

ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD

1. Ejercicio para analizar estándares e indicadores de calidad

El facilitador:

Organiza grupos de trabajo (máximo de 8 miembros) con un mismo número de integrantes y selecciona a un observador por grupo

Reúne a los observadores asignados y explica que su función será la de observar como trabaja el grupo, llenar la ficha de chequeo para sistematizar la información (Anexo II) y presentar en plenaria los resultados de las observaciones realizadas. Hacer énfasis en que los observadores no pueden interactuar con el grupo (no comentar, opinar, conversar, etc..)

En plenaria explica que cada grupo recibirá 30 tarjetas, unas tijeras y pega, con los cuales tendrá que construir una torre con las siguientes características: **alta, bonita y estable**, el tiempo máximo para construirla será de una hora.



Analiza los estándares e indicadores de calidad con los que serán evaluados los resultados de la actividad de grupo.

| Estándares | Indicadores |
|--------------------------|---|
| <i>La torre más alta</i> | <i>Altura medida en centímetros</i> |
| <i>La más bonita</i> | <i>Proporción de miembros de la plenaria que dicen que es la más bonita</i> |
| <i>La más estable</i> | <i>Resistencia a fuerza de viento provocado</i> |

Los grupos se distribuyen en sus lugares de trabajo e inician la actividad a la hora acordada. El observador se mantiene a distancia y llena la ficha de chequeo.

Las torres construidas son expuestas en el salón de plenaria y se procede a desarrollar los indicadores para saber cual (resultado) cumple con los tres estándares de calidad, y recibir el homenaje de aplauso a la calidad.

Los observadores explican cuál fue el proceso que siguieron los equipos en la construcción de la torre.

Los grupos discuten las observaciones y dificultades identificadas al desarrollar la actividad.

TEXTO DE LECTURA

1. Los estándares de calidad

Los estándares no son más que los niveles mínimo y máximo deseados, o aceptables de calidad que debe tener el resultado de una acción, actividad, un programa, o un servicio. En otras palabras el estándar es la norma técnica que se utilizará como parámetro de evaluación de la calidad.

Una vez programada las actividades de solución al problema de gestión, los círculos de calidad deberán definir los estándares de calidad del o los resultados esperados. En el desarrollo de los estándares deben participar los miembros del equipo coordinador de la gestión de calidad en la unidad de salud y representantes de los usuarios internos y externos del programa de atención integral en el cual se identificaron los problemas.

Hay que cuidar que los estándares no sean influenciados por lo que actualmente hace el personal que son los responsables de la gestión o ejecución de la actividad, componente o programa con problema. Los estándares deben ser monitoreados y evaluados periódicamente, aplicando indicadores, para saber si se está asegurando la calidad.

Ejemplo:

Resultado esperado: *El personal de la unidad está capacitado para realizar consejería sobre la oferta y elección del método anticonceptivo a la pareja.*

Estándar: *el 100% del personal que da consulta de atención o promoción en el servicio tiene la capacidad técnica y la actitud de respeto a los valores de la población para realizar consejería sobre la oferta y elección del método anticonceptivo a la pareja.*

En la atención primaria hay que considerar que la fijación de los niveles no tiene carácter universal, como puede ser para el tercer nivel, donde los hospitales participan en la acreditación de calidad por comisiones internacionalmente establecidas.

2. Los indicadores de calidad

2.1 Análisis de la realidad

La realidad en la que vivimos posee un gran número de aspectos, los cuales se comportan como *variables* es decir tienen características que cambian de modo tanto cualitativo como cuantitativo.

Cuando nos aproximamos a esta realidad generalmente lo hacemos de una manera incompleta, ya que construimos un *modelo* de acuerdo a nuestros conocimientos, capacidades, intereses, etc., que resulta ser *una simplificación de la realidad* que nosotros podemos manejar conceptualmente, modificar con nuestras acciones, etc.

Dada la necesidad de describir, debemos operacionalizar la obtención de información sobre las *variables* que observamos. Lo que usamos para hacerlo son los **indicadores**, que no son otra cosa que *descriptores* que construimos con la información a la que podemos acceder (disponible o por recoger) y *que nos dicen algo* de un aspecto (una variable) de la realidad.

A medida que la ciencia y la cuantificación tienen un papel más predominante en el mejoramiento de la calidad, se buscan cada vez más pruebas tangibles para asegurarse que la calidad existe en la realidad y como puede mejorarse. En este contexto los indicadores de calidad: son medidas que describen la calidad relacionada a los estándares.

2.2 ¿Que hace un indicador?

El indicador *debe permitirnos medir* de alguna manera lo que describe. Esto es importante para, precisamente, poder comparar el resultado de la observación que hacemos con el de otra observación o con información de referencia.

Unas veces la medición resulta un proceso bastante directo y sencillo (Por ejemplo: el tiempo que un niño con neumonía permanece en el servicio de emergencia), pero otras no lo son (Por ejemplo: medir la calidad del cuidado recibido por el niño con neumonía en el servicio de emergencia).

Por otro lado, la medición implica el uso de instrumentos de mayor o menor complejidad. Ejemplos de instrumentos: unas preguntas o un cuestionario, un reloj, un tensiómetro o una balanza, una glucocinta o una prueba de tipo ELISA para la determinación del nivel de anticuerpos en suero, etc.

Al medir usamos escalas, podemos usar diferentes escalas para medir lo mismo (Por ejemplo: la presión se puede medir en milímetros de mercurio, centímetros de agua, etc.).

En muchos casos, estableceremos valores umbrales, parámetros o metas, a partir de los cuales consideramos positivo o negativo el resultado de una observación. La forma de establecer el umbral puede ser:

Arbitraria: basada en un umbral cuantitativo. Por ejemplo: como siempre la productividad del consultorio se considera adecuada si es igual o mayor que 6 consultas por hora, la

accesibilidad a un servicio es inadecuada si el usuario potencial vive a 5 o más Km. o más de 30 minutos de viaje a pie.

No arbitraria: basada en la determinación de una presencia. Por ejemplo mejora la eficacia de un tratamiento.

Cabe reconocer que siempre hay un grado de arbitrariedad.

2.3 Características de los indicadores desempeño

Los indicadores de desempeño son instrumentos empleables como guía para vigilar y evaluar la calidad de importantes funciones directivas, administrativas, clínicas y de apoyo. Tienen varias características importantes:

- Los indicadores no son medidas directas de calidad. Más bien, son medidas seguras y válidas empleables para evaluar importantes institucionales y relacionados con el desempeño de los profesionales.
- Los indicadores pueden proporcionar claves útiles sobre los resultados de los procesos clínicos, administrativo y de otra índole (por ejemplo, con qué grado de eficacia, corrección y eficiencia se realizan).
- Los indicadores pueden servir para evaluar un estándar de proceso o un resultado de la atención. Los mejores indicadores de procesos evalúan los eventos o actividades estrechamente vinculados a los resultados obtenidos por los pacientes.
- Para ser útiles, los indicadores deben tener un grado razonable de fiabilidad y validez.

2.4 Característica de los indicadores de resultados

- Primero, los indicadores de resultados no evalúan directamente la calidad de la atención, sino que simplemente permiten deducir sobre el proceso y la estructura del servicio. La confianza que uno tiene en esa inferencia depende del vínculo de causa entre la estructura, proceso y resultado; los buenos resultados se pueden obtener a pesar de procesos y estructuras inadecuadas.
- Segundo, la relación de causa entre el proceso de la atención y su resultado, depende de la interacción de otros factores, como la mezcla de casos y la gravedad de la enfermedad ("case mix"). Cuando normalizamos el efecto de riesgo, por lo tanto, aumenta nuestra confianza en la medición del resultado.
- Tercero, un número suficientemente grande de casos debe ser recopilado, para deducir si se están prestando buenos servicios. La atención puede ser muy buena aunque muera el paciente.
- Cuarto, los malos resultados son señales de que se necesita mayor investigación.
- Quinto, cuanto más completa la estandarización, más precisa y exacta será la advertencia para la investigación.

- Sexto, los resultados reflejan la contribución de diferentes aspectos del sistema de atención médica y no solo la capacidad y competencia de los prestadores de servicios. Al mismo tiempo, los resultados esconden la información sobre lo que anduvo bien o mal, por lo que tenemos que analizar la estructura y proceso de la atención médica.
- Séptimo, las medidas de resultados deben ser específicas en cuanto al tiempo. Las medidas de resultados pueden utilizarse para efectuar el monitoreo paralelo de la atención; los resultados subsiguientes son útiles para efectuar un monitoreo retrospectivo y así mejorar la atención médica en el futuro.
- Octavo, los pacientes y el público comprenden mejor los resultados que los aspectos técnicos de estructuras y procesos. Pero estos últimos, sin embargo, son igualmente importantes para garantizar la calidad. Las mediciones de resultados no dicen lo que ha ocurrido, pero una evaluación de estructuras y proceso nos indica la capacidad de una institución para proporcionar una buena atención médica.

2.5 ¿Cómo formular los indicadores?

El primer paso en la formulación es **identificar que queremos describir**. Para ello hay que retomar los estándares de calidad y los resultados esperados.

Una vez que sabemos que queremos medir, debemos **describir y formular el indicador**. El indicador puede ser uno que ya se utiliza regularmente en el programa o servicio de atención, aunque es mejor que sea creado por el equipo y ser específico al proceso de mejoramiento de la calidad que se está implementando.

El indicador puede ser cualitativo o cuantitativo. Los indicadores cualitativos sirven más para describir percepción o satisfacción y los cuantitativos para determinar grados o niveles de calidad, es decir cantidad.

Ya descrito el indicador, se procede a formular como será operacionalizado. La formulación dependerá si el indicador es Cualitativo o cuantitativo.

Ejemplo:

Indicador Cualitativo: Usuarios perciben que la consejería para elección de método anticonceptivos es: buena, es mala, no importante

Los indicadores cuantitativos generalmente se componen por un numerador y denominador, pero también puede ser un número absoluto como conteo de eventos, o una medición en grados o escalas.

Ejemplo:

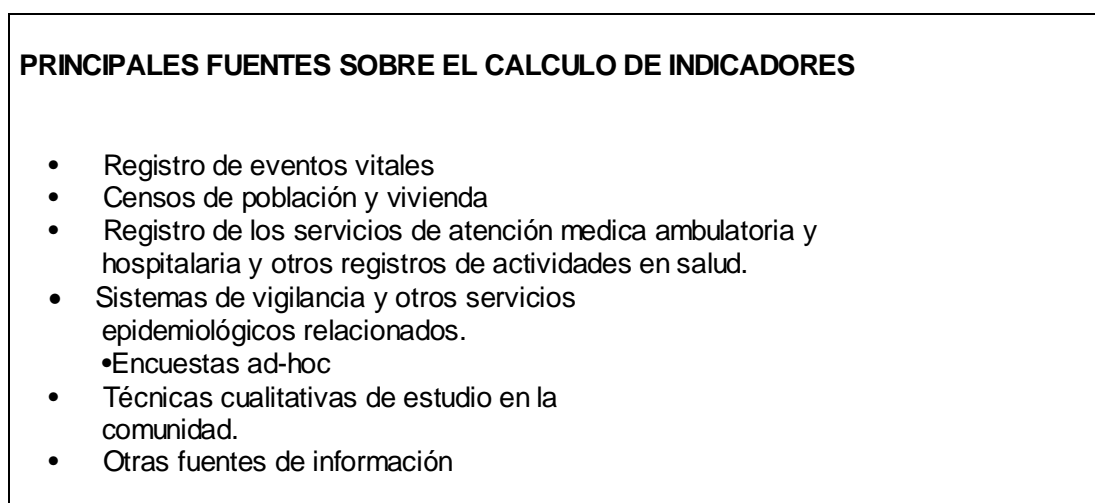
Número de parejas satisfechas con la consejería sobre elección de métodos anticonceptivos en la consulta ambulatoria

Total de parejas que pasaron consulta en la unidad de salud o simplemente: número de consejerías dadas en la consulta durante un mes:

Determinar **la fuente de información** para desarrollar el indicador

Los indicadores necesitan de datos para ser desarrollados, siendo indispensable identificar la fuente de información de donde obtendremos los datos. Si se ha identificado correctamente que vamos a medir y se ha formulado adecuadamente el indicador, será fácil identificar la fuente de información que proporcionará los datos para desarrollarlo. Cuando el indicador cuantitativo es una proporción hay que conseguir información para el numerador (lo observado), el denominador (la referencia) o el número absoluto. La fuente de aquellos no es siempre la misma, pero sí se refiere siempre al mismo universo.

Esquema 2



En el Esquema se enumeran las principales fuentes de información disponibles para calcular indicadores. En forma sucinta comentaremos cada una de ellas.

Registro de eventos vitales

Los registros de eventos vitales, según Naciones Unidas, comprenden "los nacimientos vivos, defunciones, defunciones fetales (mortinatos), matrimonios, divorcios, adopciones, legitimaciones, reconocimientos, anulaciones y separaciones; en una palabra, todos los hechos relacionados con el comienzo y fin de la vida del individuo y con los cambios de su estado civil que pueden ocurrir durante su existencia".

Censos de Población y Vivienda

Los censos de población -que habitualmente tienen cobertura nacional- constituyen una valiosa fuente de información para conocer la magnitud, las características y las variables determinantes de los cambios de la población y aspectos muy asociados. Sin embargo, aunque en la década de los 80 sólo 3 países de la Región no llevaron a cabo un censo, los resultados obtenidos de los realizados no muestran una mejora sustancial ni en la calidad ni en la cobertura en relación con los ejecutados en décadas pasadas.

Registros de los Servicios de Atención Médica Ambulatoria, Hospitalaria y otros.

Los registros de los servicios de atención médica hospitalarios y ambulatorios ubicados en los territorios constituyen una manera relativamente económica de obtener información. Esta fuente de información presenta, no obstante, ciertas desventajas que no pueden soslayarse; las principales se mencionan seguidamente.

Frecuentemente no existe uniformidad en la información que se recolecta por parte de las instituciones de salud de un mismo territorio, aunque correspondan a un mismo evento, ya que las fuentes de información fueron concebidas con propósitos diferentes.

Por ejemplo: los hospitales que se financian básicamente por la seguridad social o por pago de seguros de salud pudieran recopilar más información sobre las causas de consultas ambulatorias que los consultorios privados, por los trámites que habitualmente tienen que hacer los primeros. Por otra parte, la calidad de la información puede ser muy heterogénea en función de la preparación e intereses de su personal, los hospitales docentes, por ejemplo, tienden a obtener más y mejor información que las clínicas privadas.

Sistemas de Vigilancia.

Los sistemas de vigilancia constituyen una valiosa fuente de información sobre el estado de salud de la población en lo que respecta a las entidades bajo control. Sin embargo, la información obtenida a través de esta fuente habitualmente se limita a números absolutos y en ocasiones ni a las cifras mismas, sino propiamente a la advertencia sobre la presencia de casos de una cierta enfermedad- por lo que estos datos tienen que combinarse con los de otras fuentes para obtener indicadores adecuados.

Se considera que la utilidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica para proporcionar información para ciertos indicadores depende de tres factores: primero, que el programa de control o acción al cual se asocia el sistema de vigilancia tenga cobertura nacional o esté implantado en regiones representativas del país de forma tal que se obtengan valores insesgados de los indicadores; segundo, que la duración del programa sea tal que proporcione un período de monitoreo útil para los indicadores; y tercero, que esté disponible alguna medida de la población en riesgo proporcionada por el propio sistema de vigilancia u obtenida de otras fuentes.

Encuestas

Las encuestas tienen ventajas y desventajas que se resumen seguidamente:

Ventajas:

- la información puede ser relacionada con otra información de la vivienda, que se obtiene simultáneamente; lo que conduce a interpretaciones que no serían posibles si la información fuera obtenida de otras fuentes.
- puede obtenerse información que no es posible, o, se hace difícil obtener por otras vías (por ejemplo: empleo de los recursos de atención médica del sector privado, información sobre morbilidad e incapacidad, que no requiere de atención curativa, razones de la no utilización de los servicios de atención médica).

- el muestreo puede proporcionar asimismo estimados de los denominadores (digamos población, por edad y sexo) para el cálculo de indicadores.

4. Fuentes de variación del indicador

a) Cambios en la característica que se mide (falta de constancia).
Puede ser a causa de variación en cualquiera de los factores que determina la característica.

b) Los instrumentos (falta de precisión o de congruencia).

Un instrumento puede no dar resultados consistentes o diferentes instrumentos dar diferentes resultados.

c) Las personas que colectan la información.

Puede variar lo que perciben, su habilidad, integridad, propensión a equivocarse.

Pueden estar influenciadas por prejuicios, motivaciones, etc.

Sesgo de medición.

Variación por el observador.

Estrictamente hablando, la que es sólo introducida por el observador. Puede ser inter-observadores o intra-observadores.

Frecuentemente es difícil separarla de otras fuentes de variación.

5. Indicadores para sistemas locales de salud

5.1 Indicadores de Estructura

Accesibilidad

Extensión a la cual la población puede utilizar los servicios de salud que necesita.

Ejemplos:

| AREAS DEL PROBLEMA | INDICADORES |
|--------------------|-------------|
|--------------------|-------------|

| | |
|--|--|
| Accesibilidad geográfica | * Distancia * Duración del viaje de acuerdo al medio de transporte. |
| Accesibilidad económica | * Pagos por atención, drogas, gastos de transporte. (comparados con el salario). |
| Accesibilidad cultural | * Aceptabilidad de los servicios de salud de parte de los grupos étnicos diferentes (cualitativo); número de personas de grupo étnico diferente. |
| Accesibilidad debido a la organización | * Tiempo de espera * No de rechazos. |

Disponibilidad

Es la relación entre los recursos existentes y la población a la cual están destinados.

Indicadores : Cociente entre la cantidad de un determinado recurso y la población correspondiente.

Ejemplos:

No. de trabajadores de salud
Población de referencia

(es preferible usar el número de horas de trabajo mensual o anual de los trabajadores de salud)

No. de médicos
Población de referencia
(es preferible usar el número de horas por médico contratadas).

No. de servicios de salud
Población de referencia.

6.2 Indicadores de Proceso

Actividades

Para cumplir los objetivos de una institución, los recursos tanto humanos como físicos, deben desempeñar determinadas funciones que se miden en términos de actividades.

Ejemplos:

| RECURSOS | INDICADORES |
|----------------------|---|
| Equipo de vacunación | No. de dosis aplicadas según 1, 2, 3 dosis |
| Atención prenatal | No. de gestantes que reciben atención prenatal. |
| Consulta externa | No. de atenciones de acuerdo a la especialidad |

Tiempo por actividad (variable de acuerdo al servicio de salud o al tipo de personal).

| | |
|-----------------------------------|-------------|
| * Control de crecimiento infantil | 10 minutos |
| * Atención prenatal | 15 minutos |
| * Consultas | 15 minutos |
| * Visitas comunitarias | 360 minutos |
| * Atención de partos | 240 minutos |
| * Planificación familiar | 10 minutos |
| * Control de tuberculosis | 15 minutos |

Productividad y rendimiento

Productividad: es el número de actividades realizadas por unidad de recurso disponible por unidad de tiempo.

Rendimiento: es el número de actividades realizadas por unidad de recurso utilizado.

El rendimiento es semejante a la productividad, pero en la productividad se compara con el recurso disponible, en el rendimiento se compara con el recurso utilizado. Por ello mismo, cuando la utilización de un recurso es 100% el rendimiento coincide con la productividad.

Ejemplos:

No. de controles prenatales

No. de horas de trabajo del trabajador de salud

No. de controles de crecimiento

No de horas de trabajo del trabajador de salud

horas de trabajo = horas contratadas.

Si uno determina para cada actividad específica un tiempo promedio, es posible calcular la productividad de cualquier trabajador de salud, dividiendo el tiempo utilizado en actividades específicas por número de horas contratadas para ello.

Ejemplo:

$$\frac{(\text{No. de controles prenatales por año} \times 15) + (\text{No de consultas} \times 15) + \dots}{\text{total número de minutos contratados por año}}$$

USO

La intensidad de uso (o concentración) es el número promedio de los servicios recibidos en un período de tiempo. Se calcula dividiendo el número de unidades de servicios (o actividades) por el número de usuarios de los mismos.

Ejemplos:

| Servicio Prestado | Indicador (tiempo 1 año) |
|-------------------------|--|
| Consulta externa | <u>No de consultas</u> No de consultantes* |
| Control prenatal | <u>No de controles prenatales</u> No de gestantes atendidas |
| Control de tuberculosis | <u>No de consultas de Tb.</u> No de pacientes con Tb. |

*Pacientes que son atendidos por primera vez en el período considerado.

Extensión de uso es la proporción de la población que usa un servicio determinado en un período de tiempo.

Ejemplos:

| Servicio Prestado | Indicador (período= 1 año) |
|-------------------|--|
| Centro de Salud | <u>No. de personas atendidas (usuarios)</u> población de referencia |

Es de notar que el indicador para los servicios ambulatorios no es el número de consultas, sino el número de personas que consultan dividiendo entre la población.

Frecuentemente no es posible obtener datos sobre los que consultan por primera vez. Por lo tanto, se usa el número de consultas hechas por persona por año, que realmente es una combinación de intensidad y extensión de uso del servicio.

Utilización

Es la relación entre el recurso utilizado y el recurso disponible para una actividad o por un servicio por unidad de tiempo.

Ejemplos:

| Recurso | Indicador |
|------------------|---|
| Consulta externa | $\frac{\text{No. de horas trabajadas (reales)}}{\text{No. de horas predeterminadas}}$ |
| Cirugía | $\frac{\text{No. horas quirófano ocupado}}{\text{No. horas quirófano disponible}}$ |

* La utilización del hospital puede ser medida con tres indicadores:

$$\text{a) \% ocupación} = \frac{\text{No. de días cama ocupada.....}}{\text{No. de días cama disponible}} \times 100$$

$$\text{b) Promedio de estancia} = \frac{\text{No. de días cama ocupada}}{\text{No. de egresos}}$$

$$\text{c) Productividad} = \frac{\text{No. de egresos}}{\text{No. de camas}} \times 100$$

Calidad

Calidad es una combinación de características humanas y tecnológicas que los servicios de salud deben poseer para poder cumplir sus objetivos.

La calidad técnica se define en términos de 4 variables:

a) **La integridad:** es decir, satisfacer todas las necesidades de todos los pacientes.

b) **Los contenidos:** es decir, hacer todo lo que se debe hacer en cada caso.

c) **La destreza:** es decir, hacer bien lo que se debe hacer.

d) **La oportunidad:** es decir, hacer a tiempo y en la secuencia adecuada.

En el proceso de atención se tiene 2 tipos de elementos cuya calidad es posible evaluar unos de carácter técnico y otros de carácter humano y ambiental. Los elementos de carácter técnico se refieren preferencialmente pero no exclusivamente a la eficacia clínica de los servicios. Lo propio puede decirse de los elementos humanos y ambientales que determinan preferencialmente la satisfacción del usuario pero que pueden afectar de manera notable los resultados clínicos esperados.

Otra manera de medir calidad es a través de la auditoria médica, la satisfacción de los pacientes respecto a los servicios que puede ser medida en cuestionarios o entrevistas.

5.3 Indicadores de Resultados Directos

Cobertura.-

Cobertura es la proporción de personas con necesidades de servicios de salud que reciben atención para tales necesidades. Se determina la tasa de cobertura dividiendo el número de personas que hacen uso de un determinado servicio, por el número de personas que tienen esas necesidades.

La cobertura indica si el servicio de salud está llegando a la población que realmente lo necesita.

| Servicio | Indicador |
|-----------------------|---|
| Vacunación | $\frac{\text{No. de niños vacunados}}{\text{No. de niños susceptibles}} \times 100$ |
| Atención prenatal | $\frac{\text{No. de gestantes en control}}{\text{No. total de gestantes}} \times 100$ |
| Atención de partos | $\frac{\text{No. de partos atendidos}}{\text{No. de partos esperados}} \times 100$ |
| Consulta externa | $\frac{\text{No. de consultas}}{\text{No. personas que necesitan atención}} \times 100$ |
| Saneamiento ambiental | $\frac{\text{No. de viviendas con agua}}{\text{No. total de viviendas}} \times 100$ |

* Una vez cuantificada la medida de cobertura, su interpretación es fácil porque su máxima es un objetivo universalmente aceptado. Se debe tener en cuenta, sin embargo, que lograr altas coberturas sólo representa la mitad de la lucha, la otra mitad es la alta calidad que debe lograrse simultáneamente. **Es falsa la noción de primero cobertura y después calidad.**

Eficacia

Se define la eficacia como el logro del objetivo del servicio sobre los usuarios del mismo.

| Servicio | Indicadores |
|-------------------------|---|
| Programa de vacunación* | $\frac{\text{No. de niños realmente protegidos}}{\text{No. de niños vacunados}} \times 100$ |
| Control de tuberculosis | $\frac{\text{No. de pacientes curados}}{\text{No. de pacientes tratados}} \times 100$ |
| Consulta externa | $\frac{\text{No. de pacientes curados}}{\text{No. de pacientes tratados}} \times 100$ |

* De acuerdo al nivel de anticuerpos

Eficiencia

La eficiencia muestra la relación entre los **efectos** de un programa o servicio de salud y los **gastos** correspondientes en recursos e insumos.

| Servicio | Indicadores |
|----------------------------|---|
| Programa de vacunación | <u>costo del programa</u> No. de niños vacunados |
| Programa de tuberculosis | <u>costo del programa</u> No. de pacientes curados |
| Trabajador básico de salud | <u>costo del programa</u> No. de actividades del TBS |

5.4 Indicadores alternativos.

(Son particularmente útiles para el primer nivel de atención)

Existen numerosos indicadores que se pueden utilizar para la medición de diferentes aspectos de desempeño de los servicios de salud. A continuación algunos ejemplos:

Disponibilidad

de un equipo estándar = $\frac{\text{No. unidades con más de X\% de equipo estándar} \times 100}{\text{No. de pacientes que iniciaron el tratamiento}}$

Es un indicador para el cumplimiento de un tratamiento (por ejemplo, tuberculosis) o de un esquema de vacunación (por ejemplo DPT).

Funcionamiento

del sistema de información = $\frac{\text{No. de informes disponibles en un momento dado} \times 100}{\text{No. esperado de informes}}$

El indicador no mide la calidad de la información (salvo que se incluya solamente "informes completos") sino sólo la cantidad. Es importante medir también la retroalimentación de la información a los trabajadores básicos de salud.

Participación del personal en cursos de capacitación = $\frac{\text{No. trab. de salud (según categoría) que participó durante un año en los cursos ofrecidos.....}}{\text{No. total de trabajadores de salud}} \times 100$

El indicador no mide el éxito de los cursos ni la intensidad de la participación del personal (tal indicador es fácil de construir).

Regularidad de Supervisión = $\frac{\text{No. unidades supervisadas durante "n" meses pasados (utilizando un formulario estándar de supervisión)}}{\text{No. total de unidades}} \times 100$

Hay que definir previamente qué tipo de unidad debe ser supervisado y con qué frecuencia. Cuando se utiliza un formulario estándar se puede estimar en forma indirecta la calidad de la supervisión. Otro indicador para esto sería: número de formularios llenados correctamente/número total de formularios llenados.

$$\text{Desempeño de los comités de salud} = \frac{\text{Número de reuniones de los comités (durante los "n" meses pasados)}}{\text{No. total de reuniones planificadas}} \times 100$$

El indicador describe sólo la cantidad de reuniones, no mide el contenido tratado o la efectividad de los esfuerzos.

$$\text{Nivel de conocimientos} = \frac{\text{No. de personas con "n"% de conocimientos (destreza) estándar}}{\text{No. total de personal}} \times 100$$

Hay que identificar los diferentes niveles de conocimientos (destreza) para cada categoría de personal, con anticipación y desarrollar pruebas estandarizadas.

5.5 Indicadores de Impacto

Efectividad

La efectividad se define como el resultado de las acciones de salud sobre la población objeto de los mismos. (Frecuentemente es imposible distinguir si hay alguna mejora de salud por el desarrollo socio-económico o porque surge directamente de la intervención de los servicios.

La efectividad a veces se calcula por la diferencia de tasa de años diferentes (llamado efecto de intervenciones de salud) o con el porcentaje reducido por los años.

Ejemplos:

$$\frac{\text{MI 1985} - \text{MI 1990}}{\text{MI 1985}} \times 100 = \frac{95 - 85}{95} \times 100 = 10.5 \%$$

Los datos numéricos recopilados en el área de salud deben ser útiles y deben ser expresados en tal forma que permitan hacer comparaciones entre los grupos de población o área en diferentes épocas entre enfermedades o eventos, en forma que se los pueda usar como medidas de magnitud.

El equipo de salud una vez que ha recopilado los datos necesarios, a través de encuestas, registros estará listo a presentar una información en forma coherente y de fácil interpretación.

Los indicadores de efectividad más usados se clasifican en dos grupos: Indicadores de Morbilidad e Indicadores de Mortalidad.

-

Ensayo de los indicadores

- Se necesita un período de ensayo oficial de los indicadores porque el aumento de su fiabilidad y validez, ante de la introducción oficial, ampliará su utilidad y valor para las organizaciones.
- La evaluación de la fiabilidad de los indicadores es el proceso de cuantificación de la exactitud con que se identifican los acontecimientos del indicador en todos los caos pertinentes. La evaluación de la validez de los indicadores es el proceso de cuantificación de la medida en al cual señalan los indicadores los eventos que merecen análisis más detallados.
- Un indicador puede ser fiable sin ser válido. No obstante, los problemas de fiabilidad de los indicadores pueden afectar gravemente su validez. Las evaluaciones de validez de los indicadores basados en tasas son más complejas que las de los de eventos centinela.

Uso de indicadores

- Es evidente la necesidad de tener suficientes recursos para apoyar el establecimiento y empleo de indicadores. Esto comprende actividades relacionadas con educación y adiestramiento, asignación de tiempo y trabajo, computadoras y programas de informática, sistemas internos de gestión de la calidad y personal.
- Hay muchas clases de métodos de medición y evaluación del desempeño. Las organizaciones deben determinar qué debe medirse, es decir, cuáles son las preguntas más importantes que cabe responder antes de adoptar, adaptar o establecer indicadores. Se puede aprovechar una creciente base de recursos externos.
- En las etapas iniciales de la medición del desempeño, el número de medidas debe ser limitado; los usuarios deben convertirse en amos, no es esclavos, de los datos.
- Un banco central de datos es un recursos importante y útil para apoyar la gestión, el análisis y el empleo de datos sobre el desempeño. Esos bancos de datos, ya sea que correspondan a una organización o a un grupo de ellas, ofrecen un marco para evaluar el desempeño en un momento dado, proyectar tendencias y hacer análisis con el tiempo. Las organizaciones han creado varios métodos para atender las necesidades de información.
- Puesto que el uso de indicadores en el campo de la atención de salud es nuevo para muchas organizaciones, hay poca experiencia colectiva en la interpretación de datos (es decir, ¿qué significan estos datos para nuestra organización?). La honradez intelectual y el claro intento de la organización de usarlo constructivamente son requisitos previos para su análisis e interpretación productivos.

ANEXO II

Lista de chequeo para observar la construcción de la torre

Con esta lista de chequeo se pretende demostrar la relación que existe entre el proceso de ejecución de una tarea y su producto final. El observador no debe intervenir y tampoco distraer el trabajo del grupo.

Comprensión:

Se discutió y comprendió cuál es la tarea a realizar y qué se espera lograr:

Si O

No O

Se revisaron los materiales necesarios para desarrollar la tarea

Si O

No O

2. Proceso

Al analizar el proceso podremos definir que la gerencia fue de: liderazgo participativo, liderazgo técnico vertical o impositivo, o no existió gerencia es decir el proceso fue anárquico.

2.1 La Planificación y programación

Liderazgo participativo O

Se analiza si todos comprendieron la tarea a desarrollar

Se comparte información sobre el tema de la tarea

Se comparten criterios sobre la forma técnica de ejecutarla

Se discuten los criterios

Se llega a un consenso

Los participantes asumen una actividad

Liderazgo técnico O

Se analiza si comprendieron la tarea a desarrollar

Un participante que tiene habilidades manuales explica como se puede realizar la tarea para lograr el producto esperado.

Los miembros del grupo aprueban las sugerencias del **técnico**

El técnico distribuye actividades a cada miembro o ellos las asumen voluntariamente.

Dirección vertical O

No se analiza la tarea

No se comparte información

Un miembro del grupo impone su criterio

No crea espacios de discusión

El director distribuye las actividades entre los participantes

Anárquico O

No hay planificación. Se pasa de inmediato a realizar la tarea.

2.2 La ejecución

Liderazgo participativo O

Genera creatividad

Genera trabajo de todo el grupo

La ejecución es conducida

Se controla el cumplimiento de los estándares fijados

Se controla el tiempo para terminar oportunamente

Liderazgo técnico O

El técnico supervisa el desarrollo

Todos participan en la actividad

Hay control de estándares y de la oportunidad.

Dirección vertical O

Se ejecuta la actividad designada

No hay participación de todo el grupo

La ejecución es controlada ("hagan así")

Anárquico O

Cada uno ejecuta la tarea según su criterio
o no ejecuta

2.3 El producto

Liderazgo participativo O

Todos los ejecutores están satisfechos con el producto

Liderazgo técnico O

Todos los ejecutores están satisfechos con el producto

Dirección técnico O

No todos están satisfechos con el producto

Anárquico O

No hay producto esperado.