

Estrategia integral de formación para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud

Pedro J Saturno-Hernández, Dr,⁽¹⁾ Mauricio Hernández-Ávila, Dr,⁽²⁾ Laura Magaña-Valladares, Dra,⁽³⁾ Sebastián García-Saisó, Dr,⁽⁴⁾ José de Jesús Vértiz-Ramírez, Mtro.⁽⁵⁾

Saturno-Hernández PJ, Hernández-Ávila M, Magaña-Valladares L, García-Saisó S, Vértiz-Ramírez JJ. Estrategia integral de formación para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud. Salud Publica Mex 2015;57:275-283.

Resumen

El sistema de salud mexicano ha tenido logros importantes que se reflejan en la mejora creciente del nivel de salud. Empero, la heterogeneidad en la calidad de los servicios y su repercusión en la salud de diferentes grupos poblacionales continúan siendo un reto. Los costos de fallos en la calidad representan de 20 a 40% del gasto de los sistemas de salud. Es necesario desarrollar la capacidad organizacional para implementar sistemas de gestión de calidad que permitan identificar, evaluar, superar y prevenir los retos del sistema de salud. Para ello, se propone una estrategia integral de formación de recursos humanos basada en competencias y responsabilidades, que incluye programas de pregrado, posgrado y educación continua para favorecer el ejercicio efectivo de la función de calidad en los diversos niveles de responsabilidad del sistema de salud. La estrategia responde a las necesidades del sistema mexicano, pero puede ser adaptada a diferentes sistemas y contextos.

Palabras clave: calidad; salud pública; recursos humanos; servicios de salud pública; México

Saturno-Hernández PJ, Hernández-Ávila M, Magaña-Valladares L, García-Saisó S, Vértiz-Ramírez JJ. Organizational capacity for continuous improvement of health services. Salud Publica Mex 2015;57:275-283.

Abstract

While the Mexican health system has achieved significant progress, as reflected in the growing improvement in population health, heterogeneity in the quality of services and its impact on health in different population groups is still a challenge. The costs or poor quality represent about 20 to 40% of the health system's expenditure. We need to develop organizational capacity to implement quality management systems in order to identify, evaluate, prevent and eventually overcome the health system's challenges. A competency-based comprehensive strategy for training human resources is proposed including undergraduate and graduate education as well as continuing education, which will contribute to improve the quality function at the various levels of responsibility in the health system. The proposed strategy responds to the context of the Mexican health system, but it could be adapted to other systems and contexts.

Key words: human resources; quality; public health; public health services; Mexico

(1) Dirección Adjunta del Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. México.

(2) Dirección General, Instituto Nacional de Salud Pública. México.

(3) Secretaría Académica, Instituto Nacional de Salud Pública. México.

(4) Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Secretaría de Salud. México.

(5) Coordinación Académica Adjunta de la Maestría en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud, Instituto Nacional de Salud. México.

Fecha de recibido: 9 de septiembre de 2014 • **Fecha de aceptado:** 27 de febrero de 2015

Autora de correspondencia: Dra. Laura Magaña Valladares. Secretaría Académica, Instituto Nacional de Salud Pública.

Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.

Correo electrónico: lmagana@insp.mx

“Calidad: la tercera revolución en la salud global”.¹

Los sistemas de salud (SS) surgen como respuesta social organizada para atender las necesidades de salud de la población y promover su pleno desarrollo, y evolucionan para adaptarse a los cambios tanto demográficos como epidemiológicos, políticos, sociales y económicos. La calidad de la atención es un elemento central de esta evolución.²

El SS de México tiene logros importantes que se manifiestan en la creciente salud de los mexicanos. Sin embargo, cuando analizamos los indicadores de desempeño del SS y los comparamos con otros países, México queda por debajo de la mayoría de los que conforman la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) e, incluso, de algunos de América Latina.³ Esto sugiere que el SS mexicano enfrenta retos importantes para ofrecer servicios de salud de calidad. De hecho, la calidad varía de manera importante entre sectores, regiones geográficas y grupos poblacionales.⁴ Con cierta frecuencia las acciones de salud no se ejecutan adecuadamente y ponen en riesgo la salud de los usuarios.⁵ Al reconocer este reto, el Programa Sectorial de Salud (Prosesa) 2013-2018 identificó la calidad como objetivo estratégico: asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.

La capacidad organizacional del SS para ofrecer servicios con calidad es uno de los bloques estratégicos reconocidos para conseguir niveles óptimos de funcionamiento.⁶ Lograr capacidad organizacional para la calidad tiene dos componentes: a) contar con la infraestructura, recursos y personal adecuados para los servicios ofertados, y b) los elementos para la función de calidad, particularmente un sistema de información que permita vigilar y establecer un esquema de reconocimientos e incentivos alineados con la calidad y, sobre todo, procurar los conocimientos y habilidades para gestionar y mejorar la calidad de los servicios específicos y del sistema en su conjunto. El primer componente, infraestructura y personal adecuados, se ha vuelto más obvio e indiscutible, mientras que el segundo, la capacidad para ejercer la función de calidad, es más reciente y se está reconociendo en toda su trascendencia; es el objeto de este documento, particularmente en su vertiente en torno a la cualificación necesaria para gestionar la calidad.

Ofrecer un servicio de calidad y mejorarlo de forma continua tiene una importante repercusión en los costos del sistema. Los costos de la mala calidad, generalmente ocultos, han sido estimados entre 20 y 40% del total del gasto del SS.⁷ Son especialmente notorios cuando los servicios ofrecidos no son efectivos; ésta es una de las dimensiones clave de la calidad.⁸ Para evitar que se produzcan los fallos y mitigar sus efectos, se necesita

poner en marcha sistemas de gestión de la calidad (SGC) efectivos capaces de detectarlos y evaluarlos y diseñar intervenciones para remediarlos o prevenirlos, puesto que la calidad raramente va a mejorar por sí sola.⁹ No obstante, esta “inversión” en la estructuración y el funcionamiento de un SGC ha de seguir esquemas metodológicos adecuados para que no contribuya por sí misma al enorme desperdicio económico que ya existe en los SS. La metodología adecuada para la gestión de la calidad conforma un cuerpo de conocimientos que hay que aprender y enseñar.

La confluencia de a) altos costos de la mala calidad; b) necesidad de invertir en su evaluación y mejora para disminuirlos y optimizar la producción de salud, y c) dotar al sistema de la capacidad organizacional para realizar estas actividades con la mejor evidencia científica, precisa una estrategia integral que contribuya a formar los recursos humanos con los conocimientos y las habilidades necesarios para afrontar los retos que todo ello supone en los diversos niveles de responsabilidad del SS.

En respuesta a lo planteado en el Prosesa 2013-2018, en este documento proponemos los programas académicos que deben ser implementados de forma integrada para contribuir a formar los recursos humanos que ejerzan de forma satisfactoria la función de calidad en el SS. Con la puesta en marcha de estos programas, el Instituto Nacional de Salud Pública contribuye de forma directa a la realización de la estrategia 2.2 del Prosesa. La propuesta responde a las necesidades de formación en calidad de México, pero también es un esquema que puede ser adaptado a diversos contextos y sistemas en los que se quiera desarrollar la estructura de recursos humanos necesaria para la función de calidad.

I. Programas, población diana y objetivos de la formación en gestión y mejora continua de la calidad

Hace varias décadas, al inicio del movimiento sobre *Total Quality Management*, ya se afirmaba, en referencia a la función de calidad y los SGC que la sustentan, que cualquier función que fuese importante para una organización tenía que ser visible en el organigrama de esa organización.¹⁰ En México se ha avanzado en este sentido antes, durante y después del hito que supuso la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud,^{11,12} pero sobre todo a partir de esta última. Han existido vaivenes organizacionales; la situación actual, al menos en referencia al sistema público de la Secretaría de Salud, es de gran variabilidad entre entidades federativas en relación con los niveles jerárquicos que ocupa,¹³ pero en todas existen responsables, gestores de calidad y comités específicos en diversos niveles del

sistema encargados, al menos en teoría, de velar y mejorar la calidad y la seguridad. La función de calidad, con variaciones jerárquicas en los últimos años, también es visible en el organigrama a nivel central. Sin embargo, el desarrollo estructural no se ha acompañado de un desarrollo paralelo de la capacitación y la profesionalización de las personas a cargo de estas responsabilidades, hasta el punto de que este déficit es reconocido como brecha y consiguiente intervención prioritaria para la mejora de los servicios de salud por los propios profesionales que ocupan estos puestos de trabajo.¹⁴

La mejora de la calidad necesita de la concurrencia sinérgica de todos los niveles de responsabilidad, y también de una sensibilización y formación básica para quienes desempeñarán servicios de salud, sin olvidar que el principal servicio es la atención clínica en sentido amplio, y que el liderazgo, entendimiento y práctica de su mejora reviste características específicas que pueden ser mejor realizadas por profesionales con una formación clínica previa,¹⁵⁻¹⁹ tanto general como de los diversos y complejos campos de la atención clínica especializada.

Todo lo anterior conduce a la necesidad de estructurar una estrategia de capacitación en calidad integral y multifacética que aborde todos los aspectos y flancos que hay que considerar en la formación de pregrado, posgrado y educación continua representados en la figura 1. Los componentes programáticos de esta estrategia global, junto con sus objetivos principales y población diana, se resumen en el cuadro I y son explicados con más detalle a continuación.

1.1. Maestría en Gestión de la Calidad en Servicios de Salud

Constituye el nivel *profesionalizante* deseable para cualquier cargo o puesto de trabajo con responsabilidad

específica en la estructura para la función de la calidad, como los responsables de calidad de las entidades federativas, los gestores de calidad y los directores de calidad de los centros asistenciales. Su objetivo principal es proporcionar conocimientos y habilidades que cubran todo el campo de la gestión y mejora continua de la calidad en los servicios de salud en todas sus dimensiones, para poder responder y liderar de forma adecuada los retos que plantea su implementación efectiva.

La duración prevista de dos años incluye el aprendizaje de los conceptos básicos sobre calidad en salud y de los métodos específicos para la realización de los tres tipos de actividades que contribuyen a la mejora continua (monitorización, ciclos de mejora y planificación o diseño de la calidad), además de la contribución particular y sustantiva de campos específicos como la participación del paciente y de la población, la seguridad, los programas externos como la acreditación y la certificación, y el diagnóstico organizacional que destaca las características del ejercicio del liderazgo para la mejora continua de la calidad.

La característica eminentemente profesionalizante de la maestría no excluye la adquisición de habilidades para la investigación operativa en el campo de la mejora de la calidad, en la cual los profesionales que la ejerzan podrán ocupar posiciones de liderazgo.

La inexistencia o escasez previa de este tipo de programas en México ha corrido de manera paralela con la creación de una estructura de puestos de trabajo que precisarían de esta capacitación, lo que ha hecho necesario cubrir dos frentes de forma simultánea: por una parte, para aquellos profesionales que quieran hacer de la gestión de calidad en servicios de salud su área de desarrollo profesional fundamental; por otra, y de forma prioritaria, para aquéllos que ya están desempe-

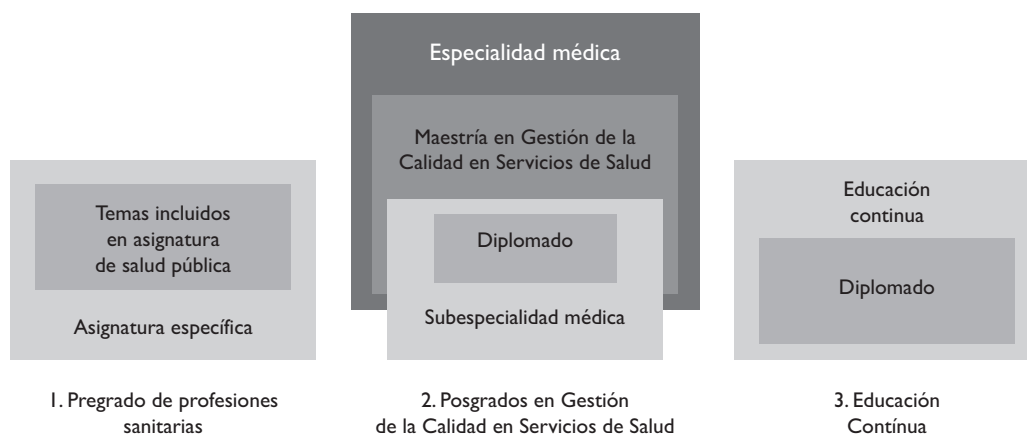


FIGURA 1. ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN EN MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Cuadro I

PROGRAMAS DE ESTRATEGIA INTEGRAL PARA CAPACITACIÓN EN GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD

Programa	Duración	Perfil del alumno	Objetivos generales	Ejemplo de lugar de desempeño
Maestría en Gestión de la Calidad en Servicios de Salud	2 años	Licenciado en cualquier profesión que se desempeñe en los servicios de salud	- Desarrollar competencias que cubran todo el campo de la gestión y mejora continua de la calidad, así como iniciarse en la investigación en el tema.	- Responsables de calidad en los diversos niveles del sistema de salud. - Docentes universitarios de pre y posgrado a cargo de materias relacionadas con la calidad.
Especialidad médica en Gestión de la Calidad en Servicios de Salud	3 años (incluye maestría)	Licenciado en medicina	- Desarrollar competencias que cubran todo el campo de la gestión y mejora continua de la calidad, así como iniciarse en la investigación en el tema. - Generar experiencias sobre el ejercicio de la función de calidad en el sistema de salud en todos sus niveles asistenciales y administrativos.	- Responsables de calidad de entidades federativas. - Directores de calidad de hospitales y redes asistenciales. - Otras posiciones directivas en relación con la función de calidad en instituciones sanitarias. - Docentes universitarios de pre y posgrado a cargo de materias relacionadas con la calidad.
Subespecialidad médica en Gestión de la Calidad Clínica en Servicios Especializados	18 meses (con opción a maestría)	Especialistas en cualquier rama de la medicina	- Desarrollar competencias que cubran todo el campo de la gestión y mejora continua de la calidad, así como iniciarse en la investigación en el tema. - Profesionalizar en gestión de calidad e iniciar en investigación en gestión de la calidad en el campo específico de su especialidad médica.	- Líderes/responsables de calidad en servicios de su especialidad. - Líderes/responsables de calidad en instituciones académicas y asociaciones científicas y profesionales de su especialidad. - Posiciones directivas en relación con la función de la calidad en instituciones sanitarias.
Diplomado en Gestión de la Calidad en Servicios de Salud	6 meses	Cualquier profesional que se desempeñe en los servicios de salud	- Desarrollar competencias básicas para la mejora continua de la calidad.	- Mandos intermedios en las Unidades de Calidad en los diversos niveles del sistema. - Personal sanitario con interés en la mejora continua de la calidad.
Cursos sobre mejora de la Calidad en Servicios de Salud	Cursos cortos (3-5 días) sobre aspectos generales y temáticas específicas	Cualquier profesional que se desempeñe en los servicios de salud	- Desarrollar competencias básicas en relación con los tres grandes grupos de actividades para la mejora continua: ciclos de mejora, indicadores y monitoreo, y planificación de la calidad.	Cualquier profesional que se desempeñe en los servicios de salud.
Formación de pregrado y posgrado en Salud Pública o como asignatura independiente	Variable: se incluye en otras asignaturas y programas	- Alumnos de pre y posgrado en Salud Pública - Asignatura independiente en el currículo de pregrado de las profesiones sanitarias	- Desarrollar competencias básicas sobre evaluación y mejora de la calidad de los servicios de salud (una de las 10 funciones esenciales de la salud pública).	- Estudiantes de salud pública (pre y posgrado). - Estudiantes de pregrado de profesiones sanitarias.
Formación transversal en residencias clínicas	Variable; mínimo 40 horas	- Residentes de cualquier especialidad médica	- Desarrollar competencias básicas para la mejora continua de la calidad de la atención clínica.	- Residentes de cualquier especialidad médica.

ñándose en los puestos de trabajo y que se beneficiarían de este tipo de formación. Para este último grupo se han desarrollado programas no presenciales que permiten la capacitación en servicio. El acceso al programa debe dar prioridad, en todo caso, a aquellos profesionales con experiencia de trabajo en el sistema de salud.

De forma general, las competencias que los profesionales deberían desarrollar en el programa son:

- Aplicar conocimientos, habilidades y actitudes para la gestión y mejora continua de la calidad de los servicios de salud.

- Conducir investigación operativa sobre la gestión de la calidad.
- Diseñar sistemas de gestión de la calidad en instituciones de salud.
- Resolver problemas de calidad en el funcionamiento de los SS en todos los niveles de atención desde una perspectiva multidisciplinaria.
- Evaluar los servicios de salud para determinar acciones que optimicen los costos de la calidad a través de la formulación de juicios que incluyan reflexiones sobre las responsabilidades sociales y éticas.
- Generar evidencia científica en los temas de mejora continua de la calidad en los servicios de salud, para difundirla a públicos especializados y no especializados de un modo claro y sin ambigüedades.

1.2. Especialidad médica en Gestión de la Calidad en Servicios de Salud

Todas las profesiones sanitarias y aquéllas que están dentro del campo de desarrollo en el sector salud son relevantes para el buen funcionamiento del sistema; deben tener acceso a la capacitación para el desempeño específico en el campo de la mejora de la calidad que brinda la maestría. Sin embargo, dado que la medicina y la atención clínica, en sentido amplio, ocupan un lugar central en el sistema, es deseable brindar oportunidad a los egresados de medicina para que profundicen en el conocimiento teórico y práctico de la gestión de la calidad como área de especialización. Esta formación debe favorecerlos para que ocupen posiciones de liderazgo en centros asistenciales y otros puestos de trabajo en la estructura dedicada a la calidad en el SS, para los cuales el conocimiento de las ciencias médicas, su lenguaje y sus principios sean determinantes o, al menos, razonablemente diferenciadores para un buen desempeño. En muchos de estos casos, la conjunción de la formación en medicina y en gestión de la calidad de servicios de salud puede ser la situación más deseable. Esta idea se ha desarrollado desde hace años y justifica la puesta en marcha de la formación especializada en calidad para el personal clínico.¹⁵⁻¹⁹ De igual manera, sería idóneo que la docencia en medicina o enfermería sobre la mejora de la calidad contara con este tipo de profesionales.

Es deseable que la especialidad médica en gestión de la calidad incluya, de forma simultánea, la maestría como garantía de una formación completa y exhaustiva sobre este campo profesional y de investigación, pero también una rotación práctica por todos aquellos lugares y niveles del SS (atención primaria, centros hospitalarios, jurisdicciones, entidad federativa) en los que los profesionales podrán desempeñar a su egreso

la labor de liderazgo en la mejora de la calidad. Esta rotación debe dar una perspectiva amplia y práctica de la problemática particular en los diversos niveles de responsabilidad del SS, sobre todo desde el punto de vista de la atención clínica integrada.

El prestigio de esta especialidad debe ganarse a través de su contribución con un mejor funcionamiento del sistema, pero es necesario que compita y sea considerada del mismo nivel que cualquier otra especialidad médica, tal se diseñó en la experiencia pionera iniciada por el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, en el año 2006.

1.3. Subespecialidad médica en Gestión de la Calidad en Servicios de Salud Especializados

La creciente complejidad de la atención médica se ha plasmado en una necesidad de formación especializada en diversas disciplinas y subdisciplinas de la misma, indispensables para desempeñar la atención clínica con la profundidad y destreza adecuadas. El campo de la mejora de la calidad no ha sido ajeno a este desarrollo y, si bien sus principios metodológicos pueden considerarse generales, su aplicación efectiva precisa de un conocimiento cada vez más profundo y específico de los ámbitos clínicos en los cuales se ha de implementar.¹⁵⁻¹⁹ Un ejemplo quizás paradigmático surge con los avances de más calidad y efectividad habidos recientemente en el campo de la seguridad clínica (lista de comprobación quirúrgica,²⁰ *bundle* para la prevención de bacteriemias en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI),²¹ parto seguro,²² etc.) y de la calidad en general (modelo de atención a enfermedades crónicas²³ y continuum de atención materno-infantil²⁴), que han sido liderados o al menos han necesitado de una contribución decisiva de especialistas en las disciplinas médicas implicadas.

No parece ajena a este hecho la tendencia actual en países como Estados Unidos para conseguir que en cada servicio o departamento asistencial especializado las actividades de mejora de la calidad clínica sean lideradas por responsables del propio servicio o departamento, especialistas en la disciplina asistencial específica. Esta es una idea que se asocia también con el desiderátum de ejercer de forma explícita en cada nivel del sistema de salud la responsabilidad para con la calidad y su mejora continua.

La labor que pueden desempeñar estos especialistas desde las sociedades científicas y en colaboración con otras especialidades médicas y servicios asistenciales con las que se relacione su campo de actuación clínica es asimismo altamente prometedora para cualquier sistema de salud. No hay mejor sensibilización y liderazgo sobre la mejora de la calidad que los que provienen de

los propios colegas; no van a verse nunca como ajenos a la problemática específica y compleja de cada disciplina y campo asistencial especializado.

Los candidatos a esta subespecialidad son, lógicamente, médicos especialistas en cualquier otra especialidad médica clínica, y el programa se ha de centrar en la aplicación de los principios y métodos para la mejora continua de la calidad en ese campo clínico específico. La transversalidad de estos principios y métodos hace que, en caso de aspirar a una formación más amplia, esta subespecialidad pueda completarse con módulos teórico-prácticos adicionales para acreditar el grado de maestría.

1.4. *Diplomado en Gestión de la Calidad en Servicios de Salud*

Este programa debe proporcionar formación básica para la mejora continua de mandos intermedios y profesionales que se desempeñen en los servicios de salud, con un interés particular sobre el tema, aunque no ocupen estrictamente puestos de responsabilidad en la estructura específica para la gestión de la calidad. Ha de contribuir, sin embargo, con los objetivos de medio y largo plazo para hacer de la mejora de la calidad una tarea compartida por todos los integrantes del sistema de salud, en un ambiente en el que se maneje un lenguaje e inquietudes comunes sobre este tema.

A corto plazo, puede ser también una alternativa razonable para aquellas personas con responsabilidad en la estructura específica para la función de la calidad, pero sin posibilidad de acceso a la maestría. Se garantizará al menos una comprensión de la base teórica de los sistemas de gestión de la calidad y de la práctica de las tres actividades complementarias (monitorización, planificación, ciclos de mejora) para el progreso continuo de la calidad.

1.5. *Educación continua para la mejora de la calidad en servicios de salud*

La formación continua para la mejora de la calidad es un complemento necesario para cualquiera de las otras iniciativas que puedan ponerse en marcha, incluso si se implementa de forma única e independiente. Las actividades que la integren pueden consistir, por una parte, en cursos específicos sobre las tres actividades o puertas de entrada a la dinámica de la mejora continua (monitorización, ciclos de mejora y planificación); por otra parte, en temas concretos de particular interés o relevancia, tales como la construcción e implementación de vías clínicas, comunicación en la práctica asistencial, investigación cualitativa para la calidad, atención centrada en el paciente, familia y población, programas ex-

ternos para el control y mejora de la calidad, seguridad clínica, liderazgo para la calidad, etc., además de otros ligados a la implementación de determinadas herramientas y métodos como la lista de comprobación para la seguridad quirúrgica, el parto seguro, la prevención de bacteriemias, etc.

Hay que tener en cuenta que, tanto para la formación continua en general, y para mejora de la calidad, las tres fuentes que hay que considerar de forma coordinada son las necesidades que surjan de la problemática epidemiológica de la población, las concebidas por los profesionales del sistema y las identificadas por el propio sistema. En este sentido, la temática de los cursos ha de responder de forma dinámica e integral a estos tres ámbitos de necesidad.

Finalmente, la duración y el contenido de algunos de los programas de formación continua (por ejemplo, seguridad clínica, participación de pacientes y población, liderazgo para la calidad, etc.) pueden hacerlos acreedores a diplomados.

1.6. *Formación en Evaluación y Mejora de la Calidad en el pregrado de las profesiones sanitarias y en el posgrado de Salud Pública*

La falta de conocimiento y sensibilización sobre los temas de calidad y seguridad en los profesionales de la salud al finalizar sus estudios de pregrado es una queja reiterada en todos los foros sobre calidad en los servicios de salud. Para el tema concreto de la seguridad del paciente, en primer plano, últimamente en el ámbito internacional, existe una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud tendente a paliar este problema. La iniciativa consiste en el desarrollo de una guía curricular sobre seguridad del paciente²⁵ para ser implementada de forma voluntaria en las instituciones formadoras, la cual al parecer se está utilizando, aunque sea de forma parcial, en algunas universidades mexicanas.

Sin embargo, esta deficiencia generalizada es, en parte, responsabilidad de las carencias en los programas de las asignaturas de salud pública. Hace décadas que la evaluación y la garantía de la calidad de los servicios de salud (en su terminología antigua) fueron consideradas por un grupo de trabajo liderado por los *Centers for Disease Control* y ratificado por la Asociación de Escuelas de Salud Pública como parte de los 10 servicios o funciones esenciales de la salud pública en los sistemas de salud.²⁶ Dicho acuerdo internacional debió haberse traducido en una reorganización acorde con estos principios, tanto en la docencia de la salud pública en los pregrados como en los programas de posgrado. Sin embargo, la realidad es muy distinta puesto que parece que siguen siendo una excepción los pregrados y posgrados que lo han

incorporado. La solución para cerrar esta brecha en la formación de salud pública sería una de las intervenciones que habría que implementar. Sin embargo, la evolución del campo de la calidad en los servicios de salud y los años transcurridos desde la formulación del decálogo de funciones de la salud pública han hecho que surjan iniciativas, como la de la OMS, que consideran la calidad y la seguridad como posibles asignaturas en sí mismas. En cualquier caso, una estrategia integral de capacitación sobre calidad no debe dejar de considerar la contribución necesaria de los planes de estudio de pregrado.

1.7. Formación transversal en residencias clínicas

Dado que los temas de calidad y seguridad en los profesionales de la salud son importantes para los especialistas en formación, sea cual sea su campo específico, se propone igualmente incluir una formación básica sobre la mejora de la calidad entre los cursos de cualquier especialidad. Todos estos profesionales, sin importar la especialidad en que se formen, van a desempeñarse en un SS que va a necesitar, como mínimo, la comprensión y la colaboración, además de la iniciativa activa para que la función de la calidad y la mejora continua sean una realidad. Esta transformación es tan crucial que se ha sugerido llamar a este cuerpo de conocimientos y habilidades para la práctica de la mejora de la calidad como las “nuevas habilidades clínicas” necesarias para la atención médica moderna e integrada.¹⁶

2. La metodología docente

Resulta importante recordar que no todos los métodos docentes son igualmente efectivos y que, si bien la docencia basada en la solución de problemas, en cualquiera de sus modalidades, es considerada como la metodología de elección en general,²⁷ en el caso del aprendizaje de adultos, y particularmente de personas con campos e intereses profesionales concretos, hay otra serie de principios pedagógicos adicionales que facilitan el aprendizaje^{28,29} cuya efectividad ha sido comprobada en la docencia sobre calidad para profesionales de salud.³⁰⁻³² Si éstos son olvidados, el resultado puede ser una menor efectividad en cualquiera de los programas que se implementen.

No es objetivo de este documento hacer una revisión exhaustiva de estos principios, aunque conviene recordarlos empezando por hacer énfasis en al menos uno de ellos, que es la docencia totalmente adaptada al contexto de aplicación (en este caso, servicios de salud), dado que el tema de la mejora y gestión de la calidad es de aplicación general en todo tipo de industrias y servicios, por lo que es relativamente frecuente la referencia

exclusiva a lo conseguido y cómo es aplicado en los sectores no sanitarios. Esta circunstancia, con el esfuerzo añadido que se le exige al alumno para visualizar su adaptación, puede repercutir en la mayoría de ellos, al considerar el tema como algo ajeno a su realidad.

Adicionalmente, es importante incorporar las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), que actualmente apoyan y enriquecen la experiencia educativa. Todos los programas y cursos pueden impartirse en el *continuum* de modalidades: desde el totalmente presencial, con componentes virtuales que enriquecen el curso (videos, juegos multimedia, lecturas, etc.) y en el que el aula funge como el momento para la reflexión, el análisis, la discusión de los estudios de caso y escenarios, o formatos totalmente virtuales en donde todos los materiales y el contacto con los profesores y tutores suceden de forma virtual, tanto asincrónica como sincrónicamente. En todo caso, lo más importante es el modelo educativo que favorece el desarrollo de competencias y está centrado en el alumno que construye su propio aprendizaje y lo aplica eficientemente en situaciones concretas, porque es un aprendizaje significativo y asegura el desarrollo, no sólo de conocimientos sino de habilidades y actitudes que lo hacen competitivo y profesional.

3. La evaluación de la formación

La evaluación de la actividad educativa es un elemento por lo general deficiente de los programas académicos, a pesar de que puede ser de una gran ayuda para su reorientación o reformulación. La mayoría de las evaluaciones que se realizan se relacionan, a lo sumo, con las primeras y menos útiles fases del clásico esquema de D. Kirkpatrick³³ que se reproduce en la figura 2.

Aunque tampoco sea el objetivo principal de este documento, cabe mencionar la oportunidad que brinda la estrategia de capacitación integral en calidad que se propone para intentar diseñar indicadores de evaluación de los diversos programas que se acerquen lo más posible a la inclusión de todas las fases del esquema completo de Kirkpatrick (es decir, incluyendo proceso y resultado), e intentar iniciar alguna evaluación en torno a la eficiencia de los programas, en línea con las propuestas de la *American Society for Training Development* (ASTD).³⁴

4. Alcance y limitaciones de los programas de formación y capacitación

Con toda la importancia que puede y debe ser atribuida al desarrollo de una adecuada capacidad organizacional para la mejora continua de la calidad, a través de la

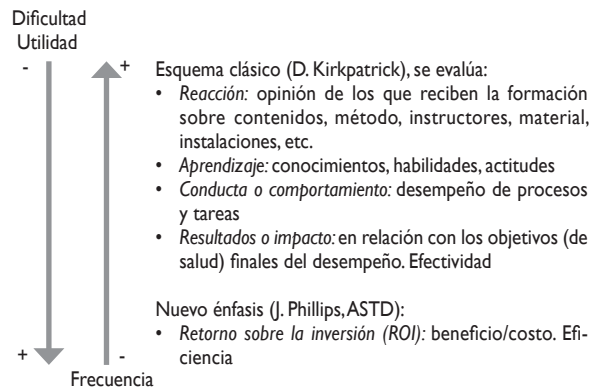


FIGURA 2. EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN

formación del recurso humano necesario para llevarla a cabo, no hay que olvidar las limitaciones intrínsecas que ocupa la capacitación en las estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud. De forma resumida, estas limitaciones se relacionan con que a) debe ser un proceso continuo y dinámico, parte de la política de recursos humanos del sistema de salud; b) es una estrategia entre varias para lograr mejorar la calidad, y c) el hecho de que la formación y el recurso humano, en general, forman parte de la estructura del sistema.

En relación con la primera limitación, hay que tener en cuenta que la capacitación en calidad tiene que adaptarse continuamente a la evolución de la propia disciplina. Hay que superar el enfoque de intervención ocasional transformándolo en formación realmente continua. Por otra parte, la política de recursos humanos incluye, además de la formación, su planificación (en número y cualificación) y su gestión o utilización. Cualquiera de los tres elementos, por separado, puede ser relevante, pero generalmente se precisa de una política integral que atienda a los tres componentes.³⁵

Por otra parte, incidir sobre la capacidad organizacional, sea en infraestructura física o de conocimientos y habilidades del recurso humano, es sólo una de las estrategias posibles para mejorar la calidad de los servicios de salud.⁶ Todas pueden contribuir de forma positiva a la calidad, pero normalmente se necesitará de intervenciones en todas, o en la mayoría, para conseguir los mejores resultados.

Finalmente, el recurso humano, con su cantidad y cualificación, es estructura. Como tal, ya lo advirtió Donabedian, es una condición quizás necesaria pero no suficiente para la calidad.³⁶ Las ausencias o deficiencias de estructura van a dificultar o, incluso, imposibilitar la

calidad; es necesaria una estructura precisa para producir los resultados deseados. Volvemos así a hacer énfasis en una gestión adecuada del recurso humano y básicamente en todo lo relacionado con el ejercicio del liderazgo para la calidad en los diversos niveles de responsabilidad del SS, estrategia central relacionada con las estrategias para mejorar la calidad que se quiera implementar.⁶

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Horton R. The third revolution in global health (comment). *Lancet* 2014;383:1620.
2. García-Saisó S, Álvarez-del Río F, Terrazas-Valdés P, Molina-Mandujano I. La calidad como eje transversal de los sistemas de salud. En: La calidad de la atención de la salud en México a través de sus instituciones. 12 años de experiencia. México: Secretaría de Salud, 2012.
3. OECD. Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing, 2013 [consultado en febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
4. Reyes-Morales H, Flores-Hernández S, Saucedo-Valenzuela AL, Vértiz-Ramírez JJ, Juárez-Ramírez C, Wirtz VJ, Ricardo Pérez-Cuevas R. Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. *Salud Publica Mex* 2013;55(sup 2):100-105.
5. Medición de la prevalencia de infecciones nosocomiales en hospitales generales de las principales instituciones públicas de salud. Informe documental en extenso, 2011 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán [consultado en febrero de 2015]. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/NOSO-COM_EXT.pdf
6. Bengoa R, Kawar R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Saturno PJ. Quality of care: a process for making choices in health systems. Ginebra: OMS, 2006.
7. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud; el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS, 2010.
8. IOM. Crossing the Quality Chasm. A new Health System for the 21st Century. Washington DC: National Academy Press, 2001.
9. Saturno PJ. Tendencias actuales en los sistemas de gestión de la calidad. En: La calidad de la atención de la salud en México a través de sus instituciones. 12 años de experiencia. México: Secretaría de Salud, 2012.
10. Feigenbaum AJ. Total Quality Control. 3ª ed. New York: McGraw Hill, 1991.
11. Secretaría de Salud. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México: Secretaría de Salud, 2001.
12. Ruelas E. La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud: una estrategia a gran escala. En: Secretaría de Salud. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia. México: Secretaría de Salud, 2012.
13. Saturno PJ, Gutiérrez JP, Armendáriz DM, Armenta N, Candia E, Contreras D, et al. Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca, México: INSP, 2014.
14. Saturno PJ, Gutiérrez JP, Armendáriz DM, Candia E, Fernández M, Galván A, et al. Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Propuesta de intervenciones. Cuernavaca, México: INSP, 2014.
15. O'Brien JI, Hughes EFX. The physician role in quality assessment and improvement. *Top Health Care Financ* 1991;18(2):33-45.
16. Berwick DM, Enthoven A, Bunker JP. Quality Management in the NHS: The doctor's role-II. *Brit Med J* 1999;304:304-308.

17. Goeschel CH, Wachter RM, Pronovost PJ. Responsibility for quality improvement and patient safety. Hospital Board and Medical Staff Leadership Challenges. *Chest* 2010;138(1):171-178.
18. Ovretveit J. Improvement leaders: what do they and should they do?. A summary of a review of research. *Qual Saf Health Care* 2010;19:490-492.
19. Goodall AH. Physician-leaders and hospital performance: Is there an association? *Soc Sci and Med* 2011; 73:535-539.
20. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AS, Dellinger EP, et al. A Surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009;360:491-499.
21. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med* 2006;355:2725-2732.
22. Spector JM, Agrawal P, Kodkany B, Lipsitz S, Lashoher A, Dziekan G, et al. Improving quality of care for maternal and newborn health: Prospective pilot study of the WHO Safe Childbirth Checklist Program. *PLoS ONE* 2012;7(5):e35151.
23. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarch M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)* 2001;20(6):64-78.
24. Informe sobre la salud en el mundo 2005 – ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra: OMS, 2005.
25. The multi-professional patient safety curriculum guide. Ginebra: OMS, 2011.
26. American Public Health, Association of Schools of Public Health. Report of the Public Health Functions Steering Committee, 1995 [consultado en febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.health.gov/phfunctions/public.htm>
27. Schmidt HG, Dauphinee DG, Patel VL, et al. Comparing the effects of problem-based and conventional curricula in an international sample. *J Med Educ* 1987;62:305.
28. Schmidt HG. Foundations of Problem-based learning: Some explanatory notes. *Med Educ* 1993;17:422.
29. Norman GR, Schmidt HG. The psychological basis of problem-based learning: a review of the evidence. *Acad Med* 1992;67(9):557.
30. Saturno PJ. The Iberian Program: a training-based planned strategy to introduce quality of care evaluation in health centers. *World Health Forum* 1995;16(2):145-150.
31. Saturno PJ. Training health professionals to implement quality improvement activities. Results of a randomized controlled trial after one year of follow-up. *Int J Qual Health Care* 1995;7(2):119-126.
32. Saturno PJ. Training for quality management: report on a nationwide distance learning initiative for physicians in Spain. *Int J Qual Health Care* 1999;11(1):67-71.
33. Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Evaluación de acciones formativas. Los cuatro niveles. Barcelona: Gestión 2000, 2007.
34. Phillips PP, Phillips JJ. Measuring ROI in learning and development. Alexandria, VA: ASTD Press, 2011.
35. Brito P, Granda E (eds.). Observatorio de Recursos Humanos de Salud, I; Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. Washington, DC: OPS/OMS, 2000.
36. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980; vol 1.