

Departamento de Salud
Secretaría Auxiliar de Salud Familiar, Servicios Integrados y Promoción de la Salud
Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

MEDIDAS/INDICADORES DE CALIDAD Y SU RELACIÓN CON EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN

17 DE JUNIO DE 2021

PRESENTADO POR: MAYRA PIAR REYES, M.S.

DEPARTAMENTO DE
SALUD



OBJETIVOS

- Definir conceptos y principios básicos sobre el tema de calidad
- Definir el concepto de indicador de calidad y cuál es su utilidad en los procesos de mejoramiento de calidad
- Discutir el rol de los indicadores en el proceso de planificación

¿QUÉ ES CALIDAD DE SERVICIOS?

“La calidad es el grado en que un servicio de salud o de apoyo cumple con los estándares clínicos y las expectativas del consumidor”

(National Quality Center, 2005)



Dimensiones de la Calidad



Técnica

Proveedor

Percepción de calidad de acuerdo a los estándares profesionales establecidos y lo aceptado por el conocimiento profesional

Experiencia

Paciente/Consumidor

Percepción de calidad de acuerdo a si el servicio alcanzó sus expectativas y se obtuvo los resultados de salud deseados

PRINCIPIOS RELACIONADOS A LA CALIDAD

- Liderazgo y enfoque participativo: cliente y proveedor
- El éxito se alcanza cuando atendemos las necesidades de la población que servimos
- La mayoría de los problemas se encuentran en los procesos; no en las personas
- Trabajo en equipo: La calidad es responsabilidad de todos
- Se basa en procesos: La mayoría de los problemas se encuentran en los procesos, no en las personas
- Enfoque de sistema: Toda tarea es parte de un proceso y los procesos se integran en sistemas
- No reinvente la rueda; aprenda de los que lo hacen bien
- Basado en datos y hechos para la toma de decisiones
- Establezca prioridades y comuníquelas de forma clara
- Utiliza unos principios y una metodología específica

CALIDAD: RESPONSABILIDAD DE TODOS

“EL TRABAJO DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD NO PUEDE SER LA RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE UN PEQUEÑO GRUPO DE PERSONAS EN LA ORGANIZACIÓN. ADOPTAR LA CULTURA Y FILOSOFÍA DE CALIDAD CONLLEVA LA PARTICIPACIÓN DE TODO EL PERSONAL EN LA ORGANIZACIÓN.”

HRSA/HAB QUALITY MANAGEMENT
TECHNICAL ASSISTANCE MANUAL (2003)



¿POR DÓNDE COMIENZO?



“Comprender la situación actual, los aciertos y fallas, del programa/ organización en cuanto a ejecución y cumplimiento con metas y objetivos es un buen lugar para comenzar.”

HRSA/HAB Quality Management
Technical Assistance Manual (2003)

MEDICIÓN DE LA EJECUCIÓN

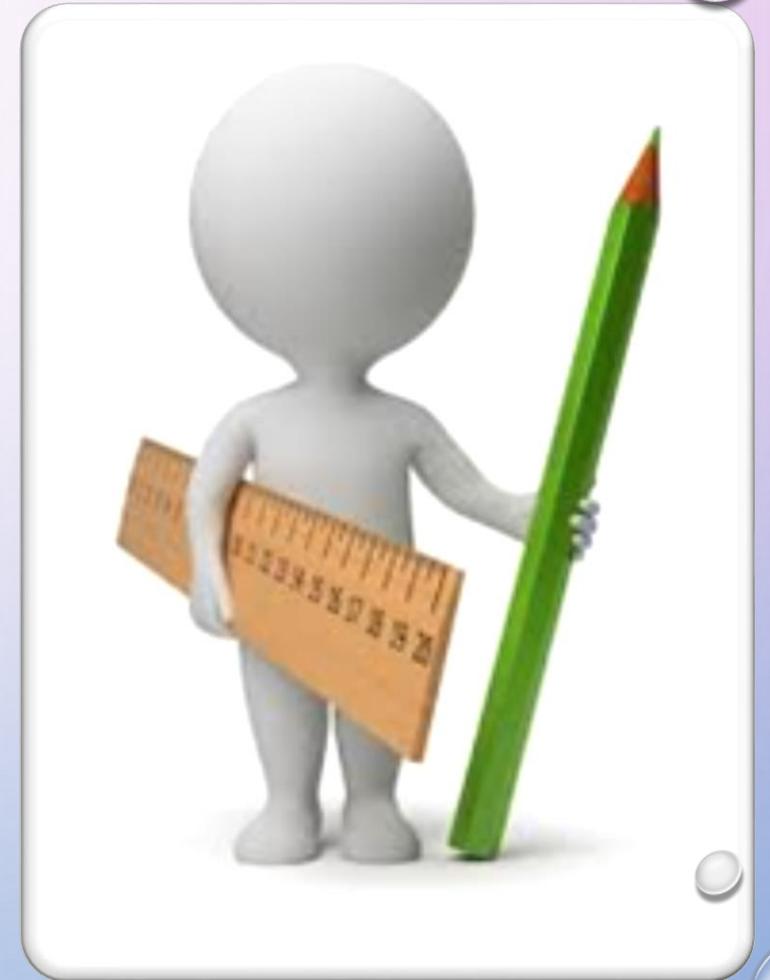
Consiste en la recopilación de información de forma regular y sistemática para evaluar y determinar si se están alcanzando los resultados deseados/esperados.

Las acciones están basadas en datos medibles y confiables.



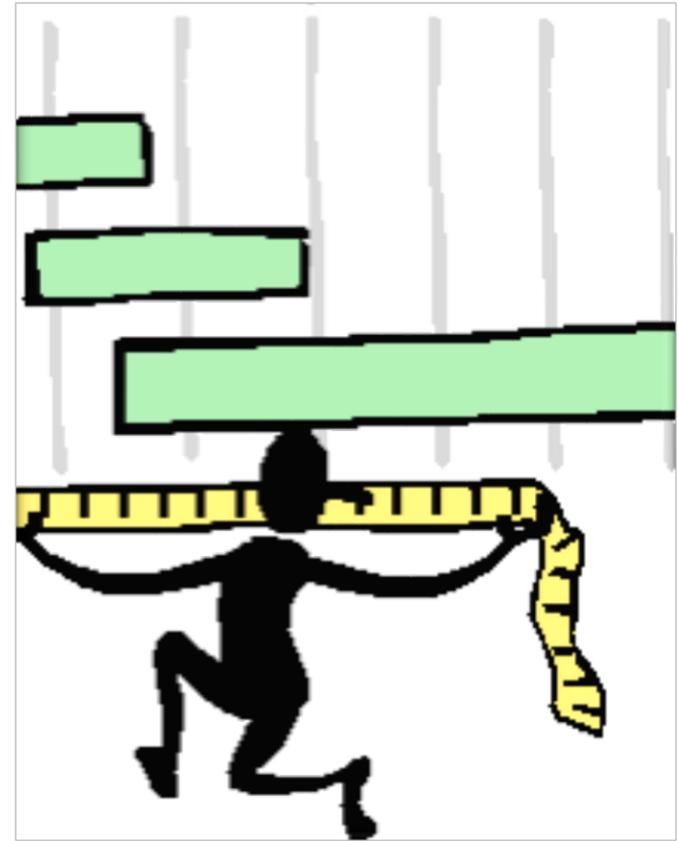
MEDICIÓN DE LA EJECUCIÓN

- LA MEDICIÓN DE LA EJECUCIÓN SE ENFOCA MENOS EN LA PERSONA INDIVIDUAL, QUE PROVEE EL SERVICIO, Y MÁS EN LOS PROCESOS Y EN LA ORGANIZACIÓN COMO UN TODO.
- PERMITE IDENTIFICAR ÁREAS/OPORTUNIDADES PARA MEJORAR.
- PLANTEA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:
 - ¿SE ESTÁ PROGRESANDO HACIA LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS?
 - ¿SE ESTÁN REALIZANDO ACTIVIDADES QUE CONTRIBUYEN A QUE SE ALCANCEN LOS OBJETIVOS?
 - ¿HAY ÁREAS PROBLEMÁTICAS QUE NECESITAN SER ATENDIDAS?



¿POR QUÉ MEDIR?

- Permite establecer diferencias entre lo que creemos que está pasando y lo que verdaderamente está pasando.
- Permite establecer un “baseline”, que facilita el monitoreo periódico y sistemático.
- Permite determinar si los cambios implantados conducen a un mejoramiento en la ejecución.
- Permite la comparación con otros.
- Permite conectar los datos de ejecución con actividades de mejoramiento de calidad.



SELECCIÓN MEDIDAS DE EJECUCIÓN

1. INCLUYA PERSONAL CLAVE AL MOMENTO DE SELECCIONAR LAS MEDIDAS DE EJECUCIÓN QUE SE VAN A MONITOREAR Y DAR SEGUIMIENTO.
2. SELECCIONE MEDIDAS CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:
 - a) ESTÁN ALINEADAS CON LA META Y LOS OBJETIVOS DE LA ORGANIZACIÓN
 - b) DEMUESTRAN TENER UNA RELACIÓN CON “OUTCOMES” DE SALUD POSITIVOS
3. ESTÁN BAJO EL CONTROL DEL SISTEMA DE CUIDADO DE SALUD; ESTO ES CONSIDERAR MEDIDAS SOBRE LAS QUE SE TENGA INFLUENCIA Y QUE SEA ALGO QUE SE PUEDE CAMBIAR.
4. UTILICE MEDIDAS DE EJECUCIÓN QUE YA HAN SIDO ESTABLECIDAS Y DESARROLLADAS POR ENTIDADES NORMATIVAS Y QUE OTORGAN FONDOS.

MEDIDA BASE

- UNA VEZ QUE SE HAN SELECCIONADO LAS MEDIDAS DE EJECUCIÓN, SE DEBE UTILIZAR LA INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA DETERMINAR LA MEDIDA BASE. ESTO PROVEE LA BASE DE REFERENCIA PARA COMPARACIONES FUTURAS.
- SI NO EXISTEN DATOS PREVIOS RELACIONADOS A LAS MEDIDAS DE EJECUCIÓN QUE FUERON SELECCIONADAS, SE DEBE COMENZAR POR RECOPIRAR LA INFORMACIÓN NECESARIA ANTES DE REALIZAR CAMBIOS AL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA MEJORAR LA CALIDAD.
- EN ESTA FORMA SE ESTABLECE UNA MEDIDA DE BASE O REFERENTE PARA REALIZAR COMPARACIONES CUANDO SE COMIENCEN A REALIZAR CAMBIOS PARA MEJORAR LA CALIDAD.
- CONTRIBUYE A FACILITAR LA DETERMINACIÓN DE SI EN EFECTO UN CAMBIO REALIZADO RESULTÓ EN UN MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.

¿QUÉ ES UN INDICADOR DE CALIDAD?

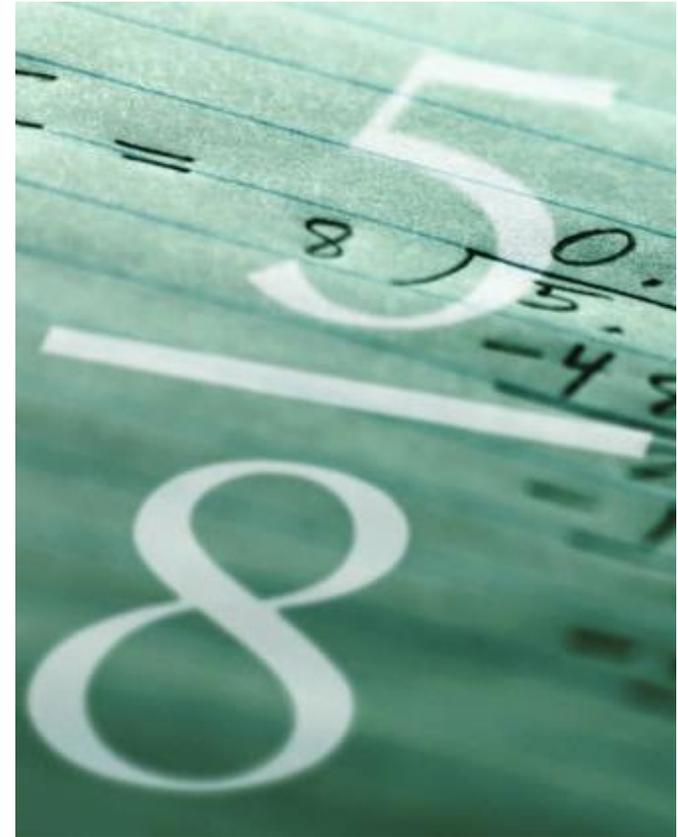
- UN INDICADOR DE CALIDAD ES UNA MEDIDA QUE SE UTILIZA PARA EVALUAR ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL CUIDADO Y DE LOS SERVICIOS QUE RECIBEN LOS PACIENTES/CLIENTES; ESTO ES, PARA DETERMINAR/EVALUAR LA EJECUCIÓN MEDIANTE EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO.
- DEBE ESTAR RELACIONADO A OBTENER RESULTADOS DE SALUD DESEADOS (“HEALTH OUTCOMES”).
- DEBE SER CONSISTENTE CON EL CONOCIMIENTO PROFESIONAL ACEPTADO Y SATISFACER LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES/CLIENTES.

CARACTERÍSTICAS DEL INDICADOR

- **CONFIABLE** – RESULTA EN EL MISMO VALOR IRRESPECTIVAMENTE DE QUIÉN, CUANDO Y DÓNDE SE REALICE LA MEDICIÓN. ESTÁ RELACIONADO A LA PRECISIÓN Y CONSISTENCIA DE LA MEDIDA.
- **VÁLIDO** – MIDE LO QUE SE PRETENDE MEDIR.
- **ESTANDARIZADO** – LOS ELEMENTOS DE DATA, PROCESO DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS HAN SIDO PREVIAMENTE DEFINIDOS.

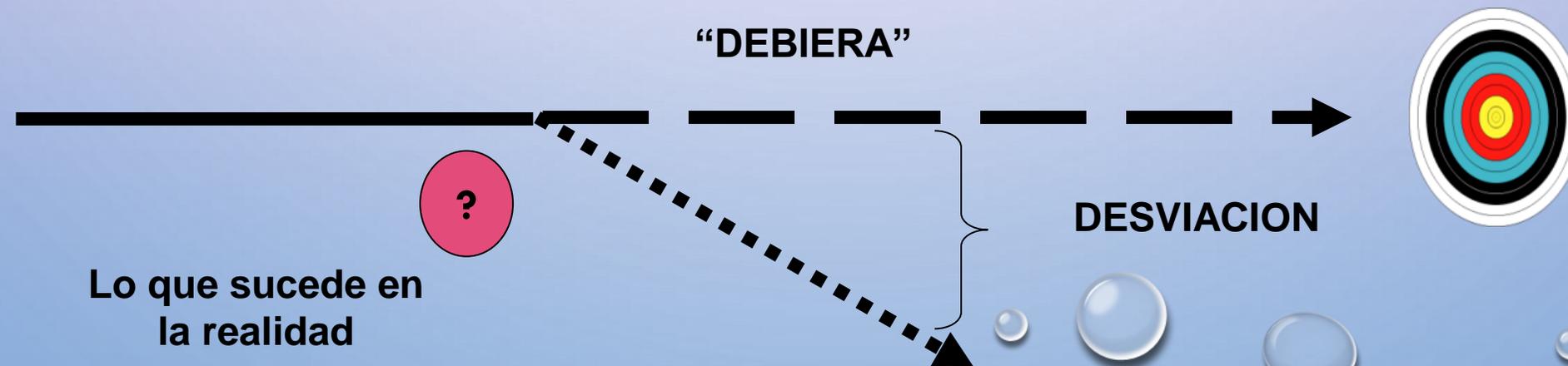
DEFINICIÓN DE INDICADOR

- ¿QUIÉN ES ELEGIBLE?
- ¿QUÉ SEGMENTO DE LA POBLACIÓN DEBE RECIBIR EL SERVICIO QUE SE ESTÁ MIDIENDO? (¿QUIÉN DEBE SER CONTADO EN EL DENOMINADOR?)
- ¿QUIÉNES RECIBIERON EL SERVICIO/ CUIDADO RECOMENDADO? (¿QUIÉN DEBE SER CONTADO EN EL NUMERADOR?)



¿CÓMO PODEMOS IDENTIFICAR UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR?

- Cuando existe una desviación de un «debiera», de lo que «se espera» y no sabemos la causa.
- Una oportunidad para mejorar es una situación en que las cosas debieran estar sucediendo de una manera y están sucediendo de una manera diferente y no sabemos el por qué.





“PROBLEMA” → ÁREA A MEJORAR

Por lo tanto, sabemos que existe un área a mejorar cuando la ejecución o prestación de un servicio de salud, psicosocial o de apoyo se desvía del estándar profesional establecido y las expectativas de los usuarios o clientes.

¿CÓMO SE PUEDE MEDIR UN PROBLEMA?

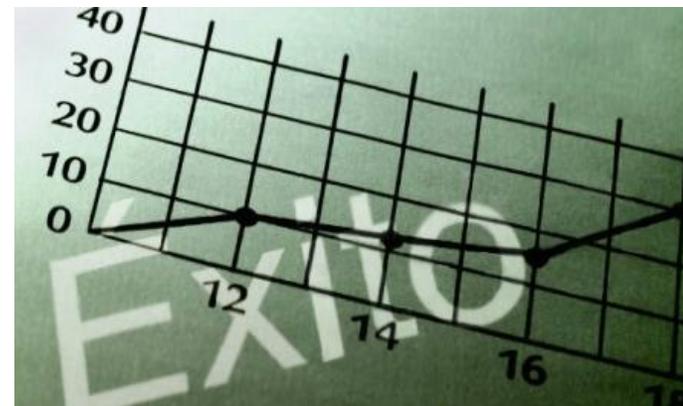
- MEDIANTE EL USO DE HERRAMIENTAS ESTADÍSTICAS DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD.
- ROL DE LOS MÉTODOS Y HERRAMIENTAS ESTADÍSTICAS EN LA GESTIÓN DE PROCESOS DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD:
 1. ¿QUÉ CAUSA LOS PROBLEMAS O PRODUCTOS DEFECTUOSOS?
 2. EL DIAGNÓSTICO DE LOS PROCESOS



Categorías de Servicio	Descripción de las Medidas/ Indicadores de Calidad		Dic. 2019 (Baseline)	All Acs (agregado) Dic/2019	Valor Esperado AC 2020	Marzo 2020	Junio 2020	Sept. 2020	Dic. 2020	Diferencia (Dic/20-Dic/19)
Manejo de Caso No-Clínico	AC-21	Referidos completa-dos que fueron inicia-dos en los CPTETs	82.35%	64.58%	87.35%	80.00%	100.00%	72.73%	84.38%	2.03%
	AC-22	Recertificaciones completadas	49.72%	57.44%	57.44%	84.66%	84.30%	75.98%	84.31%	34.59%
	AC-08	Plan de cuidado	91.67%	92.90%	92.90%	89.79%	80.00%	74.32%	71.00%	- 20.67%
Transportación Médica	AC-11	Transportación médica	100.00%	98.72%	>= 95%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	0.00%
Alcance Comunitario	AC-19	Alcanzados y enlazados a cuidado	84.62%	49.12%	89.62%	84.62%	84.62%	84.62%	87.50%	2.88%
	AC-20	Alcanzados e ingresados en ADAP	90.91%	71.43%	95.91%	90.91%	90.91%	90.91%	92.86%	1.95%

MÉTODOS ESTADÍSTICOS

- HERRAMIENTAS CUANTITATIVAS
 - SU PROPÓSITO ES INFORMACIÓN Y DIAGNÓSTICO
- HERRAMIENTAS CUALITATIVAS
 - ASISTEN EN EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES Y DESARROLLO DE ESTRATEGIAS



LLUVIA DE IDEAS

- Es una técnica de grupo en donde los participantes generan una lista de ideas sobre un tópico sin ejercer juicio sobre ellas.
- Se fomenta la generación de ideas nuevas.
- No hay respuestas correctas o incorrectas. Todas las ideas son aceptadas.
- Se recomienda incluir tanto a los expertos como a los usuarios del proceso/servicio.

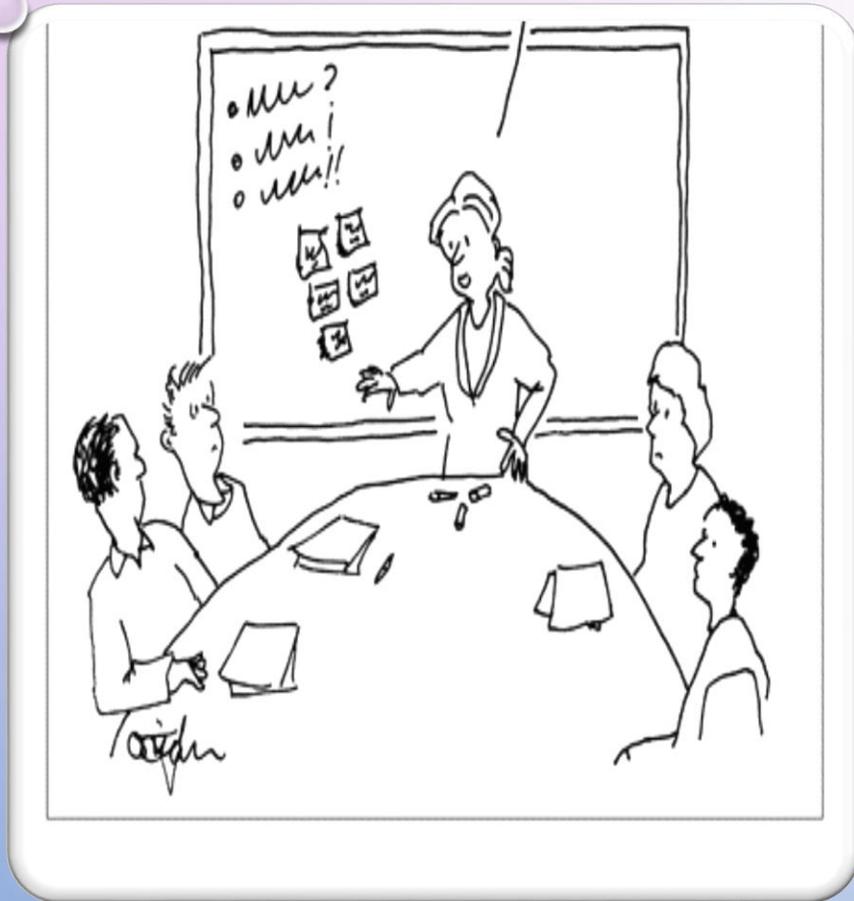
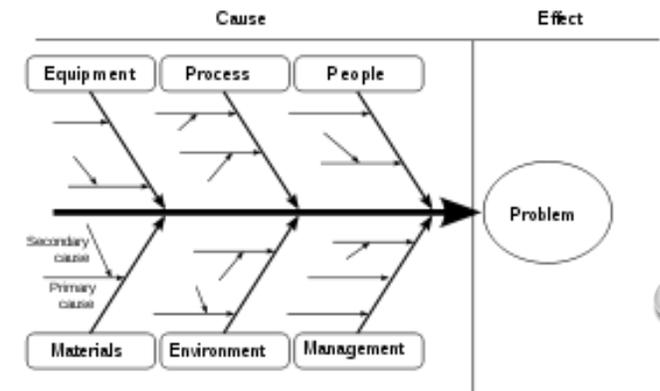
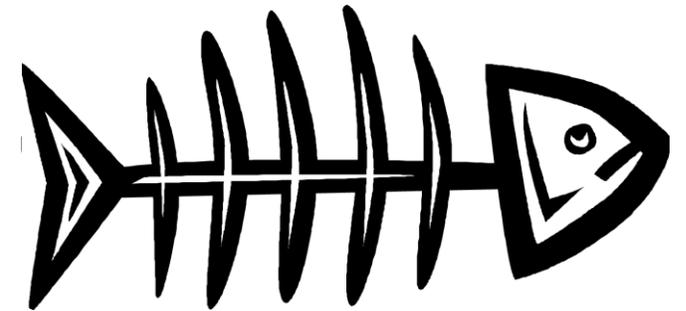


DIAGRAMA DE CAUSA Y EFECTO

- TAMBIÉN ES CONOCIDO COMO DIAGRAMA ISHIKAWA O DIAGRAMA DE HUESO DE PESCADO (“FISHBONE DIAGRAM”).
- EL RESULTADO DE UN PROCESO PUEDE ATRIBUIRSE A UNA MULTITUD DE FACTORES. ESTE DIAGRAMA FACILITA ILUSTRAR Y ENTENDER LA RELACIÓN DE CAUSA-EFECTO DE ESTOS FACTORES. ES PRECISO TENER EN CUENTA LA ESTRUCTURA O RELACIÓN MÚLTIPLE DE CAUSA-EFECTO PARA DESARROLLAR EL DIAGRAMA. PERMITE IDENTIFICAR LA RAÍZ DE LAS CAUSAS.
- AYUDA A ESTRUCTURAR LOS RESULTADOS DEL EJERCICIO DE LLUVIA DE IDEAS.



PROYECTO DE MEJORAMIENTO

En las organizaciones/CPTETs se llevan a cabo proyectos especiales de mejoramiento de calidad para mejorar la prestación de servicios a los clientes, y el cumplimiento con lo establecido en el plan de calidad delineado por las organizaciones/CPTETs.



MEJORAMIENTO DE CALIDAD

- Conlleva el desarrollo e implantación de actividades para realizar cambios al programa, en respuesta a resultados de las medidas de ejecución.
- Se requiere de las organizaciones recipientes de fondos (“grantees”) que desarrollen e implanten proyectos de mejoramiento de calidad dirigidos a mejorar el cuidado al paciente, “outcomes” de salud y la satisfacción del paciente.
- Se espera que los “grantees” implanten proyectos de mejoramiento de calidad utilizando unas herramientas y metodología específicas.

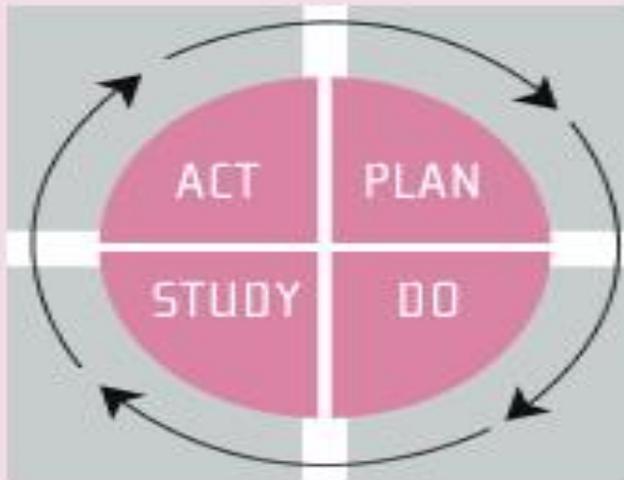


MODELO DE MEJORAMIENTO

What are we trying to accomplish?

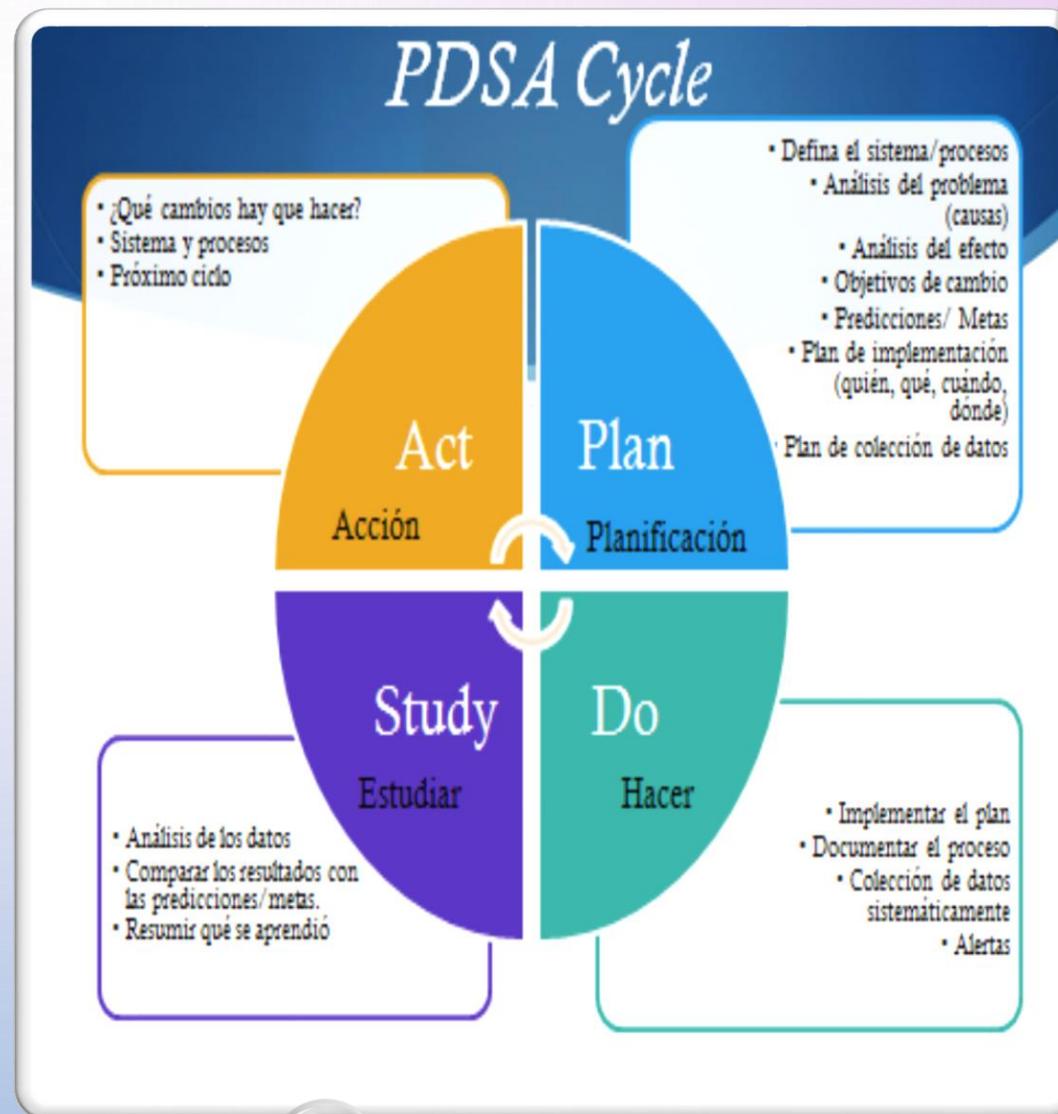
How will we know that a change is an improvement?

What change can we make that will result in improvement?



MEJORAMIENTO CONTINUO CICLO PDSA

- **P:** PLAN (Planificación)
- **D:** DO (Implementación de un plan de acción)
- **S:** STUDY (Estudiar los resultados vs las metas)
- **A:** ACT (Cambios para el próximo ciclo)



Formulario *PDSA Cycle*

Fecha de inicio: _____

Fecha Final: _____

Título del proyecto de mejoramiento: _____

Nombre de Agencia / Clínica: _____

Metas del Proyecto:

1. _____

2. _____

3. _____

Plan

Describa la situación actual:

¿Cuáles son las causas?

¿Qué actividades se implementarán?

¿Qué adiestramientos serán necesarios?

¿Quién (o quiénes) tendrán a cargo la implementación?

¿Dónde se realizará la implementación?

¿Cuándo se hará la implementación? Fecha- Desde:

Hasta:

Predicciones:

1.

2.

Do (Hacer)

Observaciones: ¿Se están implementando las actividades descritas en el plan?

Si ___ No ___ ¿Por qué?

- Uso de formularios
- Datos recolectados
- Fecha de entrega de datos

Observaciones de acciones que no sean parte del plan:

¿Es necesario modificar el plan original? Si ___ No ___ ¿Por qué?

Study (estudiar): Análisis de datos y tendencias

Preguntas: Copia las preguntas y predicciones del plan realizado y evalúa los resultados. Completa el análisis de los datos. Inserta gráficos de los datos obtenidos de ser posible.

1. Predicción:

Aprendizaje (comparación de preguntas, predicciones, y análisis de datos):

2. Predicción:

Aprendizaje (comparación de preguntas, predicciones, y análisis de datos):

3. Predicción:

Aprendizaje (comparación de preguntas, predicciones, y análisis de datos):

4. Predicción:

Aprendizaje (comparación de preguntas, predicciones, y análisis de datos):

Resumen (Observa los datos):

¿El cambio realizado logró mejoras?

Si ___ No ___ ¿Por qué?

Act (Actuar)

Describe como sería el próximo ciclo PDSA: Basado en los resultados, ¿cuáles serían los próximos cambios a implementar?

¿Qué acciones o cambios a los procesos deben institucionalizarse?

¿Qué otro proyecto de mejoramiento se debe implementar?

¿CÓMO EL HACER PRUEBAS NOS CONDUCE AL MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS?

The cycles build on each other...

Changes That Result in Improvement

