diferentes de su experiencia y formación anteriores. Debido a la compleja composición del sector salud, no hay una estrategia única que sea eficaz para la reforma de la organización con orientación a la calidad. En cambio, debe analizarse el efecto potencial de cada reforma sobre la calidad de la atención, para que puedan reforzarse los aspectos fuertes, y para que los aspectos débiles puedan reducirse o eliminarse.

La determinación del alcance y el proceso continuo de la atención definen los tipos de atención prestada y qué tipo de profesionales y establecimientos de salud ofrecen qué tipos de servicios. El alcance y el proceso continuo de la atención estipulan las normas para cambiar de los centros de salud a los consultorios, desde la atención general a los servicios especializados, y desde la atención ambulatoria del paciente a la atención hospitalaria y viceversa. Este aspecto de la reforma es importante porque los puntos de la transición en el proceso continuo de la atención son sensibles a los problemas de calidad. Si tales problemas pueden preverse y prevenirse en la fase de diseño, la reforma será más eficaz y eficiente.

Las intervenciones de los recursos humanos son a menudo el objetivo de las iniciativas de reforma. El enfoque de la garantía de calidad se presta a una gestión más eficaz de los recursos humanos. Una supervisión facilitadora, centrada en un abordaje contractual entre los administradores y los proveedores de asistencia sanitaria, puede fomentar el desarrollo profesional de los trabajadores de salud y asegurar unas condiciones de trabajo que lleven a un buen desempeño del mismo. La auto evaluación y los mecanismos de evaluación por colega pueden reemplazar a la inspección, lo que se traduce en una relación más colaboradora y constructiva entre la administración y los proveedores de servicios. Según se expone más

adelante, en Latinoamérica y el Caribe se han intentado diversas intervenciones en el área de recursos humanos.

Calificaciones y personal. Muchos procesos de reforma han tenido un efecto estructural sobre el empleo, cambiando los requisitos de calificación para el personal. En muchos países, la clausura de camas de hospital ha ocasionado la redistribución del personal de enfermería a trabajos menos capacitados (OIT 1998). Un informe sobre cinco países latinoamericanos señaló que una tendencia a cubrir los puestos de enfermería con auxiliares con una formación incompleta puede dar lugar a unas consecuencias no cuantificadas en la calidad (Guevara y Mendias 2001). Las presiones producidas por los cambios en la cantidad de personal, los esquemas de pago y las condiciones de gran estrés en el trabajo han influido en el clima interno de las organizaciones de salud. Los temas de la calidad, el personal suficiente y los derechos de los pacientes a una atención de enfermería adecuada están recibiendo una mayor atención (Aiken y cols. 2001; American Nurses Association, 1997; Needleman y cols. 2001; Clark y cols. 2001, y Vahtera y cols. 1997). Los resultados de investigación parecen confirmar los efectos de una mezcla equilibrada de personal sobre la calidad técnica de los servicios, pero hay una escasez de evidencia acerca de sus efectos en la satisfacción de los usuarios (calidad percibida).

Donde hay gran cantidad de demanda por servicios, tal como en lugares donde la atención del VIH/SIDA añade responsabilidades adicionales, el uso de personal no calificado ha producido resultados aceptables. En efecto, en dos países africanos, consejeros no calificados se desempeñaron mejor que las enfermeras consejeras principalmente porque tenían más tiempo disponible para alcanzar los estándares de la consejería, mientras que las enfermeras frecuentemente carecían de tiempo, dadas sus otras obligaciones.

Nuevas funciones. Estructuras nuevas pueden requerir un intercambio de conocimientos y prácticas, a fin de obtener servicios de salud eficaces y equitativos. Los trabajadores de la salud con diversas habilidades constituyen el recurso principal para la ampliación de la cobertura y la prestación de servicios integrados (Hurst 1997). Sin embargo, el monopolio legal o no oficial de las aptitudes por ciertos grupos profesionales ha perjudicado la calidad y ha restringido la cobertura, incluso en los casos de emergencia. Además, es probable que la formación del personal paramédico para que proporcione servicios médicos, y la sustitución de aptitudes entre las profesiones, genere la oposición de las organizaciones profesionales (Dovlo 1998; Buchun 2000, y Maceira y Murillo 2001).

Nueva regulación de la práctica y la supervisión profesionales. A medida que las pautas de prestación de servicios cambian, será necesario integrar procesos legales profesionales separados para facilitar la colaboración entre los profesionales con distintas formaciones y facilitar la transición entre profesiones (Doyal y Cameron 2000). El enfoque de las competencias (OPS/OMS 2000) parece una herramienta apropiada para guiar el desempeño de la calidad en este marco; sin embargo, este método puede requerir a las asociaciones de profesionales que superen cualquier reticencia para aceptar nuevas categorías de trabajadores de salud (Bach 2001, y Campos y cols. 1997).

Motivación y calidad. Los resultados de la calidad generalmente se enumeran entre los objetivos de los esfuerzos propuestos para mejorar la motivación de los trabajadores de salud y la satisfacción en el trabajo. Sin embargo, la ejecución de los incentivos para lograr este objetivo con frecuencia está sujeta a suposiciones acerca de la respuesta prevista a los factores económicos. Las recompensas financieras y los sueldos apropiados son posibles factores motivacionales poderosos; sin embargo, los datos indican que los mecanismos no financieros también pueden servir como incentivos significativos.

Una investigación sobre los factores motivacionales en los hospitales descubrió pocos

factores determinantes principales en la motivación afectiva y cognoscitiva (Franco y cols. 2000). Dos tipos de intervenciones, comunicación y diseño del trabajo, surgieron como factibles para su ejecución en la mayor parte de los entornos organizativos a un gasto ordinario bajo. Estas dos intervenciones, aun en el contexto de unos incentivos financieros limitados, pueden utilizarse como herramientas para aumentar el control sobre las condiciones de trabajo y mejorar la autoeficacia, las actitudes hacia el cambio y las percepciones hacia el apoyo de la gestión.

Planes de incentivos. Muchos estudios indican que los comportamientos de los médicos a menudo varían según el tipo de sistema de pago. Los sistemas de pago anticipado parecen dar lugar a una menor tendencia a aceptar y tratar a los pacientes crónicos y complejos, y a solicitar pruebas y procedimientos prescritos para síntomas o trastornos iguales o similares, bajo otros sistemas de pago (Maceira 1998). Los estudios revelan que los médicos asalariados muestran un tiempo inferior de visita a los pacientes, incluidos los servicios preventivos, y unas probabilidades bajas de tratar a sus pacientes en situaciones de emergencia (Cherchiglia 2002). La resistencia colectiva de las asociaciones profesionales a los sistemas de pago económicamente riesgosos, además de la incomodidad del público a ser tratado por una fuerza laboral médica preocupada más por el aspecto económico que por los aspectos técnicos de su práctica, están produciendo un contragolpe hacia muchos esquemas de la atención regulada (Adams y Hicks 2001; Stoddard y cols. 2002). La debilidad de algunos incentivos económicos en el logro de servicios de calidad (en realidad, amenazan la calidad en muchos casos) dio un nuevo impulso a la función de las normas y pautas profesionales, y a su cumplimiento mutuo como medio para asegurar procesos y resultados de calidad (Dussault 1994; OMS 1996).

Al examinar las intervenciones en recursos humanos, los esfuerzos de la reforma del sector salud promueven invariablemente las normas que abordan los incentivos para los trabajadores de salud. Aunque aumentos de sueldo basados en la prestación, las primas y otros beneficios compensatorios son importantes de explorar, las realidades financieras de la mayoría de las reformas significan que los incentivos en los sueldos pueden formar solo una parte de una estrategia de motivación de mayor envergadura. Actuando de manera sinérgica, un enfoque con orientación a la calidad amplía la gama de opciones, para incluir recompensas intangibles tales como la satisfacción en el trabajo, el prestigio y el orgullo por la excelencia. Sin embargo, en muchos entornos de la asistencia sanitaria es importante abordar los problemas con las compensaciones y las condiciones de trabajo; las reformas del sector salud también deben aprovechar el poder de los incentivos no monetarios duraderos. Los esfuerzos de la garantía de calidad, que ponen énfasis en las mejoras del desempeño cuantificable, son intrínsecamente motivadores, y los resultados satisfactorios se refuerzan por sí mismos. La prestación de una atención de calidad se traduce en una mayor satisfacción en el trabajo y una mayor estima, derivada de la perfección en el desempeño. A su vez, la satisfacción de los pacientes aumenta, manifestándose en la apreciación y en el respeto por los trabajadores de salud, optimizando así el respeto y el prestigio que un proveedor de asistencia sanitaria puede ganar y disfrutar.

Las **innovaciones en los sistemas de información** pueden mejorar el desempeño del sistema al hacer el trabajo del mismo más eficientemente, en cuanto a la velocidad, el costo y la fiabilidad y la calidad de la información. Al disponer de tales sistemas, es importante tener en cuenta la posibilidad de recopilar datos acerca de la calidad de los servicios desde el principio; de otro modo, puede perderse una oportunidad para el monitoreo de la calidad. La pericia de la garantía de calidad puede ser útil para identificar los principales indicadores en la vigilancia de las condiciones de gran volumen o de alto riesgo, que son indicativas del estado general de la atención en un establecimiento o sistema.

A pesar de los beneficios potenciales, la tecnología de la información de vanguardia puede

intimidar a los gerentes y abrumarlos con datos si no se introducen con la colaboración del proveedor de servicios o si los sistemas de datos se convierten en fines de sí mismos. Los especialistas en tecnologías de la información y monitoreo y evaluación deben tomar en consideración el tiempo que le tomará al personal de salud recolectar, tabular y reportar la información. Usualmente los formularios para el reporte de la información son estandarizados y diseñados para la automatización pero la información es registrada en diferentes lugares, carece de estandarización y se requiere de organizarla a mano lo cual es laborioso. Los principios del diseño de la garantía de calidad pueden ser útiles en el diseño de sistemas para recopilar, presentar y tomar decisiones con los datos. Además de proporcionar herramientas sencillas para el análisis y la presentación de datos, la programación y las actividades de garantía de calidad proporcionan una estructura y un proceso para usar los datos en el nivel de la provisión de servicios con el fin de orientar los esfuerzos de mejora de la calidad.

Aún más, la información y los sistemas de comunicación tienen aplicaciones clínicas en el área del apoyo técnico y las consultas médicas. Los métodos de garantía de calidad pueden utilizarse para definir procedimientos desde la simple referencia y la consulta a aquellos empleados por complejas redes de colaboración, para permitir a los proveedores de asistencia sanitaria el trabajo conjunto para impulsar los últimos adelantos técnicos y comunicar rápidamente los adelantos.

La regionalización de los servicios permite a las comunidades colaborar en la formación de centros de excelencia que prestan servicios médicamente especializados. Los centros brindan servicios de alta calidad a un bajo costo a áreas más grandes. Sin embargo, para tener éxito, las estrategias deben ir más allá de la prestación de servicios médicos especializados. Los sistemas de salud también deben proporcionar un sistema de referencia y transporte fiable y confiable, para que los ciudadanos y los proveedores en zonas remotas puedan estar seguros de que los servicios son verdaderamente accesibles para ellos. En el mejor de los casos, la regionalización puede dar lugar a una red de interdependencia que traiga los servicios necesarios dentro del alcance de la población general. Sin embargo, si al componente de extensión no se le presta una atención minuciosa, existe un riesgo de duplicación o de mala utilización de los servicios.

En el cuadro 3.6 se presenta un resumen de los beneficios y los riesgos potenciales para las reformas de la prestación de servicios y las correspondientes estrategias de garantía de calidad.

CUADRO 3.6 REFORMA CON ORIENTACIÓN A LA CALIDAD: PRESTACIÓN

ESTRATEGIA DE REFORMA	BENEFICIOS (+) Y RIESGOS (-) POTENCIALES	ESTRATEGIA DE GARANTÍA DE CALIDAD
Definir el alcance y el proceso continuo de atención	<ul style="list-style-type: none"> + Mayor eficiencia + Mejor acceso - Riesgo de brechas en la continuidad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los análisis de los procesos de la garantía de calidad pueden detectar y reparar las brechas en el proceso continuo de la atención. ▪ Los protocolos bien desarrollados pueden permitir a los trabajadores de la salud de niveles inferiores proporcionar atención primaria de calidad.
Intervenciones de recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> + Aclarar requisitos de personal y de aptitudes + Herramientas nuevas para la motivación y retención del personal + Las normas pueden ser incentivar el desarrollo profesional + Incentivos pueden incrementar los inadecuados ingresos de los proveedores de salud/ + Oportunidad de conocer más a fondo la repercusión de los incentivos - Al principio, los cambios quizá sean inquietantes para el personal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las actividades de la garantía de calidad funcionan como parte de una estrategia de motivación. ▪ La garantía de calidad facilita la recopilación de los datos acerca de la repercusión de diferentes combinaciones de aptitudes sobre la calidad. ▪ La garantía de calidad toma en cuenta las implicaciones para la calidad de diferentes esquemas de utilización del personal. ▪ Los datos de monitoreo de la calidad pueden proporcionar la base para incentivos según desempeño.
Innovaciones en los sistemas de información	<ul style="list-style-type: none"> + Servicio/administración eficiente + Información de alta calidad - Los datos pueden abrumar a los administradores - La tecnología de la información se convierte en un fin de sí misma 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datos de doble finalidad: monitoreo de la calidad. ▪ Mayor apoyo al servicio técnico y a las interconsultas médicas. ▪ Herramientas de garantía de calidad para comprender y usar los datos.
Estrategias de regionalización	<ul style="list-style-type: none"> + Uso eficiente de los servicios médicos especializados - Riesgo de mala utilización - Difícil de mantener la continuidad de la atención 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El diseño de calidad puede asegurar que los mecanismos de referencia se desarrollan a la par de nuevos servicios especializados. ▪ Los equipos de garantía de calidad pueden ayudar en el diseño de sistemas y en la difusión de la información.

IV. CONCLUSIONES Y DIRECCIONES FUTURAS

Las técnicas de la garantía de calidad, que se centran en la calidad de la atención en el lugar de la prestación de servicios, pueden colaborar sinérgicamente con las reformas del sector salud para lograr mejoras generales en el desempeño del sistema de salud. En condiciones ideales, deberían considerarse estrategias de garantía de calidad como una de las estrategias de la reforma del sector salud durante la fase de diseño de un esfuerzo de reforma del sector salud. Puede aprovecharse la experiencia ganada con la garantía de calidad en el proceso de formulación de normas para hacer hincapié en la importancia de la evaluación de la calidad; para preconizar la inclusión de indicadores de la calidad de la atención en los criterios generales de evaluación, y para explorar los incentivos para la calidad que puedan incorporarse en el plan para la reforma. Si las reformas existentes ya están en vigor, las iniciativas de calidad pueden resolver los problemas y mejorar la eficacia.

Para hacer realidad los tipos de programas descritos en este documento, es necesaria la cooperación internacional entre los líderes del sector salud nacionales e internacionales. Los líderes nacionales deben estudiar detenidamente los datos acerca del estado de salud, el acceso y los recursos disponibles, a fin de elaborar programas basados en la evidencia para la reforma del sector salud con orientación a la calidad. Los organismos internacionales que proporcionan ayuda y préstamos bilaterales y multilaterales deben estar dispuestos a apoyar las decisiones de los líderes nacionales, y para prestar apoyo técnico y formar redes entre los países.

Los programas integrales de garantía de calidad son, en general, factibles y asequibles, y pueden mejorarse haciendo hincapié en las estrategias de garantía de calidad que son especialmente pertinentes para una reforma en particular. Se han desarrollado y ensayado el terreno muchos métodos de garantía de calidad que están bien documentados y listos para su aplicación inmediata. Continúa existiendo la necesidad de desarrollar de métodos en áreas tales como:

1. La elaboración de una lista clave de indicadores de calidad de la atención para la evaluación y el monitoreo.
2. La elaboración de lineamientos basados en evidencia para la introducción progresiva de los diferentes enfoques de la garantía de calidad.
3. La determinación de las formas más eficaces para la concesión de licencias y credenciales y la acreditación.
4. La evaluación comparativa de la calidad entre países y regiones.
5. La identificación de los incentivos eficaces para los proveedores y los clientes.

El reto al que hoy se enfrentan los líderes del sector salud es continuar aplicando un cúmulo de conocimientos, ampliamente difundidos, para implantar reformas y cambios en los sistemas de asistencia sanitaria, mientras, al mismo tiempo seguir con el desarrollo de las metodologías, a fin de obtener aun mayores beneficios en el estado de salud y en el desempeño del sistema.

V. REFERENCIAS

Adams O y Hicks V. 2001. Pay and non-pay incentives, performance and motivation. Prepared for the World Health Organization, Global Health Workforce Strategy Group. <http://www.who.int/health-services-delivery/human/workforce/papers/Pay_non_pay_Adams.pdf>

Ahmed T, Ali M, Ullah MM, Choudhury IA, Haque ME, Salam MA, Rabbani GH, Suskind RM y Fuchs GJ. 1999. Mortality in severely malnourished children with diarrhoea and use of a standardised management protocol. *The Lancet* 353:1919-22.

Aiken L, Clarke S y Sloane D 2001. Hospital restructuring: does it adversely affect care and outcomes? *Journal of Health and Human Services Administration* 23(4):416–42.

American Nurses Association. 1997. Implementing nursing's report card: A study of RN staffing, length of stay and patient outcomes. *Pub. Number Q-1*.

Askov KA y Márquez L. 2005. Approaches to Healthcare Quality Regulation in Latin America and the Caribbean: Regional Experiences and Challenges. Informe LACHSR Número 63. Bethesda, MD: Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Proyecto de Garantía de Calidad.

Bach S. 2001. HR and new approaches to public sector management: Improving HRM capacity. Preparado para el Global Health Workforce Strategy Group, Organización Mundial de la Salud. <<http://www.who.int/health-services-delivery/human/workforce/papers/HR.pdf>>

Berwick DM, Enthoven A, Bunker JP. 1992. Quality management in the NHS: The doctor's role—II. *British Medical Journal* 304:304–08.

Bitran R. 2001. Paying healthcare providers through capitation in Argentina, Nicaragua and Thailand: Output, spending, organizational impact, and market structure. *Major Applied Research 2, Technical Paper*. Bethesda MD: Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Proyecto Partnerships for Health Reform, Abt Associates, Inc.

Brennan T y Berwick D. 1996. New rules regulation, markets, and the quality of American health care. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Brenzel L. 2002. LACHSR initiative. United States Agency for International Development (USAID) Background Paper.

Brown LD. 1995. Lessons learned in institutionalization of quality assurance programs: An international perspective. *International Journal of Quality in HealthCare* 7(4)419–25.

Brown LD, Franco LM, Rafeh N y Hatzell T. 1992. Quality assurance in developing countries. *Quality Assurance Methodology Refinement Series*. Bethesda, MD: Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Proyecto de Garantía de Calidad.

Buchan J. 2000. Health sector reform and human resources: Lessons from the United Kingdom. *Health Policy Planning* 15(3):319–25.

Campos G, Chakour M y Santos R. 1997. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública* 13(1).

Cherchiglia M. 2002. Formas de pagamento e prática médica: teoria e evidências empíricas. OPS/OMS.

http://www.paho.org/Portuguese/HSP/HSR/HSR01/sistpago_practmed_port.pdf

Clark P, Clark D, Day D y Shea D. 2001. Healthcare reform and the workplace experience of nurses: Implications for patient care and union organizing. *Industrial & Labor Relations Review* 55(1):133–48.

Dmytraczenko T. 1999. Reducing maternal and child mortality in Bolivia. *Executive Summary Series*. Bethesda MD: Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Proyecto Partnerships for Health Reform, Abt Associates, Inc.

Dovlo D. 1998. Health sector reform and deployment, training and motivation of human resources towards equity in healthcare: Issues and concerns in Ghana. *Human Resources for Health Development Journal* 2(1).http://www.moph.go.th/ops/hrdj/Hrdj_no3/table_contents.html

Doyal L y Cameron A. 2000. Reshaping the NHS workforce: Necessary changes are constrained by professional structures from the past. *British Medical Journal* 320:1023–24.

Dussault G. 1994. Gestao dos recursos humanos e qualidade dos serviços de saúde. *Educación Médica y Salud* 28(4):478-489.

Franco LM, Bennett S, Kanfer R y Stubblebine P. 2000. Health worker motivation in Jordan and Georgia: A synthesis of results. *Major Applied Research 5, Technical Paper 3*. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Proyecto Partnerships for Health Reform, Abt Associates, Inc.

Franco LM, Bennett S y Kanfer R. 2002. Health sector reform and public sector health worker motivation: A conceptual framework. *Social Science and Medicine* 54(8):1255–66.

Franco LM, Silimperi DR, Veldhuyzen van Zanten T, MacAulay C, Askov K, Bouchet B y Márquez LR. 2002. Sostenibilidad de la calidad en la atención de salud: Institucionalización de la garantía de calidad. *Serie de monografías de garantía de calidad*. Bethesda, MD: Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Proyecto de Garantía de Calidad.

Furth B. En preparación. Rwanda Human Resources Assessment for HIV/AIDS Services Scale-up. A ser publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Proyecto de Garantía de Calidad.

Guevara E y Mendias E. 2001. La Reforma del Sector Salud y sus Implicaciones Para la Práctica, la Regulación y la Educación en Enfermería: un Estudio de Cinco Países. *Serie de Desarrollo de Recursos Humanos*. Washington, DC: OPS/OMS. <http://www.americas.health-sector-reform.org/sidorh/textos1.htm>

Hardeman W, Van Damme W, Van Pelt M, Por I, Heng K y Meessen B. 2004. Access to health care for all? User fees plus a health equity fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy and Planning*. 19(1): 22-32

Hermida J y Robalino ME. Increasing compliance with maternal and childcare quality standards in Ecuador. *International Journal for Quality in Healthcare*. 14(6): 29–34.

Hsiao WC. 1997. How should a nation finance its health care? *Para información sobre cómo pedir la publicación: Harvard School of Public Health, 665 Huntington Avenue, Boston, MA 02115, telephone: 617 432-4610, fax: 617 432-2181*.

Hurst K. 1997. Multi-skilled health careers: nature, purpose and implications. *Health Manpower Management* 23(6):197–211.

ILO (Oficina Internacional del Trabajo). 1998. Terms of employment and working conditions in health sector reforms. Report for Discussion at the Joint Meeting on Terms of Employment

and Working Conditions in Health Sector Reforms. Ginebra.
<<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/techmeet/jmhsr98/jmhsrr.htm>>.

Infante A, de la Mata S y Lopez-Acuña D. 2000. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: Situación y tendencias. *Revista Panamericana de Salud Pública* 8(1/2):13–20.

Kak N, Burkhalter B y Cooper M. 2001. Measuring the competence of healthcare providers. *Operations Research Issue Paper*. Bethesda, MD: Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Proyecto de Garantía de Calidad.

Krause G, Borchert M, Benzler J y Diesfeld HJ, 2000. From diagnosis to drug taking: staff compliance with guidelines and patient compliance to prescriptions in Burkina Faso. *International Journal for Quality in Health Care* 12(1):25-30.

Langley GJ, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL y Provost LP. 1996. *The improvement guide: A practical approach to enhancing organizational performance*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.

Legros S, Massoud R, Urroz O y Kelley E. 2000. The Chile quality assurance program: Final evaluation. *Technical Report Summary 1(2)*. Bethesda, MD: Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Proyecto de Garantía de Calidad.

Lopez-Acuña, D. 2000. The nature of health sector reform in the Americas and its significance for PAHO's Technical Cooperation. *Background Paper for the Annual PAHO Managers Retreat, October 23–24, 2000*.

Maceira D y Murillo MV. 2001. Social sector reform in Latin America and the role of Unions. *Working Paper 456*. Inter-American Development Bank. Research Department. <<http://www.iadb.org/OCE/pdf/456.pdf>>.

Maceira D. 1998. Provider payment mechanisms in healthcare: incentives, outcomes and organizational impact in developing countries. *Major Applied Research 2, Working Paper 2*. Washington, DC: Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Proyecto Partnership for Health Reform, Abt Associates, Inc.

Márquez L. 2001. Helping healthcare providers perform according to standards. *Operations Research Issue Paper 2(3)*. Bethesda, MD: Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Proyecto de Garantía de Calidad.

Massoud R. 2001. (Re)designing the system of care for neonates suffering from respiratory distress syndrome in Tver Oblast, Russian Federation. *Quality Assurance Brief 9(1):26–27*. Bethesda, MD: Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Proyecto de Garantía de Calidad.

Needleman J, Buerhaus P, Potter V, Mattke S, Stewart M y Zelevinsky, K. 2001. Nurse staffing and patient outcomes in hospitals. Final Report. Boston, MA: Publicado para la Resources Services Administration por la Escuela de Salud Pública de Harvard.

Nicholas D. 1999. Using Accreditation to Improve Quality. *Quality Assurance Brief 8(1):1–3*. Bethesda, MD: Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Proyecto de Garantía de Calidad.

Nicholas DD, Heiby JR y Hatzell TR. 1991. The Quality Assurance Project: Introducing quality improvement to primary health care in less developed countries. *Quality Assurance in Health Care* 3(3):147-65.

Nolan T, Angos P, Cunha AJLA, Muhe L, Qazi S, Simoes EAF, Tamburlini G, Weber M y

Pierce NF. 2001. Quality of hospital care for seriously ill children in less-developed countries. *The Lancet* 357:106-10.

Núñez O y Urbina L. 2001. Presentación sobre la salud materna en Nicaragua realizada en la sede de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 22 de febrero, 2001.

O'Connor GT, Plume SK, Olmstead EM, Morton JR, Maloney CT, Nugent WC, Hernandez F, Clough R, Leavitt BJ, Coffin LH, Marrin CAS, Wennberg D, Birkmeyer JD, Charlesworth DC, Malenka DJ, Quinton HB y Kasper JF. 1996. A regional intervention to improve the hospital mortality associated with coronary artery bypass graft surgery. *Journal of the American Medical Association* 275(11):841-46.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 1997. Cooperation of the Pan American Health Organization in the health sector reform processes. Washington, DC.

———. 2001. Health system performance assessment and improvement in the Region of the Americas. Washington, DC.

OPS/QAP (Organización Panamericana de la Salud/Proyecto de Garantía de Calidad). 2002. LAC Regional Initiative to Reduce Maternal Mortality FY 2001 Annual Report. Bethesda, MD: Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Proyecto de Garantía de Calidad.

OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud). 2000. Competencia como Principio para Preparación del Personal de Salud. *Serie Desarrollo de Recursos Humanos*. <<http://www.americas.health-sector-reform.org/sidorh/textos1.htm>>.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 1996. European healthcare reforms: Analysis of current Strategies: Summary. Copenhagen: Regional Office for Europe.

———. 2000. Health Systems: Improving Performance. *The World Health Report*. Ginebra.

Roberts M, Hsiao W, Berman P y Reich M. 2001. *Getting Health Reform Right*. Draft, Harvard University School of Public Health.

Ross AG, Zeballos JL y Infante A. 2000. La calidad y la reforma del sector de la salud en America Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 8(1/2):93-98.

Rovira J, Rodriguez-Monguio R y Antonanzas F. 2002. Essential package of health benefits: objectives, design, and implementation. LAC HSR Reform Initiative, United States Agency for International Development.

Rowe AK, Onikpo F, Lama M, Cokou F y Deming MS. 2001. Management of childhood illness at health facilities in Benin: Problems and their causes. *American Journal of Public Health* 91(10):1625-35.

Soeters R y Griffiths F. 2003. Improving government health services through contract management: A case from Cambodia. *Health Policy and Planning* 18(1): 74-83.

Soeters R, Perrot J, Sekaganda E y Lozito A. Purchasing health packages for the poor through performance based contracting. What changes in the district health system does it require? (Rwanda experience) Dirección para correspondencia: Robert Sorters, Kramsvogellaan 22, 2566 CC Den Haag, Netherlands. Email: Robert_soeters@hotmail.com

Stoddard J, Grossman J y Rudell L. 2002. Physicians more likely to face quality incentives than incentives that may restrain care. *Issue Brief No. 48*. The Center for Studying Health System Change. <<http://hschange.org/CONTENT/396/>>.

Vahtera J, Kivimäki, M y Pentti J. 1997. Effect of organizational downsizing on health of employees. *The Lancet* 350:1124–1128.

Walker GJA, Ashley DEC y Hayes RJ. 1988. The quality of care is related to death rates: Hospital inpatient management of infants with acute gastroenteritis in Jamaica. *American Journal of Public Health* 78(2):149-52.

QUALITY ASSURANCE PROJECT

University Research Co., LLC
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600
Bethesda, MD 20814 USA

Tel: (301) 654-8338

Fax: (301) 941-8427

www.qaproject.org