




**Calidad de la  
Atención Médica**

(2ª edición)


**Dr. Héctor Gerardo  
Aguirre Gas**



**Conferencia Interamericana  
de Seguridad Social**

**Serie Estudios**

**31**



**Secretaría General  
Comisión Americana  
Médico Social**

## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**

**Genaro Borrego Estrada**  
Presidente

**María Elvira Contreras Saucedo**  
Secretaria General

**Alvaro Carranza Urriolagoitia**  
Director del CIESS

**Mario Madrazo Navarro**  
Presidente de la Comisión  
Americana Médico Social

### **Coordinación Técnica de la Secretaría General**

María del Carmen Alvarez García  
Ana Luz Delgado Izazola  
Octavio Jiménez Durán  
Rodolfo Pérez Reyes  
Antonio Ruezga Barba

Este libro fue publicado por la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Su contenido es responsabilidad exclusiva de los autores y no refleja necesariamente la posición del CISS.

Está permitida la reproducción total o parcial de su contenido sólo con mencionar la fuente.

Primera edición, 1993  
Segunda edición, 1997

© Derechos reservados. 1993.

Conferencia Interamericana de  
Seguridad Social.

ISBN 968-7346-54-X

## **Comisión Americana Médico Social (CAMS)**

### **Junta Directiva**

#### **Presidencia**

Dr. Mario Madrazo Navarro  
Instituto Mexicano del  
Seguro Social  
México

#### **Vicepresidencias**

Dr. Raúl Prada Ferreira  
Caja Nacional de Salud  
Bolivia

Dra. Julieta Rodríguez Rojas  
Caja Costarricense de  
Seguro Social  
Costa Rica

Dr. José Mauricio Varela Ramos  
Instituto Hondureño de  
Seguridad Social  
Honduras

Dr. Robert Long Varangot  
Caja de Jubilaciones y Pensiones de  
Profesionales Universitarios  
Uruguay

#### **Secretaría Técnica**

Dr. Jorge R. Arévalo Ochoa  
Instituto Guatemalteco de  
Seguridad Social  
Guatemala

***Calidad de la  
Atención Médica***

***Bases para la Evaluación,  
Mejoramiento Continuo y  
Acreditación***

368.40970  
C238 s.e. 31  
ej. 3

## **DR. HECTOR GERARDO AGUIRRE GAS**

Nació en Teziutlán, Puebla, en México, el 11 de Mayo de 1940, cursó la carrera de Medicina en la Universidad Nacional Autónoma de México (1958-1964) y se especializó en Medicina Interna en el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social (1966-1970).

Se desempeñó como médico en los servicios de Urgencias y Medicina Interna, del cual posteriormente fue jefe en el Hospital General del propio Centro Médico Nacional (1970-1977).

A partir de 1977, inició actividades en el área administrativa del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde ha ocupado cargos como Jefe de Evaluación de Hospitales y Centros Médicos, Jefe de Servicios Médicos en tres Delegaciones en el Distrito Federal, Titular de la Subjefatura de Centros Médicos, Asesor Médico de la Región Siglo XXI del mismo Instituto y, actualmente, Director del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Profesor adjunto del curso de Especialización en Medicina Interna de 1975 a 1977. Profesor de diferentes cursos de Capacitación Continua y Calidad de la Atención y Titular de los Diplomados sobre Calidad de la Atención Médica en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

Ha publicado 37 trabajos de investigación sobre Medicina Interna y Calidad de la Atención Médica, 17 de ellos incluidos en los índices internacionales; autor de cuatro capítulos en libros médicos y de enfermería y en diciembre de 1993 del libro "La Calidad de la Atención Médica", editado por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Ha sido Presidente de la Asociación de Medicina Interna de México y del Colegio de Médicos Postgraduados del Hospital General del Centro Médico Nacional; Consejero, Vocal de Evaluación y Consejero Emérito del Consejo Mexicano de Medicina Interna; Secretario General, Vicepresidente y actualmente Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud; Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía en el sitial de Administración de Servicios de Salud y Miembro de la Academia Nacional de Medicina en el sitial de Administración Médica y Salud Pública. En agosto de 1994 recibió reconocimiento por parte del H. Consejo Técnico del IMSS por 28 años de trayectoria institucional y por haber ingresado a la Academia Nacional de Medicina.

**Calidad de la  
Atención Médica**  
(2ª edición)

**Bases para la Evaluación,  
Mejoramiento Continuo y  
Acreditación**

Dr. Héctor Gerardo Aguirre Gas

Serie Estudios 31

**Conferencia Interamericana de Seguridad Social**  
Secretaría General

**Comisión Americana Médico Social**

**BIBLIOTECA DEL C.I.E.S.S.**

## **COAUTORES**

### **Dra. Beatriz Báez Gallegos**

- Médico Cirujano Dentista egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Coordinadora de Programas Médicos de la Asesoría Médica de la Dirección Regional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Representante del IMSS ante el Comité Mexicano de Estomatología.
- Miembro del Subcomité Interinstitucional de Investigación en Estomatología.

### **Dr. Gonzalo Gutiérrez Trujillo**

- Médico Cirujano egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México, con especialidad en Pediatría.
- Secretario del Consejo Nacional de Vacunación.
- Miembro de la Academia Nacional de Medicina.
- Investigador Nacional (S.N.I.).
- Miembro Emérito de la Junta de Gobierno de la UNAM.

## **COLABORADORES**

### **Dr. José Agustín Díaz López**

- Presidente de la Comisión Institucional de Cuadros Básicos de Insumos para la Salud del IMSS.

### **Dr. Alfonso Quiñones Valenzuela**

- Jefe de Servicios de Hospitales Regionales y Generales Zona Sur, Subdirección General Médica del ISSSTE.
- Profesor de Pregrado y Postgrado de Salud Pública del IPN.

### **Dr. Miguel Silva Martínez**

- Director de Evaluación de la Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación de la SSA (hasta junio 1991).

### **Dr. Luciano Castro García**

### **Dr. Jesús Chávez Mayol**

### **Lic. Alejandra Leviz Cordero**

### **Lic. Ma. del Pilar Velázquez Chávez**

### **Apoyo Técnico**

Arcelia Martínez Ramos

Alma Lilia Nava Lozada

En el arbitraje médico, la Calidad de la Atención es el elemento nuclear. La combinación de variables dependientes del paciente, de la enfermedad, de los agentes terapéuticos y de la respuesta al tratamiento es infinita y en gran medida no controlable, por ello:

"En medicina el error es a veces inevitable, pero la negligencia es imperdonable".

Dr. Héctor Aguirre Gas



# INDICE

<b>PROLOGO A LA PRIMERA EDICION</b>	..... 13
<b>PROLOGO A LA SEGUNDA EDICION</b>	..... 17
<b>PRESENTACION</b>	..... 21
<b>CALIDAD ES EL RUMBO</b>	..... 23
<b>CALIDAD ES EL COMPROMISO</b>	..... 27
 <b>PRIMERA PARTE: MARCO DE REFERENCIA</b>	
 <b>CAPITULO I</b>	
Justificación	..... 29
 <b>CAPITULO II</b>	
Antecedentes	..... 39
 <b>CAPITULO III</b>	
Principios Básicos	..... 47
 <b>SEGUNDA PARTE: METODOLOGIA</b>	
 <b>CAPITULO IV</b>	
Evaluación del Proceso y Resultados de la Atención Médica	..... 65
 <b>CAPITULO V</b>	
Metodología para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica	..... 73

## **TERCERA PARTE: INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACION**

### **CAPITULO VI**

Proceso de Evaluación y Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica	....81
---	--------

### **CAPITULO VII**

Evaluación de Recursos, Eficiencia y Efectividad	....109
--	---------

### **CAPITULO VIII**

Evaluación de la Oportunidad para la Atención Médica	....135
--	---------

### **CAPITULO IX**

Evaluación de la Calidad de la Atención a través del Expediente Clínico	....141
---	---------

Evaluación del Expediente Clínico	....145
-----------------------------------	---------

-Medicina Familiar	....147
--------------------	---------

-Hospitales	....160
-------------	---------

Evaluación de la Calidad de la Atención Médica a través del Expediente Clínico en Unidades de Medicina Familiar y Hospitales	...185
--	--------

### **CAPITULO X**

Evaluación de la Educación y de la Investigación Médica	....203
---	---------

A) Evaluación de la Educación	....203
-------------------------------	---------

B) Evaluación de la Investigación	....220
-----------------------------------	---------

### **CAPITULO XI**

Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios con la Atención Recibida y de los Prestadores de Servicios con el Trabajo Desarrollado	...227
--	--------

## **CUARTA PARTE: ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL COMITE DE CALIDAD Y EFICIENCIA Y SUBCOMITES MEDICOS**

### **CAPITULO XII**

Organización y Funcionamiento del Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención en las Unidades Médicas . . . . 249

### **CAPITULO XIII**

Organización y Funcionamiento de los Subcomités Médicos con Base al Expediente Clínico . . . . 261

## **QUINTA PARTE: ESTRATEGIAS DE APOYO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y EFICIENCIA EN LA ATENCION MEDICA**

### **CAPITULO XIV**

Evaluación de la Calidad en la Atención Médica a través del Análisis de Quejas . . . . 311

## **SEXTA PARTE: CONCEPTOS ACTUALES Y MODERNIZACION**

### **CAPITULO XV**

Acreditación de Calidad en la Atención Médica . . . . 321

### **CAPITULO XVI**

Calidad Total . . . . 333

### **BIBLIOGRAFIA**

. . . . 341

## Prólogo a la Primera Edición

En el seno de la XXXV reunión Ordinaria del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y de la XIX Reunión Ordinaria de la Comisión Americana Médico Social, efectuada en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil, los días 4 y 5 de noviembre de 1991, se formuló un programa de trabajo de esta última Comisión para el período 1992-1995, que habría de realizarse en los ámbitos de las cinco subregiones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. A México correspondieron los temas "Contención de Costos de la Atención de la Salud de la Seguridad Social", y conjuntamente con Trinidad y Tobago el de "Desarrollo Gerencial". En todos los contenidos del programa, se estableció el compromiso de avanzar hacia la calidad total de la atención médica.

De conformidad con lo anterior, se realizó en la Ciudad de México, del 22 al 24 de julio de 1992, una reunión subregional enfocada precisamente a analizar los temas de la Contención de Costos y el Desarrollo Gerencial en las Instituciones de Seguridad Social. Asistieron a este evento un total de 110 personas entre conferencistas y participantes, procedentes de México, Guatemala y Santo Domingo. El programa consistió en 15 conferencias-taller, relatoría general y formulación de recomendaciones, entre los que destacaron las siguientes:

"Considerar la planeación estratégica de la atención y la cultura de calidad, como elementos esenciales de la administración de servicios de salud".

"Establecer nuevas responsabilidades de los directivos médicos, su ubicación en el contexto de la administración pública, el conocimiento del entorno socioeconómico, el carácter intersectorial de la salud, la visión sistemática y procesal de la salud-enfermedad, necesidad de contener los costos y la búsqueda permanente de la calidad".

Con base en estos antecedentes, la Presidencia de la Comisión Americana Médico Social, decidió elaborar la obra "Calidad de la Atención Médica. Bases para la Evaluación, Mejoramiento Continuo y Acreditación", tarea que se encargó a un equipo de trabajo coordinado por el Dr. Héctor Aguirre Gas, Titular de la Subjefatura de Centros Médicos de la Subdirección General Médica del

Instituto Mexicano del Seguro Social, quien recopiló la experiencia de este organismo y de otras instituciones de salud y seguridad social en esta materia.

Cabe destacar que hasta 1983, la evaluación de la calidad de la atención médica se había concretado en el Instituto Mexicano del Seguro Social al análisis del expediente clínico y en forma paralela, a la evaluación de la productividad como indicador de la eficiencia en la presentación de los servicios.

A partir de entonces, con base en la teoría general de sistemas, se inició la denominada "Evaluación Integral de las Unidades Médicas", en la que se incluyeron la valoración de la estructura, el proceso y los resultados de la atención. Para ello se tomaron en cuenta el personal, los recursos, la organización de los servicios, la educación médica, la investigación médica, y la satisfacción de los usuarios y los prestadores de los servicios.

La experiencia acumulada por la institución señaló la conveniencia de transitar de la evaluación a cargo de órganos ajenos, a la realizada por los propios responsables de otorgar la atención con compromiso de dar solución a los problemas identificados; es decir, pasar de la evaluación por órganos especializados, a la autoevaluación.

En este libro se presentan los procedimientos para llevar a cabo la evaluación y la autoevaluación de la calidad de la atención médica con base en los parámetros mencionados, la metodología para establecer un diagnóstico situacional, la identificación de problemas que afectan el correcto desarrollo de los procesos, su registro y seguimiento hasta su solución, se presenta una escala para la asignación de juicios de valor (calificación), de cada uno de los conceptos evaluados, los criterios para asignar cada una de estas "calificaciones" y los instrumentos para inscribirlos o "cédulas de registro".

Las aportaciones de otras Instituciones de Salud y Seguridad Social, permitieron extender el ámbito de aplicación de este documento a la evaluación de las unidades de primer nivel.

De igual manera se propone la creación del comité de calidad de las unidades médicas, como órgano rector de los diferentes comités que actualmente funcionan en dichos establecimientos, nuevos modelos para la integración del expediente clínico de la medicina familiar y hospitales y, la metodología para

la acreditación de las unidades de atención médica y de la calidad de la atención.

Esta obra es una aportación de médicos mexicanos al objetivo prioritario en los países de la región, de lograr una atención médica con calidad.

*DR. NORBERTO TREVIÑO GARCIA MANZO.*

Presidente de la Comisión Americana Médico Social

Subdirector General Médico del Instituto

Mexicano del Seguro Social

## Prólogo a la Segunda Edición

En los últimos años se han desarrollado acontecimientos de gran trascendencia para nuestro país y en particular para la seguridad social, tales como:

- La aprobación del tratado trilateral de libre comercio: Canadá-Estados Unidos de Norteamérica-México.
- La integración del diagnóstico situacional del I.M.S.S., como respuesta de su Director General Lic. Genaro Borrego Estrada al compromiso que le fue fincado por el Presidente de la República, Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León en el seno de la Asamblea General del instituto.
- La aprobación del Congreso de la Unión de la nueva ley del seguro social.
- La determinación de las líneas de trabajo para 1996 por la Dirección General del instituto, que incluyen:
  - Implantación de la nueva ley del seguro social.
  - Modernización institucional y
  - Mejoría en la calidad de la atención y eficiencia operativa.

La aprobación del tratado trilateral de libre comercio incluye situaciones que involucran de manera relevante a la práctica médica. Estas situaciones fueron analizadas en noviembre de 1993 en el seno de la Secretaría de Relaciones Exteriores, con participación de expertos de los tres países. Quedó de manifiesto la necesidad de estandarizar y homologar los niveles de calidad en la práctica médica, sujetos a acreditación por organismos competentes de cada país. Ante tales circunstancias la calidad con que se otorga la atención médica, su evaluación y su mejoramiento continuo adquieren una relevancia fundamental.

El Diagnóstico Situacional del I.M.S.S. en lo concerniente a la prestación de los servicios médicos puso de manifiesto como puntos relevantes la baja eficiencia y la calidad insuficiente al otorgarlos, como condicionantes de un alto nivel de insatisfacción de los usuarios, haciendo obligada la necesidad de generar acciones para superar estas deficiencias.

La aprobación de la nueva ley del seguro social por el Congreso de la Unión, asegura la vigencia del I.M.S.S. como una institución primordial para la distribución de la riqueza, garante de la salud de una proporción muy importante del pueblo de México, sin embargo, no sería admisible iniciar una nueva etapa de la institución con una disponibilidad presupuestal que permita su crecimiento y la superación de los rezagos tecnológicos acumulados en años previos, sin poder garantizar una superación de la eficiencia a niveles óptimos y un mejoramiento continuo de la calidad de la atención a niveles que nos aseguren la satisfacción de nuestros usuarios.

Ante tal panorama la Dirección General del I.M.S.S., ha marcado como una de sus tres líneas de acción fundamentales, la mejoría en la calidad de la atención y la eficiencia operativa. Dentro de esta línea se marcaron once programas prioritarios, que le dieran sustento, todos ellos íntimamente relacionados con la calidad:

1. Calidad de la atención médica.
2. Unidad de medicina de familia de excelencia.
3. Productividad hospitalaria.
4. Racionalidad y fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia.
5. Fomento a la salud y medicina preventiva.
  - Salud reproductiva, materno infantil y planificación familiar.
  - Salud en el trabajo.
6. Prescripción justificada
7. Atención prioritaria al adulto mayor
8. Equipamiento de las unidades de atención médica
9. Planeación estratégica
10. Contención de costos.
11. Prescripción justificada.

El 15 de noviembre de 1993 en el seno de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, su presidente, el licenciado Genaro Borrego Estrada, presentó a los integrantes de la Conferencia, ahí presentes, el libro "Calidad de la Atención Médica" en el cual con aportaciones de representantes de las diferentes instituciones del sector salud, coordinados por el doctor Héctor Aguirre Gas, como representante del Instituto Mexicano del Seguro Social, se integraron los conocimientos vigentes sobre el tema. El libro se distribuyó a los



países miembros de la Conferencia y a las Delegaciones del I.M.S.S., quedando disponibles un número de ejemplares que a corto plazo se agotaron.

Ante la demanda persistente del libro, se decidió actualizarlo y proceder a la elaboración de una segunda edición bajo los auspicios de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

En esta nueva edición se actualiza la definición de calidad de la atención médica, incluyendo los conceptos relacionados con bioética, humanismo y equidad, se complementan los conceptos relacionados con el Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia y Subcomités Médicos Asistenciales; se incluye un capítulo sobre el proceso de evaluación y mejoramiento continuo de la calidad y eficiencia.

Considero que la edición de este libro, representa una aportación de gran utilidad para dar cabal cumplimiento a los propósitos a los cuales estamos comprometidos en beneficio de nuestra institución y del pueblo de México.

*DR. MARIO MADRAZO NAVARRO*  
Presidente de la Comisión Americana Médico Social  
Director de Prestaciones Médicas  
Instituto Mexicano del Seguro Social

## Presentación

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) es un organismo internacional, técnico y especializado, de carácter permanente, cuyo principal objetivo es el de contribuir al desarrollo de la seguridad social en los países americanos y promover la cooperación y el intercambio de experiencias entre las instituciones que la conforman y que representan a 36 países de América.

La Secretaría General de la Conferencia, en cumplimiento de sus obligaciones estatutarias, y atendiendo al mandato de sus miembros, inició, en el año de 1993, siguiendo las instrucciones del Presidente de la CISS, licenciado Genaro Borrego Estrada, un importante Programa Editorial que contempla, entre otros, la publicación de la Serie denominada Estudios.

En esta Serie, la Secretaría General ha recopilado algunos trabajos que, por su contenido y por la actualidad de los temas que contemplan, contribuyen en forma efectiva al avance del conocimiento en los diversos ámbitos de la Seguridad Social.

Dentro de este marco de referencia surgió a la luz, con el número 2 de la Serie Estudios, a iniciativa de la Comisión Americana Médico Social de la CISS, el volumen denominado "Calidad de la Atención Médica", cuyo autor, el doctor Héctor Aguirre Gas, médico mexicano de gran valía, que cuenta con una destacada trayectoria en el ámbito de la atención médica y, especialmente, en el desarrollo e implantación de acciones y procedimientos para mejorar la calidad de dicha atención, vuelca su experiencia y la de múltiples instituciones en este tema trascendente para la Seguridad Social Americana.

Tres años después de su primera edición, la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, con gran satisfacción y respondiendo a la demanda reiterada de muchas de las instituciones miembros, presenta una segunda edición del libro "Calidad de la Atención Médica", en colaboración con la Comisión Americana Médico Social.

Es éste el primer trabajo que amerita una segunda edición. El tema que en él se trata inquieta y preocupa, en forma constante, a muchos servidores de la Seguridad Social Americana, lo que refleja una necesidad sentida y una mística de servicio que sigue vigente en los países de la región.

Esta edición, revisada y ampliada por su autor, garantiza, al igual que la primera, ser una guía útil y eficaz para evaluar la calidad de los servicios que proporcionan las unidades médicas y mejorar la atención, detectando y corrigiendo, en forma oportuna, los problemas que pudieran afectar la satisfacción de los usuarios, lo que representa una obligación por parte de los prestadores de servicios.

El compromiso personal del doctor Aguirre con el mejoramiento de la calidad de la atención médica, que ha dejado múltiples huellas en el transcurso de las responsabilidades que han estado a su cargo, a lo largo de su desempeño profesional, queda, una vez más, plasmado en esta segunda edición de su libro "Calidad de la Atención Médica" que, estamos seguros, colmará las expectativas de quienes han solicitado esta reimpresión.

*LIC. MA. ELVIRA CONTRERAS SAUCEDO*

Secretaria General de la  
Conferencia Interamericana de  
Seguridad Social

## **Calidad es el Rumbo**

En los últimos días de diciembre de 1982, con motivo de la renovación sexenal de los cuadros directivos de la Subdirección General Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, se presentó la opción de hacerme cargo del puesto de Jefe de Departamento de Evaluación de la recientemente creada Jefatura de Servicios de Centros Médicos y Hospitales de Alta Especialidad; la posibilidad de trabajar en la verificación del cumplimiento de las obligaciones de mis compañeros médicos, no resultaba completamente atractivo, no obstante, un corto tiempo de meditación y la aceptación del Dr. Jesús González Posada, Titular de la Jefatura, de la alternativa para desarrollar un nuevo modelo de evaluación, dirigido a mejorar la calidad de la atención, más que a "fiscalizar a los compañeros", lucía atractivo. La incorporación del Dr. Adolfo Merelo Anaya al equipo de trabajo como Subjefe de Información y Evaluación, con una amplia experiencia institucional y un criterio definido hacia la calidad, hizo que la empresa se tornara en un reto más prometedor. Se desarrollaron documentos normativos, cédulas de registro e instructivos para su llenado y se inició su aplicación en el Hospital de Convalecencia del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); con la experiencia obtenida se hicieron los ajustes necesarios y se difundió el procedimiento para la evaluación integral de las unidades médicas.

Durante 1983 y 1984 se aplicó el procedimiento a la totalidad de las unidades médicas de tercer nivel y durante 1985 a las diez primeras del programa, puesto que en junio de 1985 se fusionaron las Jefaturas de Centros Médicos y Hospitales de Alta Especialidad y la de Hospitales Generales, y la Evaluación Integral de las Unidades Médicas se dejó de realizar.

El Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sistema Nacional de Salud, en el cual fui designado como representante del IMSS en mayo de 1983, durante 1986 se dedicó a trabajar en un modelo para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sistema Nacional de Salud, tomándose como base el documento propuesto por el IMSS, sobre la Evaluación Integral de las Unidades Médicas, mismo que fue enriquecido con aportaciones de los representantes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud (SSA) y Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

En abril de 1987 en sesión conjunta de las Academias Nacionales de Medicina y Mexicana de Cirugía, sobre el tema de la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, el Dr. Manuel Ruíz de Chávez, Subsecretario de Planeación de la Secretaría de Salud, en representación del C. Secretario de Salud, Dr. Guillermo Soberón Acevedo, anunció que el modelo desarrollado por el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación sería el documento normativo del Sector Salud para la evaluación de la calidad de la atención médica.

En julio de 1987 la Subdirección General Médica del IMSS editó y difundió con carácter normativo el documento "Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del IMSS", habiéndose aplicado en la totalidad de sus hospitales como autoevaluación. En agosto de 1987 la Secretaría de Salud editó el documento "Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sistema Nacional de Salud", cuya difusión desafortunadamente no se logró en forma suficiente.

Al cambio de sexenio (1988-1989) el Grupo Básico de Evaluación quedó bajo la conducción del Dr. Gonzalo Gutiérrez Trujillo, habiéndose pretendido darle al documento "Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en Unidades Médicas del Sistema Nacional de Salud" las características de una norma técnica, lograr su aprobación y proceder a su difusión y aplicación. La primera parte del propósito se logró y el documento se elaboró, sin embargo, nunca se obtuvo, a pesar de los esfuerzos reiterados, su aprobación. Ante esta situación, bajo la coordinación del Dr. Gonzalo Gutiérrez Trujillo, se integró el grupo denominado "Amigos de la Calidad de la Atención Médica", quienes nos dimos a la tarea de escribir este libro, diseñar los instrumentos de evaluación y lograr su edición.

La tarea ha sido difícil, el apoyo recibido ha sido múltiple y los obstáculos a vencer sólo han sido parte de este afán.

Justo es agradecer en primer término el apoyo del Dr. Jesús González Posada, las enseñanzas del Dr. Adolfo Merelo Anaya y la colaboración del Dr. Antonio León Pérez, Dr. Benjamín Bandera, Dr. Alberto Robles Uribe, Dr. Jorge Antonio Cabrera Hidalgo, Enfermera Consuelo Vargas Lechuga, Guadalupe Ibarra Peña, Rosalba Tenorio, Trabajadoras Sociales Elena Osalde y Rosa Reyna Bravo. Las aportaciones del Dr. Alfonso Quiñones Valenzuela, Dr.

Miguel Silva Martínez, Dr. Jesús Chávez Mayol y especialmente al Dr. José Agustín Díaz López.

Como frecuentemente sucede el último esfuerzo es el más difícil y en el que se frustran metas importantes, sin embargo, logramos concluir gracias al apoyo de la Dra. Beatriz Báez Gallegos y Dr. Ramiro Bonifaz Gracias, así como las secretarias María del Carmen García Mondragón, Alma Nava Lozada y María Antonieta Basurto Rangel y por último al Lic. Emilio Aguirre Altieri, Alberto López Vivas y Héctor Aguirre Sáenz.

Ahora sí, vamos a empezar, la "CALIDAD ES EL RUMBO".

*Dr. HECTOR AGUIRRE GAS*

**11 DE MAYO DE 1991**

## Calidad es el Compromiso

Rumbo a la calidad han existido numerosos obstáculos. Finalmente el 16 de diciembre de 1991 se integró un nuevo equipo en busca de la calidad. Revisamos nuestras herramientas, las modernizamos y las complementamos.

Con el apoyo incondicional e irrestricto del Dr. Norberto Treviño García Manzo, Subdirector General Médico, y el criterio estricto pero siempre positivo del Dr. Carlos E. Varela Rueda, Jefe de Atención Médica, iniciamos las evaluaciones en los diez Centros Médicos del IMSS en el país. Evaluamos a los mejores, aprendimos de ellos y maduramos con ellos. Gracias.

El 15 de diciembre de 1993 el Presidente de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), Lic. Genaro Borrego Estrada, anunció la primera edición de este libro, realizada bajo la coordinación del Secretario General de la CISS, Lic. Roberto Ríos Ferrer, misma que en tres meses quedó agotada.

Como producto del trabajo de evaluación de 1992 a 1994 se actualizaron las definiciones de calidad, se complementaron los conceptos y metodología del Comité Médico y Subcomités Médicos Asistenciales y se incluyó el capítulo de "Proceso de Evaluación y Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica".

Gracias al equipo de Urgencias y Consulta Externa, con Don Enrique Ibarra a la cabeza y el apoyo de Beatriz Báez y Héctor González; al de Hospitalización con Pedro García Velázquez coordinando a Alfonso Cerón y Manuel García Melgar; al de Cirugía con Patricio Riveroll, con la participación de Zoilo Soriano, Arturo Rosas y Manuel Ramírez y al de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, comandado por Margarita Becerril auxiliada por Ramiro Bonifaz, Rodolfo Franco y Jorge Ramírez Ojeda; gracias a Rosa María Gamboa y a Rosario Lemus; gracias a la joven ingeniera biomédica Ema Escandón, al Lic. Oscar del Valle y a José Luis Zamora; gracias a las enfermeras Silvia Batalla, Tina Adán, Lourdes Meléndez, Martha Soto, Carmen Plata y Elba Ruiz; a las trabajadoras sociales: Rebeca Vivas, Judith Díaz y Rebeca Argueta, a las dietistas nutricionistas Nancy Díaz, Irma Muñiz y Nérida Iriarte, y a todas nuestras siempre eficientes secretarías. Cada uno de ellos puso su parte y aportó sus conocimientos y experiencia en la aplicación del sistema y la

edición del nuevo capítulo. Para terminar el último esfuerzo nuevamente lo hizo la Dra. Beatriz Báez con su minuciosa revisión y edición.

Ya no estamos empezando. Hay que continuar y redoblar esfuerzos: CALIDAD ES EL COMPROMISO.

*Dr. HECTOR AGUIRRE GAS*

**29 DE NOVIEMBRE DE 1996**



**PRIMERA PARTE**  
**MARCO DE REFERENCIA**

**CAPITULO I. JUSTIFICACION**

**CAPITULO II. ANTECEDENTES**

**CAPITULO III. PRINCIPIOS BASICOS**

## Capítulo I

### Justificación

Dr. Héctor Aguirre Gas

La disponibilidad de recursos en nuestro país en épocas recientes, permitió un rápido desarrollo en las instituciones de salud pública y seguridad social, manifestándose a través de la construcción de instalaciones que mediante la puesta en operación de centros hospitalarios, centros médicos, hospitales generales, clínicas de atención primaria, en ámbitos urbanos y rurales, centros de seguridad social, centros vacacionales, etc., lograron un incremento rápido en la cobertura, alcanzando niveles satisfactorios pero superados por el crecimiento poblacional.

La suficiencia de recursos para prestar atención a la salud y a la enfermedad, la cobertura y el número de servicios otorgados, representaron durante mucho tiempo los elementos esenciales de información para el nivel directivo de las instituciones y al pueblo de México. Se hacía énfasis en el análisis de la asignación y ejercicio de presupuestos, tanto como en el logro de los objetivos y metas programáticas.

La crisis económica mundial en la que se ha visto inmerso nuestro país, ha tenido una marcada repercusión en las instituciones de salud y seguridad social, con la consecuente limitación en la disponibilidad de recursos. Esta situación nos ha llevado a un análisis cuidadoso del impacto logrado con las acciones realizadas en favor de la salud y por otra parte las repetidas manifestaciones de insatisfacción de los usuarios, ha hecho necesario revisar la actual situación en cuanto a recursos existentes, disponibilidad de presupuesto, personal, su nivel de capacitación y a partir de ello, desarrollar sistemas y procedimientos de trabajo que permitan alcanzar dos objetivos fundamentales:

- Otorgar servicios con oportunidad, calidad y satisfacción de los usuarios y
- Eficiencia en la administración de los recursos disponibles.

El presente documento pretende servir como una guía metodológica que pueda ser utilizada como instrumento de trabajo, que aunada a las políticas y decisiones de alta dirección, permita conducir los esfuerzos de las instituciones de salud hacia la consecución de los objetivos propuestos.

### **Presentación del Documento**

La Evaluación Integral de la Calidad de la Atención Médica incluye un importante número de variables que deben ser verificadas con objeto de obtener una información completa y correcta, que permita la toma de decisiones.

Las necesidades de las instituciones de salud de recursos económicos y personal capacitado para la realización de la evaluación integral de las unidades médicas, con la suficiente profundidad y frecuencia, rebasaría los presupuestos disponibles o caería en insuficiencia por su superficialidad, baja periodicidad e imposibilidad de verificar con oportunidad el cumplimiento de los acuerdos tomados. Se hace necesario por lo tanto, un mecanismo que permita la realización de la evaluación de la calidad y eficiencia de las unidades médicas, por los responsables de su operación a través de la aplicación de una guía metodológica que les permita conocer las condiciones de calidad y eficiencia con que se otorgan los servicios como resultado de una autoevaluación, cuyas conclusiones permitirían establecer un diagnóstico situacional, detectar los problemas que afectan la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios, la satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios. Los resultados de esta autoevaluación serían acreditados por las autoridades locales o avalados por las centrales, por muestreo.

La responsabilidad de la evaluación de la calidad y la eficiencia con que se otorga la atención médica recae en el Director de la unidad médica y sus cuerpos de gobierno, a través del Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia, presidido por el propio Director, con el apoyo del cuerpo de gobierno, personal de confianza o en su defecto, personal de base interesado en este procedimiento.

Como apoyo directo a la gestión del Comité de Calidad y Eficiencia, se contará con Subcomités, tanto del área médica como administrativa. Los Subcomités del área médica serán los de: Evaluación del Expediente Clínico; Tejidos; Mortalidad; Detección, Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias;

Investigación Médica y de Análisis y Evaluación de Quejas Médicas. Cada uno de estos subcomités estará estructurado conforme a la normatividad vigente.

El eje sobre el cual giran los Subcomités es el Subcomité de Evaluación de la Calidad de la Atención a través del Expediente Clínico, éste genera dos productos importantes mediante procedimientos específicos: primero, la evaluación del expediente clínico, que lo acredite como un documento útil, completo y confiable para los propósitos que fue creado y segundo, la evaluación de la calidad de la atención a través del análisis de la revisión del expediente, previamente realizado.

El conocimiento de la calidad con que se otorgó la atención médica, es fuente de información esencial que permitirá a los Subcomités de Tejidos, Mortalidad, Análisis y Evaluación de Quejas, determinar los criterios para establecer la correcta indicación y realización de una cirugía, las causas justificables o no de una defunción o la procedencia o improcedencia de una queja. La evaluación de la calidad de la atención a través del expediente clínico, permite al Subcomité de Detección, Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias, contar con información sobre el diagnóstico de las infecciones al ingreso, las adquiridas en el hospital, las medidas de control y la notificación al comité, sin embargo, aunque esta información es relevante, sus funciones son mucho más amplias de lo que el expediente puede aportar. En las unidades de medicina familiar, únicamente existirá el Comité de Calidad, el cual en forma programada abordará los aspectos relacionados con: evaluación de la calidad de la atención médica a través del expediente clínico, quejas, mortalidad e investigación.

En los procesos de evaluación se sigue el esquema de análisis de "estructura, proceso y resultados".

El procedimiento inicia a través de un conocimiento de los recursos disponibles en cuanto a instalaciones, equipo, instrumental, mobiliario y material de consumo, el personal médico, paramédico, técnico y administrativo en cuanto a número y capacidad profesional y técnica. El conocimiento de la estructura disponible, nos permitirá realizar un juicio de valor para acreditar la calidad y la eficiencia con que se están otorgando los servicios mediante el análisis de productividad, metas, índices de eficiencia, cumplimiento de programas y costos de operación.

Aun cuando conceptualmente la calidad debería evaluarse a través de los resultados, en lo referente a la atención médica, debemos considerar como elemento primordial, la calidad en el proceso de la atención médica.

Como elementos integrantes de la calidad en el proceso de la atención, se consideran: la oportunidad, analizada a través de la accesibilidad a los servicios, el diferimiento para obtener una cita o el tiempo que debe aguardar el usuario en las salas de espera hasta recibir atención; dentro de los principios éticos vigentes, con equidad y humanismo; el trato personalizado y amable en un ambiente confortable; el correcto desarrollo de los procedimientos médicos conforme a las normas institucionales, conocimientos vigentes de la medicina y utilización correcta de la tecnología; con información al usuario sobre su estado, el plan a seguir y el pronóstico en caso de considerarse conveniente.

En relación a los resultados de la atención, se evalúa la capacidad resolutive derivada del proceso de la atención, la morbilidad y la mortalidad. Los programas operativos de salud, tendrán un impacto a nivel, tanto de morbilidad como de mortalidad, situación que deberá incluirse en la evaluación de resultados.

Como corolario de una evaluación de calidad de la atención médica y en forma congruente con las corrientes actuales en el "Concepto de Calidad Total", debe considerarse la satisfacción del usuario por los servicios recibidos, evaluada a través de encuestas de opinión.

Con frecuencia sucede que las expectativas del usuario no se ven satisfechas o existe inconformidad manifiesta en relación a la atención recibida, dando lugar a la presentación de una queja. Amén de la necesidad de investigar, analizar y dar respuesta a las quejas que se presentan, la información en ellas contenida, es de gran utilidad como manifestación de un problema, que seguramente está afectando la calidad, la eficiencia o la satisfacción de los usuarios y estará sujeta a la metodología que conduzca a su solución.

Si consideramos al prestador de servicios, por una parte como un actor relevante en el proceso y resultados de la atención médica, y por otra parte como un "usuario" que obtiene de su trabajo los recursos para su subsistencia y hace uso de las instalaciones de la institución, se propone la evaluación de su satisfacción en el desempeño de sus actividades, tanto por el hecho de que

no podemos esperar que un trabajador insatisfecho nos de eficiencia y calidad en su trabajo, como por la responsabilidad de las Instituciones en la mejoría de la calidad de vida de sus empleados.

La triada de actores que participan en la atención médica se completa con la institución donde se prestan los servicios, la cual a través de la evaluación debe constatar la calidad en la prestación de los mismos, la eficiencia en la utilización de los recursos y la satisfacción de usuarios y trabajadores. Cabe, en este momento, hacer énfasis en el término eficiencia y el perfecto equilibrio que debe tener con la calidad con que se otorga la atención, en virtud de que los recursos disponibles no son ilimitados, aún en países con gran bonanza económica, debiendo otorgar una atención con calidad al más bajo costo posible y lograr que la correcta administración de los recursos existentes, permita dar atención al mayor número posible de usuarios.

Como elementos inherentes a la prestación de servicios con calidad en las unidades médicas son las actividades de educación e investigación. La primera como instrumento a través del cual se debe garantizar la inducción, capacitación y actualización del personal en el puesto que desempeña, la formación de personal para la salud en las áreas médica, paramédica y técnica y la difusión de los conocimientos vigentes de la medicina y la segunda, como elemento que conduce hacia el desarrollo permanente de nuevos conocimientos que permitan mejorar los procedimientos y técnicas médicas, en beneficio de la calidad y la eficiencia en la atención.

No sería aceptable que un procedimiento de evaluación de la calidad de la atención, concluyera su función con el establecimiento de un diagnóstico situacional. Es necesario repercutir este diagnóstico situacional en acciones que permitan mejorar, garantizar o acreditar una atención médica de calidad, a través de la identificación de problemas que afectan la calidad o la eficiencia en la prestación de los servicios, asignación o ubicación del responsable y un tiempo para su solución, establecimiento participativo y formal, por consenso, con el equipo involucrado, para que dé la mejor alternativa de solución, con seguimiento hasta su consecución, que indudablemente repercutirá en mejoría de calidad y eficiencia.

Debe considerarse que, como resultado de una evaluación, pueden captarse tanto los problemas como los logros significativos que promueven el incremento de la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios. El

reconocimiento al personal responsable de la consecución de logros significativos, debe ser sujeto de un reconocimiento formal por parte de las autoridades, sobre todo si sabemos que uno de los factores que generan mayor deterioro de la motivación en los trabajadores, es la falta de reconocimiento. Por otra parte, la identificación de un programa, procedimiento o estrategia que hubiera sido factor determinante de logros significativos, debe hacerse del conocimiento de otras unidades que compartan características similares de operación o problemas comunes, a fin de contribuir al mejoramiento del sistema.

Habiendo tocado los aspectos relacionados con la motivación y la satisfacción de los trabajadores, debemos considerar uno de los principales factores que influyen en ambas situaciones, el reconocimiento por las actividades realizadas con calidad y eficiencia. Como resultado de las encuestas para evaluar la satisfacción de los prestadores de servicios, además del reconocimiento por las autoridades, de las actividades realizadas con calidad, se identificó a la insatisfacción por la carencia de recursos para llevar a cabo el trabajo con calidad y a la percepción salarial como los tres factores más importantes.

La percepción de salarios similares por el personal médico, independientemente de la calidad y eficiencia con que realice sus actividades, de la satisfacción de los usuarios, del nivel de salud de la población y de su participación en actividades de educación e investigación, ha dado lugar a que, tanto médicos familiares como especialistas, hayan perdido motivación para superarse, con el consecuente deterioro en los servicios que otorgan y en la satisfacción de los usuarios.

La metodología para evaluar la eficiencia en virtud de cifras objetivas, comparables con metas, promedios, rangos de aceptabilidad, es relativamente sencilla, conocida y uniforme, sin embargo, evaluar la calidad de la atención, en que un número importante de parámetros es subjetivo, representa retos de difícil solución. Se propone en este documento una metodología que permite la asignación de juicios de valor a elementos "subjetivos" de calidad, que logre discriminar en cinco de ellos los parámetros evaluados. Como principio fundamental de esta evaluación se tiene a la consecución del objetivo o propósito de la atención. Se ha denominado a este sistema con las siglas E.S.I.N.I., representado a los calificativos: Excelente, Suficiente, Insuficiente, No realizado e Inadecuado.

Se considera la asignación del calificativo de **SUFICIENTE** a un concepto evaluado, cuando el objetivo a lograr se alcanza con oportunidad y calidad en el proceso de atención. Cuando en el logro del objetivo faltó la oportunidad o la calidad en el proceso de atención, debe asignarse el calificativo de **INSUFICIENTE**. En caso de que como complemento de una atención otorgada con oportunidad y calidad en el proceso, hubiera constancia de haber quedado satisfechas las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución, se calificaría como **EXCELENTE**. En el caso de un acto médico que requiriéndose no se hubiera otorgado, se considera con el calificativo de **NO REALIZADO**. Cuando como consecuencia de la atención otorgada se hubiera ocasionado un daño para el usuario, para el prestador de servicios o para el patrimonio o la imagen de la institución, el calificativo que se debe asignar es el de **INADECUADO**. Cabe señalar que el concepto de oportunidad en la atención médica involucra su otorgamiento en el momento que el caso lo requiera. Así mismo la calidad en el proceso lleva implícita la necesidad de que este se otorgue conforme a las normas institucionales y a los conocimientos médicos vigentes, a través de la utilización adecuada de la tecnología apropiada.

Indudablemente el esfuerzo realizado por un grupo de "Amigos de la Calidad de la Atención" para aportar un instrumento útil, práctico y confiable para evaluar y por último acreditar, la calidad y la eficiencia de la atención médica en unidades de medicina familiar o en hospitales, puede tener aún fallas importantes, que no se harán evidentes mas que a través de la participación de expertos en la materia interesados por nuevos enfoques que en avance continuo conduzcan hacia su perfeccionamiento.





## Capítulo II

### Antecedentes

Dr. Héctor Aguirre Gas  
Dr. Alfonso Quiñonez Valenzuela  
Dr. Jesús Chávez Mayol  
Dr. Luciano Castro García

La protección a la salud ha quedado plenamente establecida como un derecho en numerosos foros nacionales e internacionales. En la Trigésima Asamblea Mundial de la Salud reunida en Ginebra, Suiza en 1977, se logra que los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acuerden la declaración del objetivo de: "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000" (1).

En la Jurisprudencia de los Estados Unidos Mexicanos, la salud ha sido considerada como un derecho en la Ley General de Salud, emitida por el Gobierno Federal el siete de febrero de 1984 (2). Los programas y estrategias para garantizar la salud a los mexicanos, tienen como antecedentes y base la integración del Sistema Nacional de Salud, cuyos principios fundamentales quedaron establecidos en el Programa Nacional de Salud 1984-1988 (3). El Programa Nacional de Salud 1990-1994 (4) marca con precisión las políticas a seguir en favor del logro de la salud para los mexicanos:

- Fomento de la cultura de la salud.
- Acceso universal a los servicios de salud con equidad y calidad.
- Prevención y control de enfermedades y accidentes.
- Protección del medio ambiente y saneamiento básico.
- Contribución a la regulación del crecimiento demográfico.
- Impulso a la asistencia social.

Las estrategias consideradas para su consecución son:

1. Coordinación funcional del Sistema Nacional de Salud.
2. Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud.

3. Descentralización de los Servicios de salud.
4. Modernización y Simplificación Administrativa.
5. Coordinación Intersectorial.
6. Participación de la Comunidad.

La principal estrategia para la descentralización en el Sistema Nacional de Salud, tiene como base el desarrollo y "Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud" (SILOS), que en nuestro país se han denominado "Jurisdicciones Sanitarias" en la Secretaría de Salud. (5,6).

En lo referente a las Instituciones de Seguridad Social, tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), han logrado sistemas regionales de atención, con base en el desarrollo de las estructuras delegacionales con desconcentración de funciones en una proporción muy importante y un sistema piramidal de atención, estratificado por niveles de atención, con base en la creación de centros médicos, hospitales regionales, zonales y subzonales y unidades de medicina familiar. Esta política a nivel nacional, está permitiendo reforzar la capacidad gerencial y toma de decisiones a nivel local, en forma congruente con el lugar donde se otorgan los servicios y se generan los problemas.

Actualmente existen en el país 245 jurisdicciones sanitarias, distribuidas en cada una de las entidades federativas en número variable, desde una hasta veinticuatro, con poblaciones que oscilan entre cien mil y un millón de habitantes (5,6).

El IMSS cuenta con 32 delegaciones estatales o regionales y 4 en el Distrito Federal; en ellas se ubican un total de 10 centros médicos, con 41 Unidades de tercer nivel y 222 zonas de atención médica con un hospital general como cabecera, los cuales brindan apoyo a un total de 1482 (hasta 1994) unidades de medicina familiar (7). El ISSSTE está conformado por 35 delegaciones en las que existen 11 hospitales regionales para la atención de tercer nivel, 91 unidades médicas de segundo nivel y 967 de primero (8).

Una de las funciones esenciales de las jurisdicciones sanitarias, de la Secretaría de Salud (5,6) y de las Delegaciones del IMSS y del ISSSTE es la evaluación a través de diferentes mecanismos, incluyendo la supervisión,

mediante la aplicación de programas y estrategias congruentes con una normatividad central que les da homogeneidad y congruencia con el resto de programas.

Dentro de las etapas iniciales para la integración de un Sistema Nacional de Salud, como parte de la Política de Sectorización vigente en 1983, se integraron los Grupos Básicos Interinstitucionales de Información, Evaluación y Planeación, bajo la coordinación de la Secretaría de Salud (SSA), con participación del IMSS, ISSSTE, Sistema para el Desarrollo de la Familia (DIF), Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP), Secretaría de la Contraloría General de la Federación (SECOGEF), Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal (SMDDF) y Gabinete de Salud de la Presidencia de la República (GSPR) (9).

Como producto de los trabajos del Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación, en 1987 se editó y difundió el documento: "Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud" (10), cuya aplicación se restringió a una prueba piloto realizada en unidades médicas del ISSSTE (11) con resultados satisfactorios.

En la Sesión Conjunta de la Academia Nacional de Medicina y la Academia Mexicana de Cirugía, celebrada el 23 de abril de 1987, ante representantes de las principales Instituciones del Sector Salud y de la Secretaría de Programación y Presupuesto, el Dr. Manuel Ruíz de Chávez, Subsecretario de Planeación de la Secretaría de Salud, con la representación del Dr. Guillermo Soberón Acevedo, Secretario de Salud, anunció que el documento emitido por el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación, sería el documento normativo para las instituciones del sector.

En julio de 1987 la Subdirección General Médica del IMSS editó el documento "Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del IMSS" (12), conjuntamente con instrumentos para su aplicación en los hospitales de la institución, incluyendo una "Cédula de Registro" (13) y un "Instructivo" para la "Evaluación de la Calidad de la Atención Médica en los Hospitales del IMSS" (14). En estos documentos se conjuntaron los conceptos aplicados a partir de 1983 para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica por la Jefatura de Centros Médicos y Hospitales de Alta Especialidad del IMSS, publicados por González Posada y colaboradores en diciembre de 1984 (15). En este documento se incluye un Sistema de Evaluación Integral de las Unidades

Médicas en cuanto a calidad y eficiencia y se hace énfasis en la satisfacción del usuario y el prestador de servicios.

Los documentos editados por la Subdirección General Médica del IMSS, se aplicaron en los hospitales de la totalidad de las delegaciones de la institución al concluir 1987, permitiendo establecer un diagnóstico situacional sobre calidad de la atención, de utilidad para las propias delegaciones y para el nivel central y fue la fuente de la información para la publicación en la Revista "Salud Pública de México", de un trabajo sobre las expectativas de pacientes y trabajadores en relación a la calidad de la atención (16).

En 1989 se reintegró el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación, habiendo generado hasta la fecha dos documentos: "Cuadro Básico de Indicadores para la Evaluación de los Servicios de Salud" (17) y la norma técnica para la "Evaluación de la Calidad de la Atención Médica" (18), estando en proceso de elaboración los instrumentos para su aplicación.

La Norma Técnica para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica contiene los conceptos vigentes del enfoque a través de la teoría de sistemas, incluyendo: estructura, proceso y resultados; sin embargo, la evaluación de la calidad se orienta inicialmente al proceso y los resultados, dirigiéndose a investigar la estructura únicamente cuando se captan problemas en el proceso o los resultados (18).

Avedis Donabedian, quien ha sido considerado como el "principal experto mundial" en el estudio de la calidad de la atención médica (19) postula el enfoque de la evaluación de la calidad de la atención médica sobre las bases de la teoría de sistemas (20,21) y hace énfasis al igual que González Posada y colaboradores (15) en la satisfacción del usuario en cuanto a sus expectativas en relación a la amabilidad en el trato, comodidad en el área donde recibe la atención, disponibilidad de información suficiente, accesibilidad de los servicios, trato personalizado, etc., como elementos de calidad en la atención médica. González Posada y colaboradores (15) presentan en un elemento más: la importancia de la satisfacción de los prestadores de los servicios como requisito necesario para una atención de calidad.

No puede pasarse por alto el gran número de investigaciones realizadas en nuestro país, acerca de la calidad con que se otorga la atención médica llevándose a cabo estudios para evaluarla y mejorarla, así:

- En 1956, en el recién inaugurado Hospital de "La Raza", se inició el procedimiento para la revisión de expedientes y en 1957 se integró la Comisión de Supervisión Médica del IMSS (22).
- En 1959 se constituyó la Auditoría Médica del IMSS, cuya organización, funciones y procedimientos quedaron formalizados a través de su publicación en el "Boletín Médico del IMSS" (23), sentando las bases para la evaluación de la calidad de la atención a través de la revisión del expediente clínico.
- En 1962, con base en la publicación previa en el Boletín Médico, la Subdirección General Médica del IMSS editó el documento "Auditoría Médica, Instrucciones Médicas y Médico-Administrativas" (24).
- En 1972 la "Auditoría Médica", evolucionó hacia la "Evaluación Médica", término más identificado con el quehacer médico que la Auditoría con una connotación más administrativa, mediante la edición de un fascículo conteniendo las "Instrucciones" para su realización (25).
- La aparición en 1973 de las "Instrucciones" para la elaboración del "Expediente Clínico en la Atención Médica", fue el complemento indispensable para la realización de la evaluación sobre criterios previamente establecidos (26).
- Los dos documentos previamente citados, sirvieron de base para que, tanto el ISSSTE (27,28), como el DIF (29), elaboraran sus propios documentos con fines evaluatorios de la calidad de la atención médica y son base fundamental del capítulo de este libro sobre la evaluación del expediente clínico.
- En noviembre de 1972, González Montesinos, publicó sus experiencias adquiridas en el III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, efectuado en Panamá con motivo del XXV Aniversario de la Fundación de la Caja del Seguro Social en esa República, a través de la presentación de la ponencia "La Calidad de los Servicios Médicos dentro de los Regímenes de Seguridad Social" (30) en ella hizo énfasis en la trascendencia de la evaluación de la calidad de la atención, como procedimiento para garantizar y promover una atención médica de calidad. Como conclusión de esta

reunión se propuso la creación de un grupo de trabajo responsable de establecer las normas de calidad de la atención médica.

- Utilizando como fuente primaria de la información para la evaluación de la calidad de la atención al expediente clínico, Pérez Alvarez, J.J., (31,38), González Montesinos, F., (32-38), Lee Ramos, A.F., (32,34,36,38) y su grupo hicieron aportaciones sobre la evaluación de la calidad de la atención médica, tales como: Evaluación de la Atención Médica a Través de los Hallazgos de Autopsia (32), Evaluación del Envío de Pacientes entre las Unidades Médicas (33), Evaluación de las Actividades Clínicas en Enfermería (34), Conceptos, Objetivos y Logros de la Evaluación de la Actividad Médica (35) y concluyeron con los resultados de la evaluación de 26,000 expedientes en una serie de tres artículos en números sucesivos, sobre "Observaciones al través de la Evaluación del Expediente Clínico" en 1976 (36,38).
- En esa época surgieron inquietudes relacionadas con la calidad de la atención y sus repercusiones, tales como los efectos de la insuficiencia de recursos para otorgar la atención o las consecuencias del énfasis en lograr niveles óptimos de productividad (39). Como elemento clave en una atención de calidad en 1976 se publicaron trabajos correspondientes a la relación médico-paciente en el IMSS (40) y su aprendizaje durante los estudios de pregrado y postgrado (41,42). Aparecieron diferentes metodologías, como la desarrollada por Barroso Villegas, E., (43), para la Evaluación de los Sistemas de Salud en el IMSS.
- Palmer y colaboradores en 1979 (44) propusieron una serie de factores que consideraron relacionados con la calidad de la atención, tales como: la preparación de los médicos en cuanto a la escuela de medicina de procedencia, la realización de una residencia médica y su certificación de conocimientos, la edad y la experiencia del personal médico, características de la unidad médica donde se otorga la atención, su equipamiento y organización, si cuenta con programas de educación, si es pública o privada y si existe trabajo en equipo, la calidad del personal de enfermería y servicios paramédicos. En 1986 Donabedian revisa estos conceptos desde un punto de vista epidemiológico agregando que no existe relación con las características de la población en cuanto a edad, sexo, procedencia rural o urbana, ocupación y raza (45).

- Se han planteado criterios muy variados en cuanto a la definición de calidad, desde el logro de una meta, el mejoramiento en los niveles de salud, su promoción, la prevención, las bases en principios médicos aceptados y la tecnología utilizada y la factibilidad de ser evaluada, hasta la participación del paciente en su atención, los sistemas de información y la mortalidad (46), la creación de estándares para evaluación y acreditación (47), la necesidad de definir criterios explícitos (48) para evaluar e inclusive la necesidad de crear una comisión de acreditación(46). Se hace referencia también en la literatura a la relación existente entre la calidad de la atención, los costos de la misma y los resultados de salud (49).
- Como manifestación del creciente interés que adquirió la evaluación de la calidad de la atención médica se editaron obras importantes en las que se dió relevancia a la calidad de la atención médica, destacando las aportaciones de Cordera Pastor, A. (50), Feld, S. (51) y Donabedian, A. (20).
- No podría pasarse por alto los trabajos que sobre salud y mortalidad perinatal realizó Bobadilla, en la Ciudad de México (52,53).
- Como motivo de la visita a nuestro País de Avedis Donabedian, para impartir el Curso Internacional sobre Calidad de la Atención a la Salud, en Julio de 1986, en el Instituto Nacional de Salud Pública, la Revista Salud Pública de México editó un número especial donde incluyó aportaciones relevantes de autores nacionales y extranjeros. Se integró en este número la publicación del documento sobre "Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud", realizado por el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación (54); la participación de Avedis Donabedian, sobre los alcances actuales a nivel internacional de la evaluación y garantía de calidad; los trabajos sobre círculos de calidad realizados en el Instituto Nacional de Perinatología (55); los avances sobre garantía de calidad en Estados Unidos de Norteamérica (56), en la Ciudad de Chicago (57) y en los Países Bajos (58), los avances de México en el primer nivel de la atención, sobre la evaluación (59,60) y garantía de calidad (61); los avances para mejorar la calidad de la atención en el Departamento del Distrito Federal (62); los aspectos involucrados con la relación médico-paciente (63) y con la satisfacción de los usuarios y los prestadores de servicios (16) y la presentación de un proyecto para la medición de la salud (64).



En el presente documento se pretende recabar y utilizar la experiencia contenida en las aportaciones de expertos nacionales e internacionales, descritas previamente, integradas con la experiencia de médicos de diferentes instituciones de salud en el país, con interés particular en desarrollar, mejorar, garantizar y acreditar la calidad de la atención médica en México.

El objetivo de esta publicación es proponer una guía metodológica que marque las líneas de acción a considerar como más importantes en la evaluación de la calidad de la atención, con la flexibilidad suficiente que le permita adaptarse a las necesidades particulares de cada institución, de tal modo de que se convierta en un instrumento necesario por su utilidad, más que una norma que es obligatoria requisitar para cumplir con las autoridades.

A través de la aplicación de los conceptos contenidos en este libro se establece un sistema de supervisión integral, simplificado, de aplicación permanente, que permita verificar las normas de operación, asegurar mínimos de calidad y eficiencia, satisfacción de las expectativas de usuarios, prestadores de servicios y de las instituciones; identificar los problemas que obstaculicen su consecución y generar las acciones necesarias para corregirlos; identificar y hacer patentes los aciertos y logros significativos a fin de reforzarlos, difundirlos, tendiendo a su generalización con reconocimiento del personal que los produjo.

Para finalizar se propone una metodología derivada de los conceptos previos para evaluar los diferentes aspectos relacionados con la calidad de la atención médica, que permita establecer una escala de acreditación de calidad, aplicable a los diversos servicios, unidades médicas, niveles de atención e instituciones públicas y privadas del país, que marque los mínimos de calidad que deben ser cubiertos o el nivel de excelencia por todos deseable y al que aspiramos como médicos, como directivos pero especialmente como enfermos o familiares de enfermos.

## Capítulo III

### Principios Básicos

Dr. Héctor Aguirre Gas  
Dr. José Agustín Díaz López  
Dr. Alfonso Quiñonez Valenzuela  
Dr. Miguel Silva Martínez  
Dr. Luciano Castro García  
Dr. Jesús Chávez Mayol

#### Objetivo

El objetivo de esta guía metodológica es el de contribuir a mejorar la calidad con que se presentan los servicios en las Instituciones del Sistema Nacional de Salud, a través de uniformar los criterios de evaluación y proporcionar los instrumentos para lograrlo.

Para alcanzarlo, se plantean los siguientes objetivos intermedios:

1. Conocer el grado de cumplimiento de normas y programas, identificando las desviaciones en su ejecución para retroalimentar el proceso de atención y promover su corrección.
2. Identificar los procedimientos que permitan el logro de los resultados esperados o superiores a ello, susceptibles de ser implantados en el sistema.
3. Proporcionar a las estructuras institucionales, responsables de la evaluación, supervisión y operación de las unidades médicas, los elementos necesarios para la toma de decisiones que les permitan contribuir a la superación permanente de la calidad de la atención médica.

SE PROPONE COMO DEFINICION DE CALIDAD:

**"Otorgar atención médica al usuario con equidad, oportunidad, calidad y humanismo, conforme a las normas, conocimientos médicos y principios**

**éticos vigentes, con comunicación permanente con el usuario y en un ambiente confortable; mediante el uso adecuado de la tecnología apropiada, con resultados congruentes con el objetivo de la atención y satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución donde se otorga la atención."**

Con el propósito de caracterizar con precisión la definición de la calidad de la atención médica es necesario puntualizar el significado de los siguientes términos:

**USUARIO:** Es el sujeto que recibe la atención médica, por el prestador de servicios en una institución determinada.

**PRESTADOR DE SERVICIOS:** Individuo asignado para otorgar la atención médica al usuario en una institución determinada.

**INSTITUCION:** Organización que proporciona los recursos físicos y tecnológicos para que el usuario reciba la atención médica por el prestador de servicios.

**EQUIDAD:** Con base en disponibilidad de los servicios para los pacientes que lo requieran, independientemente de su nivel socioeconómico, religión, origen, rural o urbana, tipo de padecimiento, presupuestos, costos de operación, etc.

**OPORTUNIDAD:** Otorgar la atención que requiere el usuario en el momento que ésta sea requerida.

**CALIDAD EN EL PROCESO DE LA ATENCION:** Atención médica que se otorga conforme a las normas y a los conocimientos médicos vigentes, con apoyo en la utilización adecuada de la tecnología apropiada.

**HUMANISMO:** Trato que debe otorgarse a una persona específicamente si se encuentra enferma o afligida, en forma personalizada, con equidad, privacidad y amabilidad, dentro de los principios

éticos y morales, tanto en lo que se refiere al paciente como a sus familiares.

**NORMAS  
VIGENTES:**

En medicina las normas vigentes deben ser consideradas como lineamientos generales que permiten conducir el proceso de la atención médica; elaboradas por expertos en la materia de que se trate y con la flexibilidad necesaria, que permita su aplicación adecuada a las circunstancias particulares de cada paciente, de tal manera que representen un instrumento al servicio de la atención médica, en lugar de supeditarla al cumplimiento de esa norma.

**CONOCIMIENTOS  
MEDICOS**

**VIGENTES:**

La atención médica con calidad lleva implícita la responsabilidad del médico de otorgarla conforme a conocimientos médicos actualizados, por ende, esta situación lleva implícita la capacitación continua del médico.

**PRINCIPIOS  
ETICOS:**

Como requisito de una atención otorgada con respeto a las convicciones, al pudor y a la privacidad que requiere el paciente; con apego al secreto profesional, en la que los beneficios de la atención sean invariablemente superiores a los riesgos, tomando como elementos básicos: "primero no hacer daño" y la preservación de la vida.

**COMUNICACION  
CON EL  
USUARIO:**

Información a los usuarios y sus familiares como elemento indispensable que permite abatir su nivel de angustia, a través del conocimiento de la situación del paciente, de su pronóstico, del plan de estudio y tratamiento y particularmente de los procedimientos a los que va a ser sometido.

Es importante informar a un paciente que se le va a aplicar un medicamento por vía intramuscular, que se le va a aplicar un líquido frío en la espalda para desinfectar la región y que va a sentir un piquete con objeto de anestesiar la región. Una vez que se hubiera establecido el diagnóstico de probabilidad o certeza y el pronóstico, es importante informarlo al paciente o sus familiares, con objeto de que sus expectativas sean congruentes con la factibilidad de su logro y evitar así sorpresas desagradables que generen conflictos o quejas por la frustración secundaria al no haberlas logrado. Tomar en cuenta la decisión del paciente en la determinación de los actos médicos que lo afecten.

Escuchar los problemas que generan angustia en el paciente y brindarle apoyo para su solución, previene su insatisfacción y la generación de quejas y demandas.

**AMBIENTE**

**CONFORTABLE:**

Comodidad en el proceso de atención a través de ofrecer una cama y mobiliario hospitalario adecuados y en buenas condiciones de conservación, iluminación adecuada, climatización congruente con los requerimientos del medio ambiente; sin ruido excesivo, particularmente durante las horas de descanso, ausencia de fauna nociva (moscas, mosquitos, cucarachas, etc.).

Alimentación hospitalaria con buena presentación, sabor, congruente con sus preferencias y costumbres personales y con sus posibilidades de comerla, siempre acorde con la prescripción determinada por el médico tratante.

Proceso de atención llevado a cabo en forma continua, sin interrupciones, ni limitaciones determinadas por problemas de disponibilidad de equipo o insumos, por carencia, insuficiencia o insuficiente capacitación del personal.

Resultados de la atención congruentes con el problema de salud del paciente. En este aspecto es importante que exista congruencia entre los resultados que esperan el paciente y familiares con el objetivo de la atención, planteado por el médico tratante. Mediante un proceso de información oportuna y suficiente, como resultado de una relación médico-paciente estrecha, el paciente y sus familiares deben tener conocimiento de cual es el objetivo de la atención y el pronóstico probable.

En este aspecto es también importante hacer conciencia en el paciente y sobre todo en sus familiares de la conveniencia para el propio paciente, de que en los casos terminales, el paciente pase sus últimos días en el "calor" del ambiente familiar en lugar de mantenerlos en el ámbito hospitalario hasta su muerte.

**USO ADECUADO  
DE LA TECNOLOGIA  
APROPIADA:**

Este precepto lleva implícitos dos conceptos interrelacionados. En primer término vale la pena mencionar la disponibilidad limitada de equipos, particularmente los equipos sofisticados o "de punta", como consecuencia de su alto costo y la evolución vertiginosa de la tecnología, situación que da lugar al hecho de que a corto plazo, un equipo nuevo o "de punta" es ya anticuado u obsoleto. En segunda instancia debe tenerse en cuenta el uso inadecuado de la tecnología, tanto por una indicación incorrecta o impropia, como por la utilización excesiva de la tecnología, particularmente cuando ésta precede o substituye a los procedimientos clínicos de interrogatorio, exploración física o semiología.

Dos ejemplos demostrativos están representados por la práctica de una telerradiografía de tórax antes de llevar a cabo las consabidas: inspección, palpación, percusión y auscultación de una buena clínica, o bien la práctica de una resonancia magnética nuclear antes de llevar a cabo una exploración neurológica debidamente protocolizada.

Esta práctica independientemente de los posibles riesgos para los pacientes, lleva implícitos un incremento sustantivo de los gastos para el paciente o sus familiares en la medicina privada o para las instituciones públicas en su caso.

**RESULTADOS  
CONGRUENTES  
CON EL OBJETIVO**

**DE LA ATENCION:** Una vez que se haya concluido el examen médico, se establece un diagnóstico de probabilidad o certeza y a partir de él se determinará el objetivo de la atención, dentro de las siguientes opciones:

- **Curación:** Cuando el padecimiento que se está atendiendo pueda ser curable.
- **Control:** Cuando un padecimiento no curable como la diabetes o la hipertensión arterial, sea susceptible de ser controlado.
- **Mejoría:** Para aquellos casos no curables, en los que no existe la posibilidad de control del padecimiento, el proceso de la atención puede ofrecer la mejoría de sus condiciones de salud, tendentes a ofrecer una mejor calidad de vida.
- **Paliación:** Para aquellos casos en los que la naturaleza o la gravedad del padecimiento lo ubican fuera de toda posibilidad de curación, control o mejoría. En tal caso el paciente y familiares deberán estar informados en el sentido de que únicamente se llevarán a cabo procedimientos para disminuir las manifestaciones de la enfermedad, proporcionar bienestar y mejorar la calidad de su vida.
- **Apoyo Moral:** Cuando no se puede ofrecer ni siquiera paliación, aún así el médico y su equipo de trabajo tienen

la responsabilidad de brindar apoyo moral al paciente y familiares.

**SATISFACCION DE  
LAS NECESIDADES  
DE SALUD:**

En la medida que se logre el objetivo de la atención médica con los resultados esperados, el usuario verá satisfechas sus necesidades de salud, con las limitantes determinadas por su propio padecimiento.

**EXPECTATIVAS  
DEL USUARIO:**

En la actualidad la satisfacción del usuario con los servicios recibidos, ha adquirido una relevancia fundamental. Esta satisfacción del usuario es determinada por el logro o cumplimiento de las expectativas con las que acude a solicitar y recibir atención. Es necesario considerar que las expectativas del usuario son todas ellas elementos fundamentales de la calidad de la atención, mismas que deben ser tomadas en cuenta como motivo de evaluación. Las principales expectativas que ha sido posible identificar son las siguientes:

- Accesibilidad de los servicios, en la medida que los servicios existentes, estén disponibles para satisfacer la demanda de los usuarios, esta disponibilidad puede estar limitada por múltiples factores como: distancia excesiva entre el domicilio del usuario y la unidad de atención médica, la carencia, insuficiencia o alto costo de los transportes, factores culturales e inclusive las limitantes a la accesibilidad a los servicios por la vigencia de trámites burocráticos excesivos o cuya realización sea lenta y torpe.
- Oportunidad en la atención determinada tanto por la gravedad real o sentida del padecimiento, como por el nivel de angustia del paciente o sus familiares.



- Trato personalizado y amable a través de la atención individualizada a cada paciente por el médico responsable de su atención, logrando que el paciente y sus familiares puedan identificar con certeza a quien acudir y que el médico tratante de igual manera que el personal que participa en la atención, pueda identificar en forma personalizada a cada paciente, no como un número de cama, ni siquiera por su primer nombre como actualmente se acostumbra señalar en la cabecera de cada cama, sino en la forma que a cada paciente le agrada ser llamado: "Nachito", "Don Luis", "Sra. Pérez", "Lic. Juárez", "Lucha", "Chiquis", etc.

Una de las principales manifestaciones de insatisfacción de los usuarios es el hecho de que desconoce quien es su médico tratante, cuando éste no hace acto de presencia o cuando son médicos diferentes los que otorgan la atención en cada consulta y no haya una "cabeza" a la cual dirigirse, especialmente cuando la información se emite por diferentes vías, particularmente si ésta es discordante.

La mejor forma de identificar la relevancia de la amabilidad en el trato es cuando somos receptores en lugar de ser otorgantes del mismo, es decir, cuando el trato que recibimos es carente de amabilidad, se hace evidente su importancia y se hace comprensible la inconformidad del usuario con el trato poco amable, indiferente o agresivo.

**EXPECTATIVAS  
DEL PRESTADOR  
DE SERVICIOS:**

No puede pretenderse que el personal que se encuentra insatisfecho en el desempeño de sus actividades cotidianas, esté dispuesto a realizar sus actividades con calidad y eficiencia; por el contrario la insatisfacción en el desarrollo del trabajo diario nos va a dar lugar a desmotivación, ineficiencia y conflictos laborales frecuentes. A través de encuestas realizadas con el

personal se ha podido identificar los principales motivos de satisfacción de los prestadores de servicios.

- Disponibilidad de áreas físicas, mobiliario, equipo, instrumental e insumos suficientes para la realización de su trabajo con calidad. Si partimos de la base de que la realización del trabajo cotidiano con calidad es una necesidad inherente de los individuos, debe considerarse en beneficio de la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, la necesidad de un equipamiento y suministro suficiente. Ha sido un hecho de observación cotidiano la demanda del personal, de contar con lo necesario para el mejor desempeño de sus actividades, antes que solicitudes de beneficios personales.

- El reconocimiento por el trabajo realizado con calidad y eficiencia, es uno de los factores fundamentales de motivación y satisfacción del personal; su ausencia genera efectos inversos. Con mucha frecuencia los directivos médicos omiten el otorgamiento del reconocimiento a sus colaboradores por considerar que estos resultados corresponsden un aspecto inherente al desempeño de sus actividades, perdiéndose así la oportunidad de un estímulo a la motivación.

- Percepción salarial congruente con las características del trabajo desarrollado. Una de las principales circunstancias que han desestimulado la realización de el trabajo cotidiano con calidad y eficiencia, radica en el hecho de que los contratos colectivos de trabajo estipulan percepciones uniformes para el personal, de una misma categoría, independientemente de que el trabajo hubiera sido poco o mucho, suficiente o insuficiente, con calidad o sin ella; con participación en actividades académicas o de investigación o sin ellas, etc., situación que lleva implícito el hecho de que no tan solo no es necesario hacer un esfuerzo adicional sino que inclusive permite al trabajador que carece de motivación, llevar a cabo

únicamente el trabajo mínimo indispensable para no ser despedido de su empleo.

- Opciones de superación, como motivación para esforzarse en el desempeño de su trabajo con calidad y eficiencia, partiendo de la premisa de que las oportunidades de ascenso, se otorguen al personal distinguido por su desempeño con calidad y eficiencia.
- Capacitación y desarrollo como elemento fundamental que permite incrementar el nivel técnico y profesional del personal, que le permita realizar sus actividades con calidad y eficiencia superiores y con ello tener acceso a opciones para mejorar en la escala organizacional, mejorar tanto su nivel laboral como socio-económico.
- Seguridad en el puesto como elemento de tranquilidad hacia el futuro, que permite al prestador de servicios realizar sus actividades con menor presión y por ende con mayor satisfacción. No obstante una sobreprotección contractual o sindical puede ser un incentivo negativo que permita al trabajador desempeñarse con el esfuerzo mínimo indispensable ante la seguridad de que no perderá su empleo.

**EXPECTATIVAS DE  
LA INSTITUCION:**

La institución que proporciona las instalaciones y los recursos para la prestación de la atención médica y emite las normas y políticas que regulen la prestación de los servicios, conforme a los estándares de calidad y eficiencia, espera que los recursos se utilicen de una manera eficiente y que la atención se otorgue dentro de los estándares de calidad que ella misma ha establecido. Así se pueden determinar las siguientes expectativas.

- Otorgar atención médica conforme a las normas de calidad que los expertos de la institución, con participación de los responsables de las áreas operativas, han

establecido para guiar la prestación de los servicios dentro de los estándares de calidad y eficiencia esperados.

- Administración eficiente de los recursos asignados conforme a los lineamientos y estándares marcados por la misma institución, con costos-beneficios aceptables, con posibilidad de que sean verificados por los procedimientos que se determine.
- Ausencia de diferimientos para otorgar la atención, en detrimento de la oportunidad en la calidad de la atención.
- Ausencia de quejas por deficiencias en la calidad con que se otorga la atención médica.
- Equidad en la prestación de los servicios que permita otorgar atención médica a todos los derechohabientes usuarios, independientemente de su nivel socio-económico, del tipo de padecimiento que padezca, de la disponibilidad presupuestal, etc.
- Mejoría del nivel de salud de la población, determinada por la disminución de la morbilidad, valorada en función de la disminución de los índices de incidencia y prevalencia por padecimiento y por 1000 usuarios, disminución en el consumo de medicamentos y en la frecuencia de atención hospitalaria, y disminución de la mortalidad y la letalidad por determinado padecimiento, así como por incremento del promedio de años vida.
- Satisfacción de la demanda de atención en la medida que se otorgue el 100% de las atenciones que los usuarios hubieran solicitado, para satisfacer sus necesidades de salud.
- Productividad en la medida que se realicen las acciones presupuestadas, para obtener el mayor rendimiento posible de los recursos disponibles.

COMO DEFINICION DE LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, SE CONSIDERA:

**"Análisis metodológico de la situación en que se otorga la atención médica, que permita identificar las condiciones estructurales para su prestación, las características del proceso, conforme a los principios éticos, a las normas y conocimientos médicos vigentes y la utilización adecuada de la tecnología apropiada; el logro de los resultados previstos y la satisfacción de las expectativas de los usuarios, de los prestadores de servicios y de la institución."**

La realización de los procedimientos de evaluación de la calidad de la atención, requiere como premisa imprescindible, contar con una metodología formal para su realización, mediante la comparación de lo observado en la unidad evaluada con los estándares de calidad establecidos en los principios éticos, normas y conocimientos médicos vigentes, tanto en el proceso de la atención médica como en la utilización adecuada de la tecnología apropiada; resultados congruentes con el objetivo de la atención determinado al ingreso del paciente y conforme a las expectativas previstas por el paciente y sus familiares, teniendo en cuenta también las expectativas de los prestadores de servicios y de la Institución.

Es necesario llevar a cabo una evaluación integral de la calidad con que se otorga la atención médica, partiendo de la evaluación de la estructura, siguiendo con el proceso de la atención y sus resultados y concluyendo con la satisfacción del usuario, del prestador de servicios y de la institución donde se otorga la atención. Es conocido que recursos físicos, tecnológicos, instrumental o insumos insuficientes o en mal estado van a representar limitantes reales para el logro de un proceso y resultados de calidad, así como de satisfacción de usuarios y prestadores de servicios. El conocimiento de los problemas estructurales además de conducir a la generación de acciones para resolverlos, permite discriminar su participación como determinante de una calidad deficiente, de la responsabilidad del equipo de salud. En la prestación de los servicios médicos la calidad debe estar presente tanto en la estructura, como en el proceso y los resultados, no basta la satisfacción del usuario. El proceso de la atención médica debe estar regido por normas de calidad y conocimientos médicos vigentes, principios éticos y legales que no pueden ser soslayados ni siquiera en aras de un resultado aparentemente bueno o la satisfacción del usuario, teniendo siempre como premisas

insustituibles: "primero no hacer daño", el riesgo de la atención no debe ser superior al beneficio esperado y la preservación de la vida del paciente.

Una paciente satisfecha por una cesárea cuya justificación fue la impaciencia, el cansancio o la escasa disponibilidad de tiempo del médico, no es aceptable aún cuando no hubiera habido ninguna complicación, la cicatriz quirúrgica no fuera visible y se hubiera evitado la mínima posibilidad de dolor, puesto que se expuso a la madre a un riesgo quirúrgico y anestésico mayor, a un grado de mortalidad postquirúrgica mayor y se comprometió su futuro obstétrico a cesáreas prácticamente obligadas en futuros embarazos, sobre todo si el mismo resultado y la misma satisfacción se hubieran logrado con un bloqueo peridural y la inversión de un poco más de tiempo por el médico.

#### OBJETIVO DE LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION

Contribuir a mejorar la calidad de la atención médica a través de establecer el diagnóstico situacional de las condiciones en que se otorga, determinar sus fortalezas y sus debilidades, planear en forma estratégica el mejoramiento de los servicios, identificar los problemas que los afectan; otorgar el reconocimiento correspondiente a quienes hubieran logrado resultados de excelencia, definir en forma participativa con los responsables de las áreas evaluadas, las estrategias para promover la mejora en el nivel de calidad y resolver los problemas registrados.

No es aceptable la realización de un esfuerzo tan importante como el que representa la evaluación de una unidad de atención médica o inclusive de un servicio determinado, ni el gasto que representa llevar a cabo este proceso, si no fuera factible utilizar esta información para mejorar la calidad y la eficiencia en la prestación de la atención médica.

El conocimiento de la situación vigente permite establecer las fortalezas y las debilidades existentes y determinar los objetivos a lograr, planear en forma estratégica la organización y funcionamiento de los servicios y la solución de los problemas que afectan la calidad de la atención, a través de registrarlos, en forma participativa con el responsable de darles solución, determinar la mejor opción para resolverlos, el compromiso para darles solución y las fechas para realizar su seguimiento, hasta quedar resueltos.

No debemos dejar de tener en cuenta la necesidad de hacer un reconocimiento al personal que realiza sus actividades a nivel de excelencia, ya que esto constituye un factor importante de motivación, promoción de la calidad de la atención médica y satisfacción del prestador de servicios.

### **Políticas**

- La evaluación se realizará en forma programada en cuanto a contenido y calendarización, a fin de que se lleve a cabo conforme a la metodología preestablecida y de que el evaluado esté enterado de lo que se espera de él.
- En virtud de que la evaluación no tiene un carácter punitivo, ni se pretende identificar culpables, la evaluación no tiene que ser sorpresiva. La programación de la fecha de la evaluación y de su contenido, lleva implícito el riesgo de que el servicio, departamento o unidad médica se preparen y "monten una escenografía" para el personal de evaluación una imagen que no corresponda a la realidad. Indudablemente que este riesgo existe, sin embargo debe tenerse en cuenta que tan solo para preparar una buena "escenografía" es necesario identificar y caracterizar el problema, de igual manera que en la preparación de la escenografía, una buena parte del problema quedará resuelta, de hecho en la mayoría de los casos la "escenografía" es parte de la solución del problema.
- La evaluación será permanente, a través de visitas periódicas a las unidades o servicios con la frecuencia establecida, conforme a la normatividad de cada institución, para dar continuidad al procedimiento y llevar a cabo el seguimiento de los problemas en el proceso y resultados de atención, hasta su solución.
- La evaluación será participativa entre evaluador y evaluado, con objeto de analizar las causas de los problemas captados, establecer un consenso, enterar de inmediato al evaluado, establecer los compromisos y dar la asesoría que se requiera.
- Nadie conoce mejor un proceso que el responsable de ese proceso, por lo tanto es quien mejor puede identificar los problemas que lo afectan y quien puede hacer mayores aportaciones para su solución. Si a ello unimos la

asesoría que el evaluador puede otorgar, estaremos más cerca de identificar la mejor opción para resolverlo.

En algunas ocasiones el evaluador puede tener una percepción incorrecta de alguna situación, considerándola como problema. En esta circunstancia las aportaciones del evaluador pueden aclarar la situación vigente y evitar que se considere como problema; con ello el evaluador habrá adquirido una experiencia adicional para enriquecer su bagaje de conocimientos.

Al darse esta interrelación entre evaluador y evaluado en el análisis de los problemas, no será necesario que éste reciba el informe oficial de la evaluación para iniciar su solución, puede iniciarla de inmediato.

- La evaluación será objetiva, evitando introducir prejuicios o consignas en pro o en contra del evaluado, que resten confiabilidad y aceptación al procedimiento.
- La evaluación será congruente con los niveles de atención a la salud y los recursos disponibles.
- Los directivos de las unidades médicas tendrán la responsabilidad de evaluar la calidad de la atención que se otorga en la unidad a su cargo, identificar los problemas que la deterioran y generar las acciones que permitan mejorarla, garantizarla y lograr su acreditación.

### **Universo de Aplicación**

El universo de aplicación de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica incluye las unidades médicas que conforman el Sistema Nacional de Salud a nivel nacional, estatal o delegacional, jurisdiccional o zonal y local, tanto del sector público como privadas.

### **Tiempo de Aplicación**

La evaluación debe ser un proceso de desarrollo permanente, que conforme a un programa de aplicación sistemática y una secuencia establecida se lleve



a cabo en cada una de las unidades médicas del sistema, con una periodicidad determinada.

Por lo que concierne a la periodicidad, con la cual se recomienda la evaluación, se propone la siguiente:

- Mensual, en los establecimientos de atención médica y en el nivel jurisdiccional o zonal.
- Cuatrimestral, en el nivel estatal o delegacional y
- Anual, en el nivel institucional y nacional.

### **Normatividad**

La normatividad a nivel del Sistema Nacional de Salud es responsabilidad de la Secretaría de Salud, en su carácter de institución coordinadora, a través de la emisión de la Norma Oficial Mexicana y de la determinación de criterios generales para la evaluación de la calidad de la atención médica, con la participación de las instituciones que la integran.

La aplicación de la metodología para la evaluación de la calidad de la atención médica, se llevará a cabo en forma congruente con las normas y reglamentos vigentes en cada institución.

### **Responsables de la Aplicación**

- Los Jefes de Departamento o Servicios Clínicos, deben realizar la autoevaluación de su área de responsabilidad, para verificar la calidad con que se atiende a los usuarios.
- La evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas, estará a cargo del Comité de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica.

La organización y funcionamiento del Comité de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, estará sujeta a un reglamento que defina sus caracterís-

ticas de integración, método de trabajo, estrategias de evaluación y aplicación de acuerdos. En el Capítulo XII de este libro se propone un modelo.

- La evaluación de la calidad de la atención a nivel de jurisdicción o zona, es responsabilidad de los Servicios Estatales de Salud o Servicios Médicos de la delegación correspondiente, a través de verificar la realización de la autoevaluación de la calidad de la atención por parte de las unidades médicas y validar por muestreo sus resultados.
- A nivel estatal, se realizará la evaluación de la calidad de la atención médica por los responsables de los Servicios Estatales de Salud, por los Servicios Médicos Delegacionales en el IMSS e ISSSTE y será coordinada por el Subcomité de Salud y Seguridad Social del Comité de Planeación para el Desarrollo Estatal (COPLADE).
- A nivel institucional se llevará a cabo de acuerdo con las disposiciones y reglamentos vigentes en cada institución.

### **Responsables del Manejo de Resultados**

- En el servicio o departamento clínico, por el jefe correspondiente, quien reportará al director de la unidad.
- A nivel de la unidad médica, el director como responsable de la misma y presidente del Comité de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica.
- A nivel jurisdiccional o zonal, por las áreas de planeación y evaluación en coordinación con el área de atención médica.
- A nivel estatal, por el Comité Interno de Administración y Planeación (CIDAP) y a nivel Delegacional por el jefe o subdelegado de servicios médicos.
- A nivel institucional o nacional por las Secretarías de Salud y de Programación y Presupuesto; las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud y otras que lo que requieran.

## **SEGUNDA PARTE**

### **METODOLOGIA**

**CAPITULO IV. EVALUACION DEL PROCESO Y RESULTADOS DE LA ATENCION MEDICA**

**CAPITULO V. METODOLOGIA PARA LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA**

## Capítulo IV

### Evaluación del Proceso y Resultados de la Atención Médica

Dr. Héctor Aguirre Gas  
Dr. José Agustín Díaz López  
Dr. Alfonso Quiñonez Valenzuela  
Dr. Miguel Silva Martínez  
Dr. Luciano Castro García  
Dr. Jesús Chávez Mayol

#### Evaluación del Proceso

El proceso de Atención Médica está constituido por las actividades secuenciales que relacionan al prestador de los servicios con el usuario y comprende los siguientes elementos:

- Oportunidad de la atención.
- Proceso de atención médica.
- Educación médica.
- Investigación médica.
- Satisfacción del prestador de los servicios.

#### Oportunidad de la Atención Médica

Se entiende como el otorgamiento de los servicios en el momento en que se requieran y comprende la evaluación de: accesibilidad a los servicios, diferimiento para obtener cita, recibir la atención y el tiempo que tiene que esperar el usuario en las instalaciones médicas en relación a la hora de su cita.

- La accesibilidad se refiere al grado de dificultad que tiene el usuario para establecer relación con los servicios que se otorgan en la unidad de salud donde requiere ser atendido. Está determinada por la ubicación de la unidad médica, las vías de comunicación, los factores educativos, socioculturales y económicos de los usuarios y los trámites administrativos establecidos para hacer uso de los servicios.

- El diferimiento se refiere a los días que debe esperar el usuario para recibir atención por cita programada, en consulta externa, hospitalización, cirugía, servicios auxiliares de diagnóstico y de tratamiento, en relación con la fecha óptima en que debería otorgarse.
- Tiempo de espera es el lapso que transcurre entre el momento en que el usuario solicita atención urgente o se presenta a su cita programada en la unidad de atención médica y el momento en que se le proporciona el servicio en consulta externa de medicina familiar o especialidades, urgencias, admisión al hospital, servicios auxiliares de diagnóstico y de tratamiento.

### Proceso de Atención Médica

Comprende el estudio clínico y paraclínico de las esferas biológica, psicológica y social, se evalúa a través del análisis del expediente clínico y de la observación directa de la atención del paciente. El análisis del expediente clínico incluye:

- Elaboración de los registros médicos y paramédicos conforme a las normas vigentes.
- Valoración inicial e integral del caso.
- Ejecución de acciones y procedimientos médicos que se requieran.
- Establecimiento oportuno del diagnóstico.
- Elaboración y cumplimiento oportuno del programa de estudio y tratamiento.
- Información oportuna a los pacientes y a los familiares, del diagnóstico provisional y del definitivo, de los programas de estudio, del tratamiento y del pronóstico.
- Vigilancia de la evolución.
- Prevención, detección oportuna y/o atención correcta de las complicaciones.
- Prevención de secuelas y en caso necesario rehabilitación de las mismas.

La continuidad de la atención incluye: referencia y contrarreferencia, coordinación y comunicación entre los diferentes servicios, especialidades, unidades médicas y niveles de atención.

El cumplimiento de programas se refiere al logro de los objetivos propuestos al ingreso del paciente para la solución de su problema de salud, sujetos a ajustes determinados por la evolución del caso.

### Educación Médica

La Evaluación de la educación médica y la capacitación del personal se refiere a las actividades que la unidad médica desarrolla, tendentes a dar al personal de nuevo ingreso la capacitación específica para la correcta realización de sus actividades, para mantener una actualización permanente del personal, congruente con los conocimientos, tecnología y destrezas vigentes; para la formación de recursos humanos en áreas técnicas, profesionales, de maestría o doctorado y las actividades que se realizan para la difusión de los conocimientos vigentes a personal de otras unidades de atención.

- Se evalúa conforme al cumplimiento de programas de forma congruente con el nivel de atención y los recursos disponibles.

### Investigación Médica

La evaluación de la investigación médica incluye el desarrollo de protocolos para investigar aspectos epidemiológicos, clínicos o básicos, preferentemente relacionados con la morbilidad y mortalidad prevalentes, su sanción y aprobación por el Comité de Investigación, su realización, conclusión y difusión a través de revistas médicas nacionales o extranjeras, incluidas en el Index Médico.

- Se evalúa a través del número de trabajos concluidos y publicados, su congruencia con los problemas de salud vigentes y la aportación que representa para el avance de los conocimientos médicos.

### Satisfacción del Prestador de los Servicios

Se refiere al logro de sus expectativas y satisfacción de las necesidades personales a través de la realización de su trabajo.

- Se evalúa por medio de encuestas de opinión relacionadas con disponibilidad de recursos para la realización de sus actividades, reconocimientos por los logros alcanzados, capacitación para el puesto, identificación con los objetivos de la institución, seguridad en el puesto, participación en las decisiones inherentes al trabajo y posibilidades de progresar.

### **Evaluación de los Resultados**

Los resultados de la atención médica, son el producto del proceso previamente evaluado, por lo que el análisis de la relación entre ambos permite conocer la calidad de la atención prestada y su impacto en la salud, en la eficiencia y en satisfacción del usuario. Los resultados de la atención, incluyen seis elementos a evaluar:

- Capacidad resolutive.
- Morbilidad.
- Mortalidad.
- Productividad y resultados de los programas.
- Satisfacción del usuario.
- Satisfacción de la institución.

#### Capacidad resolutive

Incluye dos aspectos: la oportunidad en la solución del problema que motivó la atención y las condiciones de salud y calidad de vida esperada del paciente.

- Se evalúa a través de la revisión y análisis del expediente clínico, de la entrevista y la exploración directa al paciente.

#### Morbilidad

Es el número de personas enfermas de un padecimiento específico dentro de una población, en un lugar y en un período determinado.

- Se evalúa mediante la cuantificación del número de casos, de las tasas generales y específicas, del análisis del canal endémico y de las tendencias en la presentación de los casos de cada padecimiento.

### Mortalidad

Es el número de defunciones que ocurren por un padecimiento específico dentro de una población, en un lugar y en un período determinado.

- Se evalúa a través del número de defunciones, de las tasas generales y específicas y de las tendencias.

La evaluación de la morbilidad y la mortalidad debe incluir el análisis de los factores sociales, ambientales, biológicos, económicos y los relacionados con los servicios de salud que se integran en el diagnóstico de salud de un universo determinado.

### Productividad y resultados de los programas

Se refiere al logro de los objetivos y metas del Programa Nacional de Salud, de las instituciones y de los propios de las unidades médicas y servicios.

- Se evalúa conforme a la normatividad vigente y con la eficiencia en la utilización de los recursos asignados a la atención médica, cumplimiento de programas y en relación al impacto social de las acciones generadas, tendentes a modificar daños específicos para la salud.

### Satisfacción del usuario

Se refiere a la relación que existe entre las expectativas y necesidades del paciente o sus familiares con el logro de las mismas, a través de la atención médica recibida.

- Se evalúa mediante encuestas, investigando: accesibilidad a los servicios, trato personalizado, oportunidad en la atención conforme a la esperada, trato amable, ambiente confortable, información suficiente y resultados congruentes con los esperados.

Cuando no se logra la satisfacción del usuario, con frecuencia se presentan quejas que traducen su inconformidad e insatisfacción; se investiga si la queja es procedente o no, el personal o área involucrado y los motivos de la queja. Se pretende a través de la evaluación, prevenir las causas que les dieron origen.



Satisfacción de la Institución

Como consecuencia del cumplimiento de las normas que la institución ha emitido, de la mejoría del nivel de salud de la población, de la prestación de los servicios con equidad, sin diferimentos ni presentación de quejas y dentro de un rango aceptable de eficiencia derivado de una administración racional de los recursos.

## Capítulo V

### Metodología para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica

SISTEMA E.S.I.N.I. PARA ASIGNACION DE JUICIOS  
DE VALOR, IDENTIFICACION, REGISTRO, SEGUIMIENTO  
Y SOLUCION DE PROBLEMAS

Dr. Héctor Aguirre Gas  
Dr. José Agustín Díaz López  
Dr. Alfonso Quiñonez Valenzuela  
Dr. Miguel Silva Martínez  
Dr. Luciano Castro García  
Dr. Jesús Chávez Mayol

#### Introducción

En todo proceso evaluatorio, es indispensable la asignación de un juicio de valor, referido a una meta o norma de operación.

Cuando la evaluación se relaciona al logro de una meta o cifra de referencia, asignar un juicio numérico en cifras absolutas o relativas, es sencillo.

Cuando se trata de evaluar conceptos relativos a la calidad de la atención médica o paramédica, la asignación de juicios de valor en función del cumplimiento de una norma con carácter enunciativo, explícito o implícito, lleva inherente la tendencia a la asignación de valores numéricos a elementos de la atención médica eminentemente cualitativos, con el riesgo de asignar una o dos cifras por arriba o por abajo de la justa, en forma inadvertida, utilizando un criterio incorrecto o inclusive la facilidad de asignar un valor arbitrario, superior o inferior, en forma prejuiciada.

Los posibles prejuicios, conscientes o no, que pueden afectar la asignación de una cifra mayor o menor a una calificación determinada, por simpatías o

antipatías, buen o mal estado de ánimo, consignas en pro o en contra, etc., quitarían objetividad y reproducibilidad al procedimiento, haciéndolo poco confiable y seguramente mal aceptado.

En conocimiento de esta dificultad, diversos grupos dedicados a la evaluación de la calidad de la atención médica, adoptaron sistemas de calificación, en que se utilizan parámetros cuali-cuantitativos absolutos y extremos, que no permiten gradaciones intermedias tales como: realizado-omitido, cumplido-no cumplido, positivo-negativo, si-no, bien-mal, etc., implicando el logro absoluto o nulo de un objetivo de calidad. Ante la dificultad para discriminar mediante la utilización de valores positivos o negativos absolutos, algo tan variable y con tantos matices como el acto médico, para no dejar sin calificar el extenso territorio de lo cumplido parcialmente entre dos parámetros extremos, se agregó un nivel intermedio correspondiente al gris entre un blanco y un negro, que equivaldría a lo parcialmente realizado o parcialmente cumplido. Esta situación, aunque agrega un elemento más, no nos permite saber qué tan gris es lo gris, qué tan realizado o tan cumplido es lo realizado o lo cumplido; tampoco nos indica si lo realizado o cumplido es aceptable en materia de salud, calidad de atención o cumplimiento de normas.

La alternativa para lograr una escala de evaluación de los elementos de la atención médica "eminente subjetivos", es determinar parámetros cualitativos de calificación que permitan discriminar con claridad los diferentes rangos de calidad, sin imbricarse y sin permitir sesgos condicionados por prejuicios, que puedan ser determinados por un sí o un no absolutos.

Por otra parte, la evaluación de la calidad de la atención médica, presenta características muy particulares que hacen necesario un sistema de evaluación congruente con ella, que en forma ágil permita la transformación de los datos obtenidos en información útil para la toma de decisiones.

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto, la evaluación de la calidad de la atención carece de sentido como un fin, debe ser el punto de partida de una serie de eventos que lleven al establecimiento del diagnóstico situacional de una unidad o departamento, a la identificación de los problemas que afectan la calidad o eficiencia en la prestación de los servicios, hasta la solución que redunde en mejoría de la calidad con que éstos se otorgan.

El propósito de este capítulo es presentar un esquema para la asignación de juicios de valor a elementos inherentes a la calidad de la atención, de carácter eminentemente subjetivo, identificar aquellos aspectos que no alcancen un mínimo de calidad, registrarlos, asignarles un responsable para su solución y llevar a cabo un seguimiento periódico a través de acuerdos con el responsable de resolverlo o nuevas evaluaciones, hasta alcanzar su solución, con la consecuente repercusión favorable en la calidad de la atención.

A través de este mecanismo se pretende integrar en un proceso único a la evaluación, mejoramiento continuo y acreditación en la calidad de la atención.

### Antecedentes

Como requisito indispensable para estar en condiciones de evaluar la atención médica, es necesario repetir el concepto de "CALIDAD DE LA ATENCION" sobre el cual la vamos a realizar:

**"Otorgar atención médica al usuario con equidad, oportunidad, calidad y humanismo, conforme a las normas, conocimientos médicos y principios éticos vigentes; con comunicación permanente con el usuario y en un ambiente confortable; mediante el uso adecuado de la tecnología apropiada, con resultados congruentes con el objetivo de la atención y satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución donde se otorga la atención."**

Como elemento complementario debemos considerar el concepto de "OBJETIVO DE LA ATENCION". En el proceso de la atención, después de haber realizado el interrogatorio y la exploración del paciente, se establece un diagnóstico de probabilidad o certeza y un programa de estudio o tratamiento, dirigidos al logro de un objetivo médico determinado y un pronóstico. El objetivo de la atención puede ser muy variado, a saber: curar una apendicitis, resolver un embarazo a término, paliar un dolor en un enfermo canceroso, etc., conforme a la retroalimentación determinada por los resultados del programa de estudio y/o la respuesta al programa de tratamiento, este objetivo puede ser modificado.

## **Metodología**

Al integrar los conceptos de “objetivo de la atención” con el de la “calidad de la atención”, podemos establecer en forma precisa y en términos absolutos, los límites entre los diferentes grados de calidad:

1. Logro del objetivo de la atención médica, como consecuencia de la integración de dos elementos esenciales:
  - a) Un proceso de atención realizado conforme a las normas institucionales y conocimientos médicos vigentes y uso adecuado de la tecnología apropiada, congruente con la complejidad del problema de salud y el nivel de atención.
  - b) La oportuna realización del proceso de atención que permita conseguir la solución integral del problema, el máximo factible de mejoría y la ausencia de secuelas o complicaciones, sobre la premisa de un proceso bien llevado a cabo.

La conjunción de la oportunidad y un proceso de atención correctamente realizados, nos permitirá alcanzar un mínimo indispensable de calidad con una calificación de: **“SUFICIENTE”**.

2. Logro incompleto o nulo del objetivo de la atención médica, como resultado de la combinación de fallas que impidan un mínimo indispensable de calidad:
  - a) El proceso de atención fue otorgado en forma incorrecta por desconocimiento o aplicación deficiente de normas y conocimientos vigentes de la medicina, carencia o utilización inadecuada de la tecnología requerida para la atención del problema de salud.
  - b) Realización correcta del proceso, pero fuera del momento oportuno para llevarlo a cabo, con logro parcial del objetivo.

La presencia de una de estas situaciones nos llevaría a un logro de objetivo con calificación de: **“INSUFICIENTE”**.

3. El logro del objetivo de la atención médica y de la satisfacción del paciente, del prestador de servicios y de la institución como resultado de una atención oportuna y un proceso de atención correctamente realizado, en un ambiente confortable, con trato personalizado y amable, con una comunicación abierta con el paciente, que conduzcan a su satisfacción plena por los servicios recibidos, permitirán el logro del objetivo con una calificación de: **“EXCELENTE”**.
  
4. La omisión en el otorgamiento de la atención médica por carencia absoluta de oportunidad o por no haberse llevado a cabo el proceso de la atención por diversas causas, conduce a la asignación de una calificación de: **“NO REALIZADO”**.
  
5. La realización incorrecta de la atención médica por un proceso de atención llevado a cabo con carencia de oportunidad, con ignorancia o aplicación deficiente de normas, conocimientos médicos o tecnología vigentes que conduzcan a resultados negativos con daño al paciente por complicaciones, secuelas o inclusive defunción, daño para el prestador de servicios o para el patrimonio o la imagen de la institución obliga a asignar la calificación de: **“INADECUADO”**.

Cuando un aspecto relacionado con evaluación de la calidad y eficiencia, no corresponde al servicio que se está evaluando, deberá dejarse en blanco todos los cuadros para asignar valor. Cabe mencionar que puede existir una atención de calidad excelente, con resultados negativos, por causas inherentes al paciente o al padecimiento que lo afecta, sin que esta situación pueda demeritar la calidad con que fue otorgada la atención.

Resumiendo los cinco puntos anteriores y agrupando las calificaciones en una escala descendente, el sistema de calificación propuesto incluye los siguientes rubros:

E	EXCELENTE
S	SUFICIENTE
I	INSUFICIENTE
N	NO REALIZADO
I	INADECUADO

Aun cuando el Sistema E.S.I.N.I. fue diseñado originalmente para evaluar el proceso de calidad de la atención médica, es aplicable también a la evaluación de: estructura, resultados, satisfacción del usuario, de la educación y de la investigación. Se presentan ejemplos de los esquemas diseñados para tal efecto, considerando que cada evaluador puede ajustarlo a sus necesidades y a las condiciones del servicio o función por evaluar.

Cuando los resultados de la evaluación incluyan un conjunto de parámetros, es factible incluir en la columna correspondiente EXCELENTE, SUFICIENTE, etc., la cifra absoluta o porcentual que corresponde de la suma o proporción de cada uno de ellos, por ejemplo:

EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO	TOTAL
25	100	50	20	5	200
12.5%	50%	25%	10%	2.5%	100%

Este planteamiento nos permite hacer un seguimiento de la evaluación que se pretende llevar, primero hacia un 100% de parámetros calificados cuando menos como suficientes y posteriormente hacia un 100% de excelencia.

Los criterios específicos para la asignación de juicios de valor en cada una de las diferentes áreas, se encuentran contenidos en los instrumentos para la aplicación de la evaluación.

Conforme al programa de evaluación, una vez verificados los puntos que correspondan a cada unidad médica o servicio, es necesario discriminar entre aquellos que alcanzaron una acreditación aceptable, conforme al sistema E.S.I.N.I.

Los puntos considerados con el rubro "EXCELENTE" generan para quien los realizó un reconocimiento, los puntos evaluados con el calificativo "SUFICIENTE" ameritan la recomendación de llevar a cabo las acciones necesarias para alcanzar la excelencia.

Cuando como resultado de la evaluación, los puntos verificados únicamente fueron considerados con los rubros de "INSUFICIENTE", "NO REALIZADO" o "INADECUADO", se puntualizan con una acreditación no aceptable y por lo tanto deben ser tomados en cuenta como problemas que están afectando en forma negativa la calidad o la eficiencia en la prestación de los servicios.

Los rubros señalados como problema, deberán ser registrados en una relación correspondiente al responsable de llevar a cabo las acciones conducentes para su solución. En forma participativa, entre el evaluador y el responsable de dar esta solución, deberán tomar así la determinación de la mejor alternativa, con el registro del compromiso en tiempo para lograrla.

En forma congruente con la fecha acordada para su solución, se llevará a cabo el seguimiento periódico de los avances que progresivamente se alcancen, a través de reuniones de trabajo de tipo informativo entre evaluador y evaluado o repetición del proceso de evaluación en el área correspondiente.

En las visitas subsecuentes a dichas áreas, conforme a un programa permanente de evaluación se cierra el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad, mediante la certificación de la resolución de los problemas previamente registrados y la identificación de nuevos problemas.

La existencia de un proceso de evaluación permanente, sistematizado y con aplicación periódica, que conduce hacia el mejoramiento continuo, representa un elemento esencial que permitirá garantizar una atención de calidad integrado al "Proceso de Calidad Total".



### **Instrumentos para la Evaluación**

En el texto de los diferentes capítulos se hace referencia a los formatos "Calidad de la Atención Médica" (CAM), numerados en forma secuencial mismos que se incluyen al final de cada capítulo.

## **TERCERA PARTE**

### **INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACION**

- CAPITULO VI. PROCESO DE EVALUACION Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA**
- CAPITULO VII. EVALUACION DE RECURSOS, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD**
- CAPITULO VIII. EVALUACION DE LA OPORTUNIDAD PARA LA ATENCION MEDICA**
- CAPITULO IX. EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION A TRAVES DEL EXPEDIENTE CLINICO**
- CAPITULO X. EVALUACION DE LA EDUCACION Y DE LA INVESTIGACION MEDICA**
- CAPITULO XI. EVALUACION DE LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS CON LA ATENCION RECIBIDA Y DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS CON EL TRABAJO DESARROLLADO**

## Capítulo VI

### Proceso de Evaluación y Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica

Dr. Héctor Aguirre Gas  
Enf. Martha O. Soto Arreola  
T.S. Judith Díaz Guadarrama  
Dra. Beatriz Báez Gallegos

#### Evaluación

Desde las primeras experiencias de evaluación de la calidad de la atención médica en el “Hospital de la Raza” en 1956, el instrumento fundamental y prácticamente exclusivo fue el expediente clínico. Con la publicación en 1984 del trabajo de González Posada, Merelo Anaya y colaboradores sobre “Sistema de Evaluación Médica, Progresos y Perspectivas” (15) de la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, se inicia el enfoque integral de este proceso conforme a la teoría de sistemas y en concordancia con los trabajos que paralelamente venía desarrollando Donabedian en Estados Unidos de Norte América.

En la evaluación integral de la calidad de la atención se incluye la evaluación de la estructura, del proceso y de los resultados de la atención médica, es decir: los recursos físicos, el personal, el proceso y los resultados, conforme a los siguientes lineamientos:

#### Estructura

- *Recursos Físicos:* se evalúa su suficiencia en congruencia con las necesidades de satisfacer la demanda de atención, en cuanto a número y capacidad de las unidades de atención médica, su estado de conservación, el número de consultorios, camas, quirófanos, peines de laboratorio, salas de radiodiagnóstico, etc., el número y características de los equipos,

instrumental y mobiliario disponibles, sus condiciones de conservación y su estado funcional.

- *Personal:* en cuanto a la autorización de las plazas que se requiere para la prestación de los servicios, previa justificación; la cobertura correspondiente con personal calificado por las instancias administrativas correspondientes; la capacitación del personal en congruencia con las funciones específicas que tiene asignadas, con el nivel de atención que se requiere otorgar y con la correcta utilización del tiempo laborable.
- *Dotación de artículos de consumo:* con suficiencia tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, oportunidad en su suministro, con el propósito de lograr que el proceso de la atención se otorgue en forma continua, principalmente en lo que se refiere a medicamentos, material de curación, reactivos de laboratorio y material de radiodiagnóstico.

### Proceso de la Atención Médica

- *Organización:* para estar en condiciones de otorgar atención médica a los usuarios con calidad y eficiencia, es necesario que los servicios cuenten con una organización adecuada que incluya: existencia de un diagnóstico situacional actualizado, determinación de objetivos en función de ese diagnóstico situacional, identificación de fortalezas y debilidades y como consecuencia de todo ello una planeación estratégica del trabajo. Como elementos fundamentales que den formalidad a la organización y con base en los elementos previos deberá contarse con un manual de organización, con un programa de trabajo y con los manuales de procedimientos que se requieran. Deberá existir un Comité de Calidad y los Subcomités Médico Asistenciales que se considere convenientes, incluyendo: evaluación del expediente clínico, infecciones hospitalarias, tejidos, mortalidad, quejas, prescripción racional de medicamentos, etc. Deberán existir procedimientos de evaluación en forma programada, con identificación, registro y seguimiento de problemas, hasta su solución.
- Proceso de la atención realizado conforme a las normas vigentes determinadas por los expertos en la materia, a los conocimientos médicos actualizados, y al uso adecuado de la tecnología apropiada y coordinación adecuada entre las áreas que intervienen en la atención del paciente.

## Resultados de la Atención

- En función de la solución del problema de salud que dió lugar a la atención y de la oportunidad con que esta atención se dio, de acuerdo con la identificación del objetivo de la misma, la ausencia de secuelas y complicaciones, la continuidad de la atención y la satisfacción de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución donde se otorgan los servicios.

## Ambiente Laboral

- Debe considerarse a un ambiente laboral adecuado, como una premisa indispensable para que los servicios se otorguen con calidad y eficiencia, con base en la existencia de liderazgo, integración del equipo de trabajo, administración participativa, reconocimiento por la labor desarrollada con calidad y eficiencia y ausencia de conflictos laborales.

Para formalizar la evaluación integral de la calidad y eficiencia con que se otorga la atención médica, se desarrolló una cédula de registro complementada con el instructivo correspondiente, que pueden ser utilizados para la evaluación por el nivel central, por el nivel regional o por el nivel local; así mismo puede aplicarse en forma de auto-evaluación por la propia unidad o servicios de atención médica. La cédula es aplicable para evaluar unidades de atención médica de primer, segundo y tercer nivel de atención; así mismo es aplicable por el área médica, el área de enfermería, el área de trabajo social o el área de nutrición y dietética, en el ámbito de la responsabilidad correspondiente a cada área.

Durante la aplicación de la Cédula de Evaluación se hará una descripción resumida de la situación encontrada y se realizará un juicio de valor conforme al procedimiento previamente descrito y se asignará un valor cualitativo: excelente, suficiente, insuficiente, no realizado o inadecuado (E.S.I.N.I.)

Al concluir el proceso de evaluación se dispondrá del "Diagnóstico Situacional" del servicio, departamento o unidad médica evaluada.

## **Mejoramiento Continuo**

En el diagnóstico situacional elaborado como resultado de la aplicación de la cédula de evaluación existirán situaciones a las que se asignó uno de los cinco calificativos considerados: excelente, suficiente, insuficiente, no realizado o inadecuado.

Se propone separar a las situaciones en dos grupos, en uno las consideradas con los calificativos de excelente y suficiente, por considerar que estas situaciones son aceptables. No obstante cada una de ellas requiere un manejo diferente. Las consideradas con el rubro de excelente por haber logrado el objetivo de la atención con oportunidad, calidad en el proceso y satisfacción de las expectativas de los usuarios, prestadores de servicio y de la institución, justifican otorgar un reconocimiento, especialmente si en un servicio, departamento o unidad médica existe una proporción elevada de ellos, comparativamente con otros servicios similares. Las situaciones consideradas con el rubro de suficiente, por haberse logrado el objetivo con oportunidad y calidad en el proceso, aún cuando son aceptables, ameritan la recomendación de intentar alcanzar el nivel de excelencia.

Las situaciones a las cuales se asignó el rubro de insuficiente, no realizado o inadecuado, por ese solo hecho constituyen un problema, dado que el objetivo de la atención no se alcanzó con oportunidad o con calidad en el proceso, no se realizó el acto médico requerido o como resultado de ese acto médico se ocasionó un daño al paciente, al prestador de servicios, al patrimonio o a los recursos institucionales.

Las situaciones consideradas como problema quedaron registradas (formatos CAM 1 al 5) y serán sujetas a un proceso que incluye los siguientes pasos:

1. En forma participativa entre evaluador y evaluado, considerando a este como responsable del proceso sujeto a evaluación, determinan la mejor opción para dar solución al problema. En caso que el personal evaluado desconozca los procedimientos para dar solución al problema, el evaluador da la asesoría correspondiente. Cabe la posibilidad de que en el proceso de evaluación el personal evaluado aporte argumentos que justifiquen el procedimiento realizado o los resultados alcanzados, en cuyo caso el problema referido se descargará como tal y se asignará la calificación correspondiente de excelente o suficiente.

2. Una vez definida la mejor alternativa para dar solución a un problema determinado, evaluador y evaluado, establecen un compromiso sobre el tiempo en que el problema deberá quedar resuelto y la periodicidad con que se dará seguimiento a los avances alcanzados.
3. En caso de que así se hubiera establecido el personal evaluado, informará periódicamente acerca de los avances logrados.
4. En la fecha programada el personal evaluador dará seguimiento al avance en la solución de los problemas de la evaluación previa.

El proceso de seguimiento se lleva a cabo en dos etapas:

En la primera etapa se lleva a cabo una reunión de trabajo entre personal de evaluación y el personal evaluado, operativo y directivo y de las diferentes disciplinas médicas, paramédicas y administrativas que puedan participar en su solución. Se forman diferentes mesas de trabajo una por cada proceso evaluado: urgencias, consulta externa, hospitalización, cirugía y auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Se da lectura al problema y el área evaluada informa acerca de los avances en su solución, y se asigna un porcentaje de avance por consenso. En caso de haber existido obstáculos para su solución, el área responsable de resolver dicho obstáculo, plantea la justificación correspondiente, la alternativa de solución, el compromiso para resolverlo, la periodicidad del seguimiento y queda registrado como un nuevo problema.

En la segunda etapa el personal evaluador y el personal evaluado verifican en las diferentes áreas el avance en la solución de los problemas y se ratifica o rectifica el porcentaje asignado.

Como etapa final del proceso de seguimiento, se procede a tabular la información.

Se clasifica a los problemas en tres sistemas:

- En el primer sistema los problemas se clasifican según el nivel resolutivo responsable de darle solución, en:
  - 1.1. Problemas de nivel central

- 1.2. Problemas de nivel delegacional
  - 1.3. Problemas de la unidad médica
- En el segundo sistema se clasifica a los mismos problemas según el capítulo de evaluación al cual correspondan en:
- 2.1. Problemas en los recursos
  - 2.2. Problemas del personal
  - 2.3. Problemas en el material de consumo
  - 2.4. Problemas en la organización
  - 2.5. Problemas en el proceso de la atención
  - 2.6. Problemas en los resultados
  - 2.7. Problemas en el ambiente organizacional y laboral
- En el tercer sistema se clasifican a los mismos problemas de los dos sistemas anteriores conforme al proceso al cual correspondan en:
- 3.1. Problemas en el proceso de urgencias
  - 3.2. Problemas en el proceso de consulta externa
  - 3.3. Problemas en el proceso de hospitalización
  - 3.4. Problemas en el proceso de cirugía
  - 3.5. Problemas en el proceso de auxiliares de diagnóstico y tratamiento

La tabulación de los datos se lleva a cabo en cuatro columnas (I-IV), y tres rubros para el primer sistema, siete para el segundo y cinco para el tercero respectivamente. Se presenta un ejemplo de cuadro con tres rubros, correspondiente al primer sistema:

**Cuadro**

I	II	III	IV
NIVEL	NUMERO DE PROBLEMAS	PORCIENTO DEL TOTAL	PORCIENTO DE AVANCE
1.1. CENTRAL			
1.2. DELEGACIONAL			
1.3. UNIDAD MEDICA			
TOTAL		100%	



Como podrá observarse en la primera columna se indica el número de problemas correspondientes a cada rubro, en la segunda columna el porcentaje del total de problemas correspondiente a cada rubro y en la tercera columna el porcentaje de avance en la solución de problemas correspondientes a ese rubro. En el renglón correspondiente al total, en la primera columna se asentará el número total de problemas identificados, en la segunda el 100% correspondiente al total de los problemas y en la tercera el porcentaje global en la solución del total de problemas. Cabe recalcar que el total de problemas y el porcentaje global de avance en su solución, será siempre el mismo en los tres sistemas de clasificación de problemas.

Al final del proceso se tendrá el total de problemas y el porcentaje de avance en su solución clasificado por nivel responsable de su solución, por capítulo del sistema de evaluación y por proceso, lo cual dará una imagen clara de la situación en que se encuentra la unidad y del avance en la solución de sus problemas en un período determinado.

En la medida que se resuelvan los problemas que afectan a la calidad de la atención, la calidad de la atención mejorará y en la medida que en el proceso de seguimiento se identifiquen nuevos problemas y éstos se incluyan en el proceso para su solución, se ingresará en la espiral del mejoramiento continuo.

## **Evaluación de la Calidad de la Atención**

### **AREAS MEDICA, DE ENFERMERIA, TRABAJO SOCIAL Y NUTRICION Y DIETETICA**

#### **1. RECURSOS FISICOS**

1.1. Ubicación y accesibilidad: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal y evaluar las facilidades disponibles para acudir a recibir atención o para realizar las actividades que se desarrollan en esas áreas, desde el punto de vista del paciente y del trabajador.

1.2. Amplitud, iluminación, ventilación y temperatura: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal y evaluar la comodidad existente para recibir atención o realizar las actividades que desarrollan en

esas áreas, con referencia a los factores ambientales señalados, desde el punto de vista del paciente y del trabajador.

1.3. Sistemas de comunicación y localización: considerar todas las áreas donde se otorguen servicios y evaluar la señalización existente, la intercomunicación de central de enfermeras a unidad del paciente, teléfonos públicos, líneas telefónicas directas y extensiones en las áreas que así lo requieran.

1.4. Distribución y delimitación de las áreas: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal y evaluar las facilidades disponibles para realizar las actividades que desarrollan en esas áreas, en cuanto a diseño arquitectónico y organización funcional, desde el punto de vista del paciente y del trabajador.

1.5. Dotación de mobiliario, equipo e instrumental: analizar a la disponibilidad de recursos en todas las áreas donde labore personal del departamento o del servicio y evaluar su suficiencia y utilización racional, en relación a las actividades que se desarrollan en cada una de ellas.

1.6. Disponibilidad de los recursos de seguridad: considerar todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal y evaluar en relación a la posibilidad de garantizar la integridad física de pacientes, familiares y personal, así como la seguridad de los bienes institucionales. Tener en cuenta: salidas y escaleras de emergencia, mangueras contra incendio, extinguidores, barandales para las camas, sujetadores y personal de vigilancia.

1.7. Orden y aseo de las áreas: verificar que en todas las áreas donde se otorguen servicios o labor personal, la planta física, el equipo, material, mobiliario e instrumental se encuentren en óptimas condiciones en relación a los puntos a evaluar, verificar el cumplimiento de la supervisión del aseo y las acciones continuadas en las áreas críticas.

1.8. Disponibilidad de áreas de guarda de medicamentos, equipo, material y ropa: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorgan servicios o labore personal y evaluar en relación a suficiencia, accesibilidad y seguridad de los espacios para la guarda de los recursos institucionales.

1.9. Acciones de mantenimiento preventivo: verificar todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal, las condiciones de conservación de la planta física, equipo y mobiliario que se encuentren en ellas; verificar la existencia, conocimiento y cumplimiento de un programa de mantenimiento preventivo por escrito y en posesión de la jefatura del departamento o servicio.

1,10. Cumplimiento de órdenes de mantenimiento correctivo: considerar todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal y evaluar la oportunidad, grado de cumplimiento, causas de incumplimiento y eficiencia de las reparaciones en planta física, mobiliario, equipo e instrumental; tener en cuenta el grado de capacitación del personal de mantenimiento y existencia de contratos con las casas proveedoras.

## **2. DOTACION DE PERSONAL**

2.1. Considerar la suficiencia de personal en función de: demanda de servicios, productividad e indicadores, analizar todas las áreas donde labore personal del departamento o del servicio, tomando en cuenta la plantilla autorizada en los diferentes turnos, el ausentismo y la cobertura de plazas.

2.2. Capacidad profesional y técnica del personal: considerar a todos los miembros o categorías del departamento o del servicio y evaluar en relación a sus antecedentes curriculares, al desempeño de sus actividades en las esferas asistencial, de enseñanza y de investigación, a la aplicación de sus conocimientos y habilidades, actitudes y aptitudes, en congruencia con las funciones a desarrollar.

2.3. Aprovechamiento de la jornada de trabajo: evaluar en relación a puntualidad, cumplimiento de actividades asistenciales, de enseñanza e investigación y a la realización de funciones inherentes a la categoría específica que se evalúe con eficiencia.

## **3. DOTACION DE ARTICULOS DE CONSUMO**

Evaluar en cada uno de los rubros considerados: la oportunidad y suficiencia del suministro, la disponibilidad permanente y la calidad de los artículos suministrados. Verificar la existencia de dotaciones fijas actualizadas por escrito, la oportunidad con que se solicita el surtido, su congruencia con los consumos y la continuidad del reaprovisionamiento. Revisar la existencia de

informes a las áreas de control de calidad sobre aquellos productos que hubieran generado problemas durante su consumo o utilización por no satisfacer las expectativas de los usuarios o de los prestadores de servicios.

#### **4. ORGANIZACION**

4.1. Existencia de diagnóstico situacional actualizado: verificar el conocimiento formal (por escrito) que el responsable tiene de su área de responsabilidad, la participación del personal médico, paramédico y administrativo en su integración. Verificar que la información sea integral, su orden y su actualización, así como su disponibilidad a nivel de Jefatura de Servicio, División, Jefaturas de Enfermería, Trabajo Social, Nutrición y Dietética y Dirección de la unidad médica.

4.2. Determinación de objetivos en función del diagnóstico situacional: tomar en cuenta la existencia de objetivos precisos y su congruencia con el diagnóstico situacional, con las características, las necesidades y problemas de la atención médica, con la morbilidad prevalente en las diferentes áreas y servicios, así como su congruencia con los objetivos de la unidad y con las normas, políticas y programas institucionales.

4.3. Planeación del trabajo con base a los objetivos: evaluar con base a la existencia de: Manual de Organización del Servicio o Area, Programa de Trabajo y los Manuales de Procedimientos que se requieran, tomando en cuenta su congruencia con los objetivos propuestos y su congruencia con los lineamientos jurídicos, normativos y laborales del instituto. Verificar su difusión, conocimiento por el personal de todas las áreas y su accesibilidad para consulta.

Los servicios clínicos deben contar además con los Criterios Diagnóstico Terapéuticos establecidos por escrito elaborado en el propio servicio y en relación, cuando menos, con sus diez principales causas de morbilidad y mortalidad. En el Departamento de Nutrición y Dietética se debe contar con un Manual de Dietas específico para la unidad.

4.4. Existencia y funcionamiento del Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia: verificar la existencia y cumplimiento de funciones y actividades del Comité conforme a la norma vigente, especialmente, su impacto como

instrumento para la mejora continua de la calidad y eficiencia de la atención médica.

4.5. Existencia y funcionamiento de los Subcomités Médicos: evaluar en relación a los instructivos vigentes y a los resultados obtenidos en cada Subcomité, en especial en cuanto a su impacto a nivel operativo en la solución de problemas que deterioran la calidad de la atención.

4.6. Realización programada de procedimientos de evaluación: verificar que exista un programa de evaluación y su cumplimiento a través del registro de los procesos de evaluación realizados en el departamento o servicio por el responsable del mismo y sus colaboradores, conforme a la aplicación de los instructivos vigentes y de acuerdo a las políticas normadas.

4.7. Registro de problemas y alternativas de solución: verificar la identificación y registro de los problemas que deterioran la calidad y eficiencia en el proceso de atención médica, su jerarquización en función de su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad; el establecimiento del compromiso participativo con dicho responsable para determinar la mejor alternativa y darle solución en un plazo determinado.

4.8. Seguimiento de problemas: verificar con la periodicidad que se decida los avances y el cumplimiento del compromiso de solución establecido a través de la realización de las acciones dirigidas a resolverlo.

4.9. Solución de problemas: verificar con la periodicidad que se determine el cumplimiento de los compromisos establecidos para la solución de problemas y registrar el número de los resueltos en relación al total de problemas y descargarlos del archivo de problemas pendientes.

## 5. PROCESO DE LA ATENCION

5.1. Congruencia del envío con el nivel de atención y con la regionalización vigentes: verificar el cumplimiento de la referencia y contrarreferencia de pacientes en los tres niveles de atención conforme a los lineamientos vigentes, con la distribución de los servicios de atención médica dentro de una circunscripción territorial determinada y la ubicación de los pacientes conforme a una jerarquización congruente entre la complejidad del problema de salud y los tres niveles de operación.

5.2. Disponibilidad de los servicios: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorguen servicios o labore el personal y verificar la ubicación y funcionalidad de: escaleras, rampas y facilidades para minusválidos, elevadores, tomas de oxígeno y de aspiración, baños y timbres, etc. Constatar la fluidez de los trámites médico-administrativos para obtener un servicio; analizar la existencia de diferimiento y otros problemas que dificulten la atención médica con oportunidad o la realización del trabajo por los prestadores de servicios, teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes y del personal.

5.3. Oportunidad en la atención: verificar todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal y evaluar la disponibilidad de los recursos y si el conjunto de acciones que se deben realizar para satisfacer necesidades del paciente, se llevan a cabo en el momento que se requieren.

En las áreas clínicas, tomar en cuenta además, la oportunidad con que el derechohabiente solicitó la atención y la oportunidad con que fue enviado por la unidad remitente.

En Trabajo Social, verificar que se haya cumplido con la visita de esta profesional, al total de los pacientes, al siguiente día hábil posterior a su ingreso.

5.4. Amabilidad en el trato al derechohabiente: verificar si el personal de salud y el administrativo se comporta en forma atenta y afectuosa en su relación con derechohabientes y público.

5.5. Información al paciente sobre el uso adecuado de los servicios: verificar que el personal de salud oriente oportuna y suficiente a pacientes y familiares, acerca de los servicios con que cuenta la institución, su disponibilidad y su ubicación.

5.6. Respeto a la privacidad y al trato individualizado: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal, que en los casos en que se requiera exista respeto al pudor del paciente, así como aislamiento visual y auditivo entre éste y el resto de los enfermos, familiares o incluso personal. Verificar si el paciente es llamado con respeto por su nombre o apellido, así como que exista un médico tratante y el paciente lo conozca.

5.7. Identificación y medidas de seguridad al paciente: verificar todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal y evaluar la existencia indispensable de pulseras de identificación, tarjetas de identificación en la cabecera de las camas y en las charolas de alimentos, así como la correcta elaboración de los registros administrativos. Evaluar la seguridad en función de los registros administrativos. Evaluar la seguridad en función de cumplimiento de procedimientos generales y específicos del servicio, que garanticen la integridad del paciente, tales como: disponibilidad de áreas físicas, equipos, instrumental, material y personal adecuado para proporcionarla: barandales, sujetadores, pieceras, salidas de emergencia, extinguidores, mangueras contra incendios, áreas de seguridad, control de accesos, vigilancia, programas para evacuación en casos de siniestro, etc.

5.8. Relación del personal con el paciente y familiares: tomar en cuenta todas las áreas donde labore personal del departamento o del servicio y evaluar la amabilidad, comunicación, apoyo, asesoría, orientación, etc., que el personal debe otorgar a paciente y familiares.

5.9. Cumplimiento de actividades y procedimientos para la atención médica, conforme a las normas vigentes: evaluar en todas las áreas donde se otorguen servicios o personal:

5.9.1. Evaluación integral del caso desde el punto de vista biológico, psicológico, laboral y social: considerar que el paciente sea atendido en forma integral, independientemente de la especialidad a la que corresponda su patología principal, con la participación del personal que se requiera para abarcar sus esferas biológica, psicológica, laboral y social.

5.9.2. Establecimiento y congruencia del diagnóstico: verificar que en todas las áreas donde se otorgue atención médica, se establezca un diagnóstico de probabilidad o certeza y que éste corresponda con los datos clínicos asentados, tal y como se describe en los siguientes capítulos.

5.9.3. Establecimiento y congruencia del programa de estudio y tratamiento: verificar que en todas las áreas donde se otorga atención médica, exista en cada caso un programa de estudio y tratamiento por escrito y su correspondencia con el diagnóstico de probabilidad o de certeza.

5.9.4. Cumplimiento del programa de estudio y tratamiento: evaluar en todas las áreas donde se otorga atención médica, el cumplimiento de las acciones dirigidas a establecer o precisar el diagnóstico y otorgar el tratamiento que se requiera con oportunidad y conforme a la secuencia establecida. Verificar que se hayan realizado los ajustes correspondientes en relación a la evolución del paciente y a los resultados de laboratorio y gabinetes.

5.9.5. Uso adecuado de la tecnología apropiada: verificar que se utilicen métodos, técnicas, procedimientos, equipos e instrumentos disponibles que se requieran y que sean científicamente válidos, en forma racional, en la secuencia correcta, en forma pertinentes los fines para los que esta destinados y a las condiciones particulares de cada paciente.

5.9.6. Establecimiento oportuno del diagnóstico definitivo: verificar a través del expediente clínico que como resultado del programa de estudio se haya establecido el diagnóstico definitivo con oportunidad.

5.9.7. Vigilancia oportuna de la evolución: tener en cuenta tanto al paciente externo como al hospitalizado y evaluar en función de la congruencia entre las citas otorgadas o visitas realizadas y las características de cada caso. Verificar la existencia de un seguimiento continuo de las modificaciones clínicas del paciente en cuanto a la patología principal y las agregadas, en relación a los resultados de laboratorio y gabinete, a la respuesta al tratamiento o a cambios no esperados, incluyendo las esferas biológica y psicológica.

5.9.8. Prevención, detección oportuna y manejo de complicaciones: evaluar en función de todas las acciones, generales y específicas, que deben realizarse en pacientes hospitalizados y ambulatorios para anticipar la posible presentación de complicaciones, detectarlas de inmediato cuando se presenten y tratarlas oportuna y correctamente. Tomar muy en cuenta las relacionadas con la prevención de infecciones hospitalarias, de escaras, de broncoaspiración y de caídas, así como las relacionadas con las esferas psicológicas y nutricional.

5.9.9. Prevención de secuelas y rehabilitación en su caso: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorgue atención médica y evaluar las acciones en las esferas biológica, psicológica y nutricional, las actividades destinadas



a la prevención e identificación oportuna de secuelas como consecuencia del padecimiento o de las acciones realizadas con fines diagnósticos o terapéuticos y el inicio oportuno del proceso de rehabilitación.

5.9.10. Evaluación de disfunciones familiares relacionadas con el problema de salud del paciente: evaluar el deterioro del patrón de interacción psicosocial existente entre los miembros de la familia que afecta negativamente la interacción de los miembros del núcleo familiar, grado de deterioro existente, grado de desintegración y posibilidad de que la disfunción familiar afecte negativamente la evolución del padecimiento, así como las posibilidades de que se corrija.

5.9.11. Información oportuna al paciente y familiares: evaluar en relación a la continuidad y fluidez de la comunicación por parte del médico y del personal de los diferentes servicios, en función de normas y reglamentos hospitalarios en cuanto a: evolución del padecimiento, estado de salud, programa diagnóstico-terapéutico-educacional, procedimientos a efectuar, resultados de los estudios, procedimientos y cirugía realizadas, programas institucionales, aprovechamiento de los servicios, prescripción dietética y prealta.

5.9.12. Elaboración de registros conforme a las normas establecidas para la integración del expediente clínico y formas institucionales: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorgue atención médica y verificar que los registros en el expediente clínico y formatos institucionales se hayan realizado conforme a las normas vigentes.

5.9.13. Integración del paciente y familiares a grupos de autoayuda y educación para la salud: verificar la participación de los diversos programas institucionales, grupos de autoayuda, de educación o de capacitación para el mejor manejo de su padecimiento, propios de la unidad y el mejor aprovechamiento de los servicios que otorga institución.

5.9.14. Discusión de casos problema con el jefe inmediato superior: tomar en cuenta la periodicidad, formalidad y registro de los expedientes clínicos, acerca de la realización de reuniones del personal de las diferentes áreas o servicios con su jefe inmediato (Jefe del Departamento Clínico, Enfermera Jefe de Piso, Subjefe de Enfermeras, Subjefe de Trabajo Social, Coordinadora de Asistentes Médicas y Jefe de Nutrición y Dietética), para

analizar, discutir y proponer soluciones en aquellos casos que por sus características o las dificultades que presenten así lo justifiquen. Evaluar en función del análisis, discusión y propuestas generales en las reuniones entre médicos con el jefe de departamento clínico, o con los especialistas, entre enfermera, nutricionista, trabajadora social o asistente médica con los médicos tratantes, en relación a los casos que así lo ameriten.

5.9.15. Notificación de problemas de control de calidad: verificar en las áreas donde se otorga atención médica o labore personal y evaluar en relación a las comunicaciones al área de control de calidad acerca de los problemas con equipo, instrumental, ropa, material de consumo, medicamentos que no satisfagan las expectativas del personal de salud o de los usuarios, etc., conforme a la norma vigente.

5.10. Coordinación entre las áreas que intervienen en el manejo del paciente: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorga atención médica y evaluar en función de la participación organizada de cada uno de los componentes del equipo de salud, del cumplimiento de las acciones que corresponden a cada uno de ellos y su interacción durante el proceso de atención, de manera directa o indirecta con objeto de lograr resultados óptimos en cuanto a calidad, eficiencia y satisfacción de los pacientes y de los prestadores de servicio. Verificar cada uno de los procesos siguientes:

- 5.10.1. Visita médica
- 5.10.2. Manejo de la prescripción
- 5.10.3. Informe de estado de salud
- 5.10.4. Asignación de cama
- 5.10.5. Programación de estudios
- 5.10.6. Programación quirúrgica
- 5.10.7. Manejo de la pre-alta
- 5.10.8. Coordinación con dependencias de la institución, en donde se deberá continuar la atención
- 5.10.9. Coordinación con instituciones del Sistema Nacional de Salud que se requiera
- 5.10.10. Concertación con instituciones del sector público, social y privado que se requiera

## 6. RESULTADOS DE LA ATENCION

6.1. Oportunidad en el egreso: verificar el cumplimiento de las actividades médico asistenciales y administrativas, de los procedimientos, diagnósticos y terapéuticos requeridos (biológicos, psicológicos y nutricionales), en el tiempo previsto, conforme al motivo del ingreso y objetivos a lograr con la atención médica.

6.2. Solución del problema que motivó la atención: tomar en cuenta tanto las áreas de consulta externa, como de hospitalización y cirugía, evaluar en función de una atención integral y solución del problema que motivó la atención teniendo en cuenta el objetivo de la atención propuesta (curación, mejoría, control, etc.), desde el punto de vista médico, de enfermería, de trabajo social y de nutrición.

6.3. Ausencia de daño como consecuencia de la atención: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorgue atención médica y evaluar la existencia de problemas de salud producidos como consecuencia de la atención médica otorgada, de la atención de los aspectos sociales, laborales y nutricionales. Especial atención debe darse a las infecciones intrahospitalarias y a las reintervenciones quirúrgicas. Evaluar la existencia de posible daño a los prestadores de servicio y al patrimonio o los recursos institucionales.

6.4. Ausencia de secuelas: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorga atención médica y evaluar en función de la presencia de consecuencias de problemas de salud o de una atención otorgada correctamente, su diagnóstico y su rehabilitación, desde el punto de vista biológico, psicológico, social, laboral y nutricional.

6.5. Satisfacción por la atención recibida: tomar en cuenta al paciente hospitalizado y al de consulta externa y evaluar el logro de sus expectativas, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, a través de encuestas de opinión tanto en lo referente al proceso como a los resultados de la atención, tener en cuenta la disponibilidad, confiabilidad y periodicidad de su aplicación.

6.6. Atención y solución de quejas: verificar que la atención de las quejas se realice conforme a las normas institucionales vigentes, con calidad y calidez

dando solución al problema que suscitó la queja, en los casos que se justifique y la información que se requiera, cuando la queja fuera improcedente.

6.7. Prevención y solución de problemas sociales y laborales: tomar en cuenta al paciente externo y al hospitalizado, evaluar en función de la posibilidad de prevenir los problemas que puedan derivarse de su enfermedad, su tratamiento, la ausencia de su ambiente familiar y laboral y darles solución cuando proceda y sea factible.

6.8. Prescripción, incapacidad e instrucciones para continuar su manejo a domicilio: tomar en cuenta al paciente externo y al hospitalizado y verificar el cumplimiento y participación de cada área, para cubrir las necesidades del paciente a su egreso: prescripción, recomendaciones higiénicas, manejo dietoterapéutico, incapacidades, citas, etc.

6.9. Información documental para el personal que continuará la atención incluyendo problemas pendientes de resolver: tomar en cuenta tanto el egreso de hospitalización como la baja de consulta y evaluar en función de la participación de cada área en la esfera de su competencia, que permita garantizar continuidad de la atención en la unidad a donde se refiera, en base a una información completa y congruente.

6.10. Congruencia de la contrarreferencia con el nivel de atención y la regionalización vigente: verificar que se cumplan los criterios clínicos y paraclínicos así como los procedimientos administrativos, para realizar la contrarreferencia con el nivel de atención adecuado y a la unidad médica que corresponda, conforme al estado actual del paciente y su padecimiento.

6.11. Seguimiento a largo plazo: evaluar en función de la existencia de acciones y programas encaminados a vigilar periódicamente aquellos casos que por sus características así lo requieran, desde el punto de vista diagnóstico o terapéutico, en las esferas biológica, psicológica, social y nutricional.

6.12. Cumplimiento de programas vigentes: verificar que el prestador de servicios cumpla con oportunidad los programas institucionales vigentes de acuerdo con las metas establecidas y en el tiempo previamente determinado.

## 7. AMBIENTE ORGANIZACIONAL Y LABORAL

7.1. Existencia de liderazgo: identificar a las personas que muestren ascendiente personal y profesional sobre los integrantes de sus grupos de trabajo, especialmente en lo referente al jefe de departamento o servicios, así como su repercusión en la conducción hacia el logro de los objetivos del servicio o departamento, tanto en el ambiente laboral, como en el organizacional.

7.2. Integración del equipo de trabajo: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorgue atención médica o labore personal en cada departamento o servicio, evaluar en función de la integración, colaboración y participación en forma armónica para la consecución de los objetivos del servicio o departamento.

7.3. Participación del personal en el análisis y solución de problemas: evaluar en función del conocimiento que el personal de las diferentes áreas tiene de los problemas que afectan los procesos bajo su responsabilidad, de la función que le corresponde dentro de la organización y del grado de cumplimiento y eficiencia con que realiza sus actividades, su participación en la administración del departamento o servicio, así como sus aportaciones para mejorar el desempeño.

7.4. Uso adecuado de los recursos institucionales: verificar que el personal haga uso responsable, racional y pertinente, en todas las ocasiones y circunstancias, de los recursos institucionales disponibles, para el fin a que están destinados y conforme a las normas e instructivos vigentes.

7.5. Reconocimiento por la labor desarrollada con calidad y eficiencia: evaluar en función de la existencia de procedimientos periódicos o continuos, formales o informales, públicos o privados, para otorgar reconocimientos por el desempeño con calidad y eficiencia hacia el personal que así lo merezca, tanto a nivel del servicio, como de la unidad.

7.6. Ausencia de conflictos laborales: evaluar en función de las relaciones existentes entre el personal de base y el de confianza en las diferentes áreas, así como el cumplimiento bilateral de los lineamientos asentados en el Contrato Colectivo y Reglamento Interior de Trabajo. Considerar favorablemente la integración y la participación del Sindicato en la solución de los problemas del servicio, departamento o de la unidad.

7.7. Satisfacción del prestador de servicios: verificar el bienestar que experimentan los prestadores de servicios como resultados de su desempeño laboral y la congruencia que exista entre sus expectativas y las condiciones de su trabajo, salario, oportunidades de desarrollo, reconocimiento y seguridad que le brinda la institución en el desempeño de su trabajo, en base a la utilización de las encuestas de opinión correspondientes.

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

**UNIDAD MEDICA** \_\_\_\_\_  
**SERVICIO** \_\_\_\_\_  
**AREA** \_\_\_\_\_

**EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION**

103

PROCESO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO
<b>1. RECURSOS FISICOS</b>					
1.1 Ubicación y accesibilidad					
1.2 Amplitud, iluminación, ventilación y temperatura					
1.3 Sistemas de localización e intercomunicación					
1.4 Distribución y delimitación de las áreas					
1.5 Dotación de mobiliario, equipo e instrumental					
1.6 Disponibilidad de los recursos de seguridad					
1.7 Orden y aseo de las áreas					
1.8 Disponibilidad de áreas de guarda de medicamentos, equipo, material y ropa					
1.9 Acciones de mantenimiento preventivo					
1.10 Cumplimiento de las órdenes de mantenimiento correctivo					
1.10.1 Areas físicas					
1.10.2 Mobiliario					
1.10.3 Equipo médico e instrumental					
<b>2. DOTACION DE PERSONAL</b>					
2.1 Suficiencia en función de					
2.1.1 Plantilla autorizada					
2.1.2 Cobertura de plazas					
2.1.3 Demanda de atención					
2.1.4. Productividad					
2.2 Capacidad profesional y técnica del personal					
2.3 Aprovechamiento de la jornada de trabajo					

EVALUO: \_\_\_\_\_

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

UNIDAD MEDICA _____
SERVICIO _____
AREA _____

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO
<b>3. DOTACION DE ARTICULOS DE CONSUMO</b>					
3.1 Medicamentos					
3.2 Material de curación					
3.3 Ropa de servicios médicos					
3.4 Papelería, impresos y útiles de oficina					
3.5 Material de laboratorio, radiológico y otros gabinetes					
3.6 Artículos de aseo					
3.7 Ropa contractual					
<b>4. ORGANIZACION</b>					
4.1 Existencia de Diagnóstico Situacional actualizado					
4.2 Determinación de objetivos en función del Diagnóstico Situacional					
4.3 Planeación del trabajo en base a los objetivos					
4.3.1 Existencia de Manual de Organización					
4.3.2 Existencia de Programa de Trabajo					
4.3.3 Existencia de Manuales de Procedimientos					
4.4 Existencia y funcionamiento del Comité de Calidad					
4.5 Existencia y funcionamiento de los Subcomités Médicos					
4.6 Realización programada de procedimientos de evaluación					
4.7 Registro de problemas y alternativas de solución					
4.8 Seguimiento de problemas					
4.9 Solución de problemas					

EVALUO: \_\_\_\_\_



DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

**UNIDAD MEDICA** \_\_\_\_\_  
**SERVICIO** \_\_\_\_\_  
**AREA** \_\_\_\_\_

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO
<b>5. PROCESO DE LA ATENCIÓN</b>					
5.1 Congruencia del envío con el nivel de atención y de regionalización vigentes					
5.2 Disponibilidad de los servicios					
5.3 Oportunidad en la atención					
5.4 Amabilidad en el trato al derechohabiente					
5.5 Información al paciente sobre el uso adecuado de los servicios					
5.6 Respeto a la privacidad y trato individualizado					
5.7 Identificación y medidas de seguridad al paciente					
5.8 Relación del personal con el paciente y familiares					
5.9 Cumplimiento de actividades y procedimientos para la atención médica conforme a las normas vigentes					
5.9.1 Evaluación integral del caso desde el punto de vista biológico y psicológico					
5.9.2 Establecimiento y congruencia del diagnóstico de probabilidad o certeza					
5.9.3 Establecimiento y congruencia del programa de estudio y tratamiento					
5.9.4 Cumplimiento del programa de estudio y tratamiento					
5.9.5 Utilización adecuada de la tecnología					
5.9.6 Establecimiento oportuno del diagnóstico definitivo					
5.9.7 Vigilancia oportuna de la evolución					
5.9.8 Prevención, detección oportuna y manejo adecuado de complicaciones					
5.9.9 Prevención de secuelas y rehabilitación en su caso					

EVALUO: \_\_\_\_\_

FCAM-3

DIA	MES	AÑO

**UNIDAD MEDICA** \_\_\_\_\_  
**SERVICIO** \_\_\_\_\_  
**AREA** \_\_\_\_\_

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO
5.9.10 Evaluación de disfunciones familiares relacionadas con el problema de salud del paciente					
5.9.11 Información oportuna al paciente y familiares					
5.9.12 Elaboración de registros conforme a las normas establecidas para la integración del expediente clínico y formas institucionales					
5.9.13 Integración del paciente y familiares a grupos de autoayuda y de educación para la salud					
5.9.14 Discusión de casos problema con el jefe inmediato superior					
5.9.15 Notificación de problemas de control de calidad					
5.10 Coordinación entre las áreas que intervienen en el manejo del paciente					
5.10.1 En la visita médica					
5.10.2 En el manejo de la prescripción					
5.10.3 En el informe de estado de salud					
5.10.4 En la asignación de cama					
5.10.5 En la programación de estudios					
5.10.6 En la programación quirúrgica					
5.10.7 En el manejo de la pre-alta					
5.10.8 Con las dependencias de la institución que continuarán la atención					
5.10.9 Coordinación con instituciones del Sistema Nacional de Salud que se requiera					
5.10.10 Concertación con instituciones del sector público, social y privado que se requiera					

EVALUO: \_\_\_\_\_

FCAM-4

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_  
 SERVICIO \_\_\_\_\_  
 AREA \_\_\_\_\_

107

PROCESO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO
<b>6. RESULTADOS DE LA ATENCION</b>					
6.1 Oportunidad en el egreso					
6.2 Solución del problema que motivó la atención					
6.3 Ausencia de daño como consecuencia de la atención					
6.4 Ausencia de secuelas					
6.5 Satisfacción por la atención recibida					
6.6 Atención y solución de quejas					
6.7 Prevención y solución de problemas sociales y laborales					
6.8 Prescripción, incapacidad e instrucciones para continuar su manejo a domicilio					
6.9 Información documental para el personal que continuará la atención incluyendo problemas pendientes de resolver					
6.10 Congruencia de la contrareferencia con el nivel de atención y la regionalización vigentes					
6.11 Seguimiento a largo plazo					
6.12 Cumplimiento de programas vigentes					
<b>7. AMBIENTE ORGANIZACIONAL Y LABORAL</b>					
7.1 Existencia de liderazgo					
7.2 Integración del equipo de trabajo					
7.3 Participación del personal en el análisis y solución de problemas					
7.4 Uso adecuado de los recursos institucionales					
7.5 Reconocimiento a la labor desarrollada con calidad y eficiencia					
7.6 Ausencia de conflictos laborales					
7.7 Satisfacción del prestador de servicios en el desempeño de sus labores					

EVALUO: \_\_\_\_\_

FCAM-5

## Capítulo VII

### Evaluación de Recursos, Eficiencia y Efectividad

Dr. Héctor Aguirre Gas  
Dr. José Agustín Díaz López  
Dr. Alfonso Quiñonez Valenzuela  
Dr. Miguel Silva Martínez  
Dr. Luciano Castro García  
Dr. Jesús Chávez Mayol  
Lic. Alejandra Leviz Cordero  
Lic. Ma. del Pilar Velázquez Chávez

#### Introducción

Las instituciones de salud cuentan con instalaciones, recursos tecnológicos y personal destinado a otorgar atención médica, siendo responsabilidad de su cuerpo directivo el hecho de que la atención se otorgue con calidad. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que los recursos disponibles deberán utilizarse para dar solución a los problemas de salud de una población mayor, en un perfecto equilibrio con la calidad, a fin de lograr la satisfacción de los usuarios, de los prestadores de servicios y de la institución.

Si tomamos en cuenta que no sólo es importante la calidad sino también una administración racional de los recursos, los directivos médicos deben contar con los procedimientos y sistemas que les permitan conocer: los recursos disponibles, la correcta administración de dichos recursos a través de un proceso de atención eficientemente realizado y resultados congruentes con los esperados.

El incremento en los recursos para otorgar atención a la salud y la enfermedad, la cobertura y el número de servicios otorgados, representaron durante mucho tiempo los elementos esenciales de información a las autoridades de las diferentes instituciones y al pueblo de México. Se analizaba cuidadosamente la asignación de presupuestos, se verificaba su correcto ejercicio y el logro de los objetivos y metas propuestas.

Si consideramos que la eficacia se traduce en la realización de las actividades programadas, la eficiencia como el logro de una productividad óptima como consecuencia de una administración adecuada de los recursos y los procesos y la efectividad como el logro de los resultados esperados, debemos enfocar nuestra atención tanto a la eficacia como a la eficiencia y la efectividad.

La evaluación implica la necesidad de comparar los resultados obtenidos con "estándares" que permitan emitir un juicio de valor. Los principales marcos de referencia que se utilizan actualmente en la evaluación de la eficacia, eficiencia y efectividad son:

1. Logro de una meta o indicador numérico pre-establecido.
2. Mantenerse dentro de los valores de un rango pre-determinado.
3. Comparación con la media o el promedio de los subsistemas o sistemas donde está incluido.
4. Comparación de la unidad con las unidades médicas de características similares.
5. Compararse la unidad médica consigo misma a través del tiempo.

En forma congruente con la teoría de sistemas, la evaluación de la eficiencia en los sistemas de salud debe incluir:

ESTRUCTURA	-	RECURSOS
PROCESO	-	EFICACIA EFICIENCIA
RESULTADOS	-	EFFECTIVIDAD

## **Objetivo**

Alcanzar los niveles óptimos de eficacia, eficiencia y efectividad, en un equilibrio adecuado con la calidad, en base a una correcta administración de los recursos.

## **Políticas**

- Fomentar la utilización racional de los recursos.
- Identificar problemas y resolverlos en forma participativa con el responsable del área.
- Señalar los logros significativos, otorgar el reconocimiento correspondiente, analizar los procesos que le dieron origen e implantarlos en forma general.
- Evitar que se deteriore la calidad en beneficio de la eficiencia o efectividad.

## **Límites**

### Geográficos

Servicios médicos y administrativos de las unidades médicas, zonas, jurisdicciones sanitarias, delegaciones, estados, regiones, instituciones del Sistema Nacional de Salud.

### De tiempo

Permanente, con periodicidad congruente con el nivel operativo:

Mensual para la unidad médica, cuatrimestral para la zona, jurisdicción sanitaria, delegación o estado y anual a nivel institución y nacional.

**Procedimientos**

I. Identificar los elementos a evaluar. Se proponen los siguientes:

<u>POBLACION USUARIA</u>	M.F.	Hosp
<b>ESTRUCTURA: <u>RECURSOS.</u></b>		
Consultorios.	■	■
Camas Censables.	□	■
Salas de Cirugía.	□	■
Salas de Expulsión.	□	■
Peines de Laboratorio.	■	■
Salas de Radiodiagnóstico.	■	■
Plazas ocupadas.	■	■
Presupuesto.	■	■
 <b><u>COBERTURA</u></b>		
Consultorios por mil usuarios.	■	■
Camas por mil usuarios.	■	■
Salas de Cirugía por mil usuarios.	□	■
Salas de Expulsión por mil usuarios.	□	■
Peines de Laboratorio por mil usuarios.	■	■
Salas de Radiodiagnóstico por mil usuarios.	■	■
Plazas ocupadas por mil usuarios.	■	■
Presupuesto por mil usuarios.	■	■
 <b>EFICACIA: <u>SERVICIOS OTORGADOS</u></b>		
Consultas.	■	■
Egresos.	□	■
Intervenciones Quirúrgicas.	□	■
Partos.	■	■
Exámenes de Laboratorio.	■	■
Estudios de Radiodiagnóstico.	■	■
 <b><u>DEMANDA</u></b>		
Consultas por mil usuarios	■	■
Egresos por mil usuarios.	□	■
Intervenciones Quirúrgicas por mil usuarios.	□	■
Partos por mil usuarios.	■	■

	M.F	Hosp
Exámenes de Laboratorio por mil usuarios.	■	■
Estudios Radiodiagnóstico por mil usuarios.	■	■
<b>EFICIENCIA: <u>CONSULTA EXTERNA</u></b>		
Consultas por consultorio por día.	■	■
Consultas por plaza por día.	■	■
Consultas por hora/médico.	■	■
Costo por consulta.	■	■
<b><u>HOSPITALIZACION</u></b>		
Egresos por cama por día.	<input type="checkbox"/>	■
Egresos por plaza por día.	<input type="checkbox"/>	■
Promedio de días de estancia.	<input type="checkbox"/>	■
Porcentaje de ocupación.	<input type="checkbox"/>	■
Costo por día paciente.	<input type="checkbox"/>	■
Defunciones por cien egresos.	<input type="checkbox"/>	■
<b><u>CIRUGIA</u></b>		
Intervenciones Quirúrgicas por sala de operaciones por día.	<input type="checkbox"/>	■
Intervenciones Quirúrgicas por plaza por día.	<input type="checkbox"/>	■
Costo por Intervención Quirúrgica.	<input type="checkbox"/>	■
<b><u>TOCOCIRUGIA</u></b>		
Partos por sala de expulsión por día.	■	■
Partos por plaza por día.	■	■
Partos distócicos en relación a partos.	■	■
Abortos en relación a partos.	■	■
Costo por parto.	■	■
<b><u>LABORATORIO</u></b>		
Exámenes de Laboratorio por peine por día.	■	■
Exámenes de Laboratorio por técnico por día	■	■



	M.F	Hosp
Exámenes de Laboratorio por persona atendida.	■	■
Exámenes de Laboratorio por 100 consultas.	■	■
Exámenes de Laboratorio por 100 egresos.	□	■
Costo por examen de laboratorio.	■	■
<b><u>RADIODIAGNOSTICO</u></b>		
Estudio de Radiodiagnóstico por sala por día.	■	■
Estudio de Radiodiagnóstico por técnico por día	■	■
Estudio de Radiodiagnóstico por persona atendida.	■	■
Estudio Radiodiagnóstico por 100 consultas.	■	■
Estudio Radiodiagnóstico por 100 egresos.	□	■
Costo por estudio de Radiodiagnóstico.	■	■
<b>EFFECTIVIDAD:</b> Evaluación de la morbilidad.	■	■
Evaluación de la mortalidad.	■	■
Evaluación de los resultados de los programas operativos de salud.	■	■

2. Establecer metas de los programas operativos medias y promedios zonales, jurisdiccionales, delegaciones, estatales, institucionales y nacionales.

3. Determinar los rangos de aceptabilidad:

- En relación a las metas establecidas.
- En relación a las medias y promedios.
- En relación a las normas institucionales.

## **Criterios para la Evaluación de los Recursos**

Como elemento indispensable para otorgar una atención de calidad, es necesario contar con instalaciones, equipo, instrumental y material de consumo suficiente, en buen estado de conservación y funcionando correctamente, así como personal de salud suficientes y con una capacitación profesional y actualización congruente con los problemas de salud que se atiendan.

Si tomamos en cuenta como factor más importante, la posibilidad de otorgar atención con calidad conforme a normas y conocimientos médicos vigentes, con satisfacción de usuarios y prestadores de servicios, podemos considerar las siguientes gradaciones dependientes de la suficiencia de los recursos:

<b><u>EXCELENTE</u></b>	Inmueble, equipo, mobiliario, instrumental y personal que permiten otorgar atención oportuna, conforme a normas, conocimientos y tecnología vigentes, lograr el objetivo de la misma y la satisfacción de las expectativas del usuario y del prestador del servicio.
<b><u>SUFICIENTE</u></b>	Inmueble, equipo, mobiliario, instrumental y personal, que permiten otorgar la atención y lograr el objetivo de la misma.
<b><u>INSUFICIENTE</u></b>	Instalaciones, equipo, mobiliario, instrumental y personal, que permiten otorgar la atención, aun cuando no el logro aceptable del objetivo propuesto.
<b><u>NO REALIZADO</u></b>	Las instalaciones, equipos, mobiliario, instrumental y personal disponibles, no permiten otorgar la atención.
<b><u>INADECUADO</u></b>	Las instalaciones, equipo, mobiliario e instrumental, representan un riesgo en el otorgamiento de la atención.

Formatos CAM-6 al 11

### **Criterios para la Evaluación de la Eficiencia**

Partiendo de la premisa del otorgamiento de atención con calidad, se propone los siguientes criterios para asignación de juicios de valor en relación a la eficiencia:

- EXCELENTE** Prestación de servicios con calidad y logro o superación de las metas establecidas, con costos de operación inferiores a una desviación estándar de la media.
- SUFICIENTE** Prestación de los servicios con calidad y logro entre el 85% y 100% de la meta establecida y con costos de operación equivalentes a la media menos-más una desviación estándar.
- INSUFICIENTE** Prestación de Servicios con calidad y logro de la meta establecida entre el 50% y 85% o con costos de operación superiores a una desviación estándar.
- NOREALIZADO** Prestación de servicios con calidad, con logro de menos del 50% de la meta, o con costos de operación superiores a una desviación estándar.
- INADECUADO** Prestación de servicios sin calidad con logros de menos 50% de la meta, o con costos superiores a una desviación estándar.

Formato CAM-12 y 13

### **Criterios para la Evaluación de la Efectividad**

#### **EVALUACION DE LOS PROGRAMAS OPERATIVOS DE SALUD**

Los programas operativos de salud estarán determinados por los incluidos en el Programa Nacional de Salud vigente, los correspondientes a cada institución, estado, delegación, jurisdicción sanitaria, zona o unidad médica y deberán ser sujetos de ser evaluados en función de la meta programada, el logro alcanzado y el porcentaje del logro de la meta establecida. A fin de llevar

a cabo un seguimiento de los logros, es necesario comparar las cifras alcanzadas en el mes inmediato anterior y en el mismo mes del año previo. Si el programa lo requiere podría ser necesario un seguimiento de los logros en los cinco años previos (Formato CAM 14).

Los programas operativos de salud tendrán vigencia y por lo tanto serán sujetos de evaluación, conforme a las políticas nacionales, sectoriales o institucionales. En primer nivel de atención destacan: inmunizaciones, detecciones, planificación familiar, salud estomatológica, etc. y en hospitales: cirugía ambulatoria, puerperio de bajo riesgo, abatimiento de los diferimientos, etc.

Se proponen los siguientes criterios para asignación de juicios de valor:

EXCELENTE Logro o superación de la meta establecida.

SUFICIENTE Logro de 90 al 99% de la meta.

INSUFICIENTE Logro inferior al 90% de la meta.

NOREALIZADO No se llevó a cabo el programa.

INADECUADO Gastos para la operación del programa, sin logro de metas que lo justifiquen.

## EVALUACION DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD

El conocimiento de las principales causas que afectan la salud de la población y de la que con mayor frecuencia generan mortalidad, permite no tan sólo conocer el nivel de salud de un país, región o estado, sino principalmente generar las acciones conducentes a modificar las tendencias negativas y reforzar las positivas.

En el estudio de la morbilidad y mortalidad, debemos identificar diferentes grupos de problemas de salud: las enfermedades dependientes de las condiciones sanitarias del medio, las prevenibles por vacunación, las que pueden ser modificadas a través de una detección oportuna, las que requieren

procedimientos quirúrgicos para su atención, las crónico-degenerativas, etc., clasificación que nos permitirá conocer el canal endémico cuando corresponda a enfermedades transmisibles y poner en marcha o reforzar los programas específicos o generales que se requiera.

El conocimiento de la tendencias que una determinada enfermedad presentada a través de los años, nos permitirá evaluar los resultados de los programas de salud que para tal efecto se hubieran puesto en operación.

La evaluación de la morbilidad y mortalidad se lleva a cabo a través de los siguientes conceptos:

1. Principales diagnósticos de atención en consulta externa de medicina general o familiar.
2. Defunciones ocurridas en domicilio (certificados de defunción expedidos por médicos familiares).
3. Principales diagnósticos de atención en consulta externa de especialidades.
4. Principales diagnósticos de egreso de hospitalización, incluyendo:
  - 4.1 Proceso patológico principal o de base.
  - 4.2 Proceso patológico o complicación que motivó el ingreso.
  - 4.3 Otros procesos patológicos que requieren atención hospitalaria.
5. Principales intervenciones quirúrgicas realizadas.
6. Principales diagnósticos de defunción hospitalaria, incluyendo:
  - 6.1 Proceso patológico principal o de base.
  - 6.2 Proceso patológico que motivó el ingreso.
  - 6.3 Proceso patológico que fue el directamente causante de la defunción.
  - 6.4 Otros procesos patológicos que contribuyeron a la defunción.
7. Principales diagnósticos de enfermedades transmisibles.

Los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos se registrarán conforme a la edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, vigente a la fecha de aplicación.

Se registrará el número de diagnósticos suficientes para cubrir el 85% del total, sin rebasar 25.

En la primera columna del formato se registrará el número progresivo, en la segunda el diagnóstico marcado con una X si se trata de consulta externa de medicina familiar (general), de especialidades, urgencias, egresos, cirugía o defunción. Se anotará en la tercera y cuarta columnas el período de estudio con el número de casos registrados y el porcentaje del total, ya sea mes, cuatrimestre o año; en la quinta o sexta columna el período similar inmediato anterior y el correspondiente al mismo período del año previo en las columnas séptima y octava (formato CAM-15). En los estudios anuales, las columnas correspondientes a los cinco años previos con números de casos y porcentaje, a partir de la tercera columna.

En un apartado se anotarán las observaciones relevantes y se referirán las variaciones significativas con relación al período previo, al mismo período del año anterior y las tendencias de los últimos cinco años, (formato CAM-16).

La morbilidad relativa a las enfermedades transmisibles y prevenibles por vacunación será evaluada a través del análisis del canal endémico y se calificará de acuerdo con la imagen gráfica de los procedimientos, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades. Se definen cuatro zonas de evaluación: éxito, seguridad, alarma y epidemia.

El concepto de "Canal Endémico" se entiende como la presencia de una enfermedad en un área determinada, en forma más o menos estacionaria, a través de los años con fluctuaciones dentro de los límites habituales de expectativa, está formado por la mediana de los casos reportados y los "cuartiles" que miden las variaciones habituales.

Debe anotarse con una X en la columna que corresponda. Si los valores están por encima del "cuartil superior" es posible se esté presenciando el inicio de una EPIDEMIA; si los valores están entre la mediana y el "cuartil superior", indica que está en la zona de ALARMA; si los valores están entre la mediana y el cuartil inferior, indica SEGURIDAD y si los valores se encuentran por abajo

del cuartil inferior, ésto refiere que se encuentra en la zona de EXITO, lo cual puede indicar dos situaciones: que el programa preventivo es suficiente, porque la incidencia es inferior a la esperada, como consecuencia de una cobertura útil de vacunación o por el contrario una acumulación de susceptibles por ausencia de actividades de vacunación, (formato CAM-17). Como resultado de lo antes expuesto se considera que este concepto es de gran utilidad para la evaluación de los resultados de los programas en operación.

Se propone los siguientes **Criterios para la Asignación de Juicios de Valor:**

**EXCELENTE** Descenso en las tendencias de la morbilidad o la mortalidad por abajo de las cifras esperadas como resultado de los programas operativos de salud.

**SUFICIENTE** Descenso en las tendencias de la morbilidad o la mortalidad como consecuencia de los programas operativos de salud, habiendo alcanzado las cifras esperadas.

**INSUFICIENTE** No se lograron las cifras esperadas en el descenso de las tendencias de morbilidad o mortalidad como consecuencia de los programas operativos de salud.

**NO REALIZADO** A pesar de los problemas de salud vigentes, no se llevaron a cabo programas operativos de salud que modificaran las tendencias de morbilidad o mortalidad.

**INADECUADO** La realización incorrecta de los programas operativos de salud o la falta de ellos dio lugar a incremento en las tendencias de morbilidad y mortalidad.

Cabe hacer notar que los registros de morbilidad en enfermos crónicos se incrementa por la asistencia a consulta externa de enfermos bien controlados para su vigilancia periódica.

En el formato CAM-18 se concentran los resultados de la evaluación de los recursos, eficiencia y efectividad.

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR** \_\_\_\_\_

**EVALUACION DE ESTRUCTURA**

**I. UBICACION**

Domicilio: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Entre las Calles: \_\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_  
 Colonia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Tel. Conmutador: \_\_\_\_\_  
 Delegación Institucional: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Informes: \_\_\_\_\_  
 Urgencias: \_\_\_\_\_

**II. CUERPO DIRECTIVO Y DIRECTORIO**

121

CARGO	TITULAR	TURNO	TELEFONO	
			Directo	Extensión
Dirección.	_____	_____	_____	_____
Administración.	_____	_____	_____	_____
Jefaturas de Departamento Clínico.	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Jefatura de Laboratorio.	_____	_____	_____	_____
Jefatura de Enfermería.	_____	_____	_____	_____
Jefatura de Trabajo Social.	_____	_____	_____	_____



DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR \_\_\_\_\_

EVALUACION DE ESTRUCTURA

**III. REGIONALIZACION**

**DERIVA**

	HOSPITAL GENERAL		CENTRO MEDICO	OTRA
SUBZONA	ZONA	REGIONAL	ESPECIALIDAD	
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**APOYA**

UNIDAD AUXILIAR DE MEDICINA FAMILIAR	PUESTOS DE FABRICA	GUARDERIA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR \_\_\_\_\_

**EVALUACION DE RECURSOS**

Población Adscrita a la Unidad: \_\_\_\_\_

Población Adscrita a Médico Familiar: \_\_\_\_\_

Población Usuaría: \_\_\_\_\_

**IV. RECURSOS FISICOS**

**CONSULTORIOS:**

**CAMAS:**

Total: \_\_\_\_\_ Cubículos de Medicina Preventiva: \_\_\_\_\_ Censables: \_\_\_\_\_

Medicina Familiar: \_\_\_\_\_ Cubículos de Planificación Familiar: \_\_\_\_\_ No Censables: \_\_\_\_\_

Urgencias: \_\_\_\_\_ Cubículo de E.M.I.\*: \_\_\_\_\_ Camillas en \_\_\_\_\_

Estomatología: \_\_\_\_\_ Cubículo de Curaciones: \_\_\_\_\_ Urgencias: \_\_\_\_\_

Medicina Preventiva: \_\_\_\_\_ Salas de Expulsión: \_\_\_\_\_ Farmacia: \_\_\_\_\_

Planificación Familiar: \_\_\_\_\_ Peines de Laboratorio: \_\_\_\_\_

Salud en el Trabajo: \_\_\_\_\_ Salas de Radiodiagnóstico: \_\_\_\_\_

Central de Equipos: \_\_\_\_\_

123

EVALUACION DE RECURSOS

\* ENFERMERA MATERNO INFANTIL

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR \_\_\_\_\_

EVALUACION DE RECURSOS

**V. PERSONAL**

PLAZAS	TOTALES	CONFIANZA	BASE
Autorizadas			
Cubiertas			
Vacantes			
Sobrantes			

**CATEGORIAS**

	*A.	C.	V.	S.		A.	C.	V.	S.
Médicos Familiares	_____	_____	_____	_____	Enfermeras Generales	_____	_____	_____	_____
Médicos de Urgencias	_____	_____	_____	_____	Trabajadoras Sociales	_____	_____	_____	_____
Médicos de Medicina Preventiva	_____	_____	_____	_____	Dietistas	_____	_____	_____	_____
Médicos de Planificación Familiar	_____	_____	_____	_____	Auxiliar de Enfermería	_____	_____	_____	_____
Médicos de Salud en el Trabajo	_____	_____	_____	_____	Auxiliar de Enfermería en Salud Pública	_____	_____	_____	_____
Médicos de Radiodiagnóstico	_____	_____	_____	_____	Laboratorista	_____	_____	_____	_____
Estomatólogos	_____	_____	_____	_____	Auxiliar de Laboratorio	_____	_____	_____	_____
Químicos	_____	_____	_____	_____	Técnico de Radiodiagnóstico	_____	_____	_____	_____
Enfermeras de Salud Pública	_____	_____	_____	_____	Personal Administrativo	_____	_____	_____	_____
Enfermeras de At'n. Prim. a la Salud	_____	_____	_____	_____	Otros	_____	_____	_____	_____

\*AUTORIZADAS    CUBIERTAS    VACANTES    SOBRANTES

FCAM-9

DÍA      MES      AÑO

HOJA

HOSPITAL \_\_\_\_\_

**EVALUACION DE ESTRUCTURA**

**I. UBICACION**

Domicilio: \_\_\_\_\_ Delegación Institucional: \_\_\_\_\_  
Entre las Calles: \_\_\_\_\_ Nivel de Atención: \_\_\_\_\_  
Entidad Federativa: \_\_\_\_\_ Teléfonos: Conmutador \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ Informes: \_\_\_\_\_ Urgencias: \_\_\_\_\_

**II. CUERPO DIRECTIVO Y DIRECTORIO**

CARGO	TITULAR	TELEFONO	
		Directo	Extensión
Dirección.	_____	_____	_____
Subdirección Médica.	_____	_____	_____
Subdirección Administrativa.	_____	_____	_____
Subdirecciones Adjuntas.	_____	_____	_____
Jefaturas de Departamento Clínico.	_____	_____	_____
Jefatura de Admisión o Urgencias.	_____	_____	_____
Jefatura de Enfermería.	_____	_____	_____
Jefatura de Trabajo Social.	_____	_____	_____
Jefatura de Nutrición.	_____	_____	_____

125

EVALUACION DE RECURSOS

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

HOSPITAL \_\_\_\_\_

**EVALUACION DE RECURSOS**

**RECURSOS FISICOS**

POBLACION USUARIA _____		
CONSULTORIOS TOTALES: _____	CAMAS TOTALES: _____	GABINETE TOTALES: _____
.CONSULTA EXTERNA _____	CENSABLES _____	MEDICINA NUCLEAR _____
.URGENCIAS _____	NO CENSABLES _____	TOMOGRAFO COMPUTADO _____
.ESTOMATOLOGIA _____	CAMAS DE CUIDADOS INTENSIVOS _____	ANATOMIA PATOLOGICA _____
	CAMAS DE LABOR _____	SERVICIO DE TRANSFUSION _____
	CAMILLAS EN URGENCIAS _____	REHABILITACION _____
	SALAS DE CIRUGIA _____	ELECTRODIAGNOSTICO _____
	SALAS DE EXPULSION _____	OTROS GABINETES _____
	SALAS DE RADIODIAGNOSTICO _____	_____
	PEINES DE LABORATORIO _____	_____

**PERSONAL**

PLAZAS	TOTALES	CONFIANZA	BASE	MEDICOS	ENFERMERAS	TRAB. SOCIAL	DIETOLOGIA	ADMVOS.	OTROS
AUTORIZADAS									
CUBIERTAS									
VACANTES									
SOBRANTES									

**ESPECIALIDADES**

ALERGIA _____	ENDOCRINOLOGIA _____	NEUMOLOGIA _____	RADIOLOGIA _____
ANESTESIOLOGIA _____	EPIDEMIOLOGIA _____	NEUROCIRUGIA _____	REUMATOLOGIA _____
ANGIOLOGIA _____	ESTOMATOLOGIA _____	NEUROLOGIA _____	UROLOGIA _____
AUDIOLOGIA _____	GASTROENTEROLOGIA _____	OFTALMOLOGIA _____	URGENCIAS _____
CARDIOLOGIA _____	GINECOLOGIA Y OBST. _____	ONCOLOGIA MEDICA _____	OTRAS _____
CIRUGIA DE CORAZON _____	HEMATOLOGIA _____	ONCOLOGIA QUIRURGICA _____	ESPECIALIDADES _____
CIRUGIA DE TORAX _____	MEDICINA DEL ENFERMO _____	ORTOPEDIA Y TRAUMAT. _____	
CIRUGIA GENERAL _____	EN ESTADO CRITICO _____	OTORRINOLARINGOLOGIA _____	
CIRUGIA MAXILOFACIAL _____	MEDICINA DEL TRABAJO _____	PATOLOGIA _____	
CIRUGIA PEDIATRICA _____	MEDICINA INTERNA _____	PEDIATRIA _____	
CIRUGIA PLASTICA _____	MEDICINA LEGAL _____	PROCTOLOGIA _____	
DERMATOLOGIA _____	NEFROLOGIA _____	PSIQUIATRIA _____	

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**EVALUACION DE EFICACIA Y EFICIENCIA**

CONCEPTO	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.

FCAM-12

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA _____
---------------------

EVALUACION DE EFICACIA Y EFICIENCIA
-------------------------------------

PRODUCTIVIDAD						
CONCEPTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**EVALUACION DE EFECTIVIDAD**

NOMBRE DEL PROGRAMA	MES/AÑO:			MES/AÑO:			MES/AÑO:			MES/AÑO:			MES/AÑO:		
	META			META			META			META			META		
	PROG.	LOG.	%	PROG.	LOG.	%	PROG.	LOG.	%	PROG.	LOG.	%	PROG.	LOG.	%

FCAM-14



DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**EVALUACION DE EFECTIVIDAD**

No.	DIAGNOSTICO	PERIODO ACTUAL		PERIODO PREVIO		MISMO PERIODO AÑO PREVIO							
		CONCEPTO		MES:	AÑO:	MES:	AÑO:	MES:	AÑO:				
		MED. FAM.	ESP.	URG.	EGR.	CIR.	DEF.	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**EVALUACION DE EFECTIVIDAD**

No. PROG.	DIAGNOSTICO							AÑO:		AÑO:		AÑO:		AÑO:		AÑO:	
	CONCEPTO							No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	MED. FAM.	<input type="checkbox"/>	ESP.	<input type="checkbox"/>	URG.	<input type="checkbox"/>	EGR.										

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**EVALUACION DE EFECTIVIDAD**

NUMERO	DIAGNOSTICO	EXITO	SEGURIDAD	ALARMA	EPIDEMIA

FCAM-17

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**RESUMEN DE LA EVALUACION DE RECURSOS.  
EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD.**

EVALUACION DE	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO
RECURSOS					
EFICIENCIA					
EFECTIVIDAD					
.Programas Operativos de Salud					
.Morbilidad					
.Mortalidad					
GLOBAL:					

COMENTARIOS:

## Capítulo VIII

### Evaluación de la Oportunidad para la Atención Médica

Dr. Héctor Aguirre Gas  
Dr. José Agustín Díaz López  
Dr. Alfonso Quiñonez Valenzuela  
Dr. Luciano Castro García  
Dr. Jesús Chávez Mayol  
Lic. Alejandra Leviz Cordero  
Lic. Ma. del Pilar Velázquez Chávez

#### Introducción

La oportunidad con que se prestan los servicios constituye un elemento inherente a la calidad con que se otorga la atención médica. De acuerdo con los criterios de calidad propuestos en este documento, no puede aceptarse que exista calidad "suficiente" si no existió la premisa de la oportunidad.

Dependiendo de la magnitud de la falta de oportunidad, puede generarse insatisfacción del usuario, presentación de quejas, riesgo de daño para el paciente e inclusive deterioro del estado de salud, complicaciones o la muerte del mismo.

La oportunidad para que el usuario se presente a recibir la atención que requiere, está determinada de manera significativa por la accesibilidad de sus instalaciones, en función de distancias por recorrer, accidentes geográficos, clima, transportes, recursos económicos, trámites a realizar y otros. Se ha tomado como parámetros de medición el tiempo que transcurre durante el traslado del usuario desde su domicilio hasta la unidad médica, registrado en minutos.

La falta de congruencia entre los recursos disponibles para otorgar atención médica y la demanda de servicios por parte de la población usuaria, bien sea por deficiencia en los primeros o por exceso de la segunda, ocasiona que las agendas de citas se saturen y se retrasen las fechas en que exista disponibilidad para otorgar una atención médica en consulta externa, laboratorios,

gabinetes, hospitalización, cirugía, etc., en detrimento de la satisfacción y seguramente de la salud del usuario. Consideremos como diferimiento al número de días que transcurren desde la fecha en que requiere la atención el paciente, hasta la fecha en que se otorga la cita para recibir algún servicio.

Una causa frecuente de insatisfacción en los usuarios es el tiempo que deben aguardar en las salas de espera para recibir atención, como consecuencia de una demanda excesiva, insuficiente personal o deficiente organización de los servicios. Se considera que el tiempo que debe esperar el usuario para recibir atención a partir de la hora en que el paciente fue citado, es un elemento que debe ser evaluado en minutos como parámetro de calidad de la atención médica y de la satisfacción del usuario (formato CAM-19).

### **Criterios para Evaluar la Oportunidad**

La accesibilidad a los establecimientos de salud se calificará en la forma siguiente:

<b><u>EXCELENTE</u></b>	Cuando es factible tener acceso a los servicios de primero, segundo o tercer nivel en un máximo de 30 minutos.
<b><u>SUFICIENTE</u></b>	Para el primer nivel en un máximo de 60 minutos. Para el segundo nivel en un máximo de 120 minutos. Para el tercer nivel en un máximo de 180 minutos.
<b><u>INSUFICIENTE</u></b>	Cuando supera el tiempo señalado.
<b><u>NOREALIZADO</u></b>	Cuando no se logra el acceso a la unidad de servicio para recibir la atención requerida.
<b><u>INADECUADO</u></b>	Cuando el acceso a la unidad implica riesgos para su salud o calidad de vida.

Diferimiento de la atención: El lapso que transcurre entre la solicitud de la cita para la atención y la fecha en que ésta es otorgada, se calificará como:

<u>EXCELENTE</u>	Cuando se otorga para el mismo día en que se requiere.
<u>SUFICIENTE</u>	Cuando el tiempo que debe transcurrir entre el otorgamiento de la cita y la fecha en que se requería, no implica, riesgo para la salud del paciente pero ocasiona insatisfacción.
<u>INSUFICIENTE</u>	Cuando la demora en la atención por retraso en la cita otorgada implica riesgo para la salud del usuario o conduce a la presentación de una queja.
<u>NO REALIZADO</u>	Cuando no se otorgó la cita.
<u>INADECUADO</u>	Cuando la demora en la atención por diferimiento en el otorgamiento de una cita ocasiona daño para la salud de paciente o la presentación de una queja.

Tiempo de espera en sala, hasta el inicio de la atención, se consideran como:

<u>EXCELENTE</u>	Cuando la consulta se otorga de inmediato en la hora programada o con un máximo de retraso de 15 minutos (excepto urgencias)
<u>SUFICIENTE</u>	Consulta del primer nivel, menos de 30 minutos en consultas programadas y hasta 60 minutos en consultas sin cita. Consultas de segundo y tercer nivel, menos de 30 minutos. Atención de urgencia, de inmediato. Admisión hospitalaria, menos de 30 minutos. Auxiliares de diagnóstico y tratamiento, menos de 30 minutos.
<u>INSUFICIENTE</u>	Cuando supera el tiempo establecido.

<u>NOREALIZADO</u>	Cuando no se otorga la consulta programada o urgente.
<u>INADECUADO</u>	Cuando el tiempo de espera excesivo ocasiona daño para la salud del paciente.



DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

UNIDAD: \_\_\_\_\_  
SERVICIO: \_\_\_\_\_

### EVALUACION DE LA OPORTUNIDAD

<b>ACCESIBILIDAD:</b>  Tiempo de traslado de su domicilio a la Unidad Médica donde requiere atención (minutos). Aplicar encuesta a 25 pacientes.	1 _____ Min.	6 _____ Min.	11 _____ Min.	16 _____ Min.	21 _____ Min.	PROMEDIO
	2 _____ Min.	7 _____ Min.	12 _____ Min.	17 _____ Min.	22 _____ Min.	
	3 _____ Min.	8 _____ Min.	13 _____ Min.	18 _____ Min.	23 _____ Min.	
	4 _____ Min.	9 _____ Min.	14 _____ Min.	19 _____ Min.	24 _____ Min.	
	5 _____ Min.	10 _____ Min.	15 _____ Min.	20 _____ Min.	25 _____ Min.	
	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO	

<b>DIFERIMIENTO:</b>  Tiempo que transcurre desde la fecha en que se requiere una atención y la fecha en que se otorga la cita (días). Verificar cita disponible más próxima en 25 agendas, preferentemente de especialidades diferentes.	1 _____ días	6 _____ días	11 _____ días	16 _____ días	21 _____ días	PROMEDIO
	2 _____ días	7 _____ días	12 _____ días	17 _____ días	22 _____ días	
	3 _____ días	8 _____ días	13 _____ días	18 _____ días	23 _____ días	
	4 _____ días	9 _____ días	14 _____ días	19 _____ días	24 _____ días	
	5 _____ días	10 _____ días	15 _____ días	20 _____ días	25 _____ días	
	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO	

<b>TIEMPOS DE ESPERA:</b>  Tiempo de espera a partir de la hora de la cita o de que se solicita atención hasta que se otorga (minutos). Aplicar encuesta a 25 pacientes.	1 _____ Min.	6 _____ Min.	11 _____ Min.	16 _____ Min.	21 _____ Min.	PROMEDIO
	2 _____ Min.	7 _____ Min.	12 _____ Min.	17 _____ Min.	22 _____ Min.	
	3 _____ Min.	8 _____ Min.	13 _____ Min.	18 _____ Min.	23 _____ Min.	
	4 _____ Min.	9 _____ Min.	14 _____ Min.	19 _____ Min.	24 _____ Min.	
	5 _____ Min.	10 _____ Min.	15 _____ Min.	20 _____ Min.	25 _____ Min.	
	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO	

<b>RESUMEN DE EVALUACION:</b>	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO

## Capítulo IX

### Evaluación de la Calidad de la Atención a través del Expediente Clínico

Dr. José Agustín Díaz López  
Dr. Héctor Aguirre Gas  
Dr. Ricardo Valdivieso Calderón  
Dr. Sergio López Salamanca

#### Introducción

Desde los primeros intentos realizados en nuestro país para conocer la calidad con que se otorga la atención médica, el expediente clínico representó el instrumento fundamental. Numerosas publicaciones han aparecido con carácter normativo en las instituciones de seguridad social y en la Secretaría de Salud (23-29). No menos numerosos trabajos de investigación, han demostrando su utilidad, como instrumento de registro y base fundamental para evaluar la calidad de la atención médica (32-38).

El registro de los antecedentes y del estado actual de un paciente a su ingreso mediante el interrogatorio y exploración, el registro de la evolución que esta información tiene a través del tiempo y como resultado del tratamiento administrado, permitirá hacer los ajustes necesarios que faciliten el camino hacia un diagnóstico correcto y a la determinación de un tratamiento útil. Desde el punto de vista asistencial el expediente clínico es por lo tanto un elemento de indiscutible valor.

Los procedimientos de educación a través de la revisión de los pacientes durante la visita médica, en que el médico encargado del paciente o el jefe de servicio hacen sus comentarios o correcciones a la información asentada en el expediente clínico por el personal becario o de base; la revisión de casos en los diferentes comités médicos, sesiones clínicas, de valoración quirúrgica, anatómico-clínicas o clínico-patológicas, tienen en el expediente clínico un apoyo esencial.

En el análisis de una queja o demanda ante las autoridades institucionales o judiciales, en el expediente clínico pueden encontrarse los elementos necesarios que permitan exculpar a un médico, o su ausencia implicar la carencia de un apoyo importante.

La revisión de expedientes clínicos como elemento indispensable para la realización de trabajos de investigación, representa un apoyo insustituible, especialmente cuando su calidad permite recuperar información y ésta es completa.

En atención a que el motivo de la presente publicación se enfoca a la calidad de la atención, haremos énfasis en las características del expediente que se relacionan con ella. En primera instancia se enfocará la **EVALUACION DEL EXPEDIENTE CLINICO**, en medicina familiar y en hospitales, como un documento que debe contener información completa y correctamente ordenada, con características que permitan, a quien lo consulta, la recuperación de la información para la toma de una decisión médica, el análisis con fines de evaluación a través de los Subcomités Médicos, la realización de actividades de educación, investigación o determinar la calidad con que se está otorgando la atención médica. El órgano responsable de la evaluación del expediente clínico es el Subcomité de Evaluación de la Calidad de la Atención a través del Expediente Clínico dependiente del Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia en las unidades médicas.

En una segunda etapa pasaremos a utilizar la evaluación realizada al expediente clínico a partir de la cual el Subcomité llevará a cabo la **EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION A TRAVES DEL EXPEDIENTE CLINICO**, sobre las bases de atención integral, congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica, capacidad resolutoria y seguimiento de la evolución.

Una vez determinada la calidad con que se otorgó la atención y establecidos los problemas que la afectaron, sus consecuencias sobre el proceso, los resultados de atención y sobre la satisfacción del usuario, señaladas las alternativas de solución y los responsables de su consecución, para pasar a su seguimiento concluiría la responsabilidad del Comité, sin embargo, esta información es el punto de partida para la **EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION POR LOS SUBCOMITES MEDICOS CON APOYO DEL EXPEDIENTE CLINICO**, mediante el análisis de la información que el Subcomité de Evaluación de la Calidad de la Atención a través del Expediente Clínico

generó, siendo ahora utilizada para su análisis por los Subcomités de Tejidos, Mortalidad, Análisis y Evaluación de Quejas y de Detección, Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias según corresponda en unidades de medicina familiar u hospitales (Capítulo XIII de la Cuarta Parte).

Puede considerarse que a través de esta metodología se puede incrementar la eficiencia de los Subcomités, en virtud de que la información obtenida de un solo expediente clínico puede ser motivo para la participación de varios Subcomités, dando además una visión integral de cada caso.

**EVALUACION DEL EXPEDIENTE CLINICO**  
**-MEDICINA FAMILIAR**  
**-HOSPITALES**

## Instructivos

### EVALUACION DEL EXPEDIENTE CLINICO

1. La selección del expediente clínico por evaluar se hará al azar, por tabla de numeros aleatorios, por problema específico: queja, defunción, pieza quirúrgica incongruente con diagnóstico, etc.
2. Requisitar la hoja frontal de la Cédula de Evaluación del Expediente Clínico (Formatos CAM-20 para unidades de medición familiar y CAM-23 para hospitales).
3. Para análisis y calificación del expediente clínico, la Cédula de Evaluación se ha dividido en seis capítulos.
  - I. Organización y presentación del expediente clínico.
  - II. Hoja frontal del expediente clínico.
  - III. Historia Clínica.
  - IV. Notas clínicas.
  - V. Auxiliares de diagnóstico.
  - VI. Terapéutica médica.

Formatos CAM-21 y 22 para unidades de medicina familiar.

Formatos CAM-24 y 29 para hospitales.

Cada capítulo se divide en un número variable de conceptos, que serán evaluados conforme a los siguientes **CRITERIOS**:

**EXCELENTE** El concepto a evaluar reúne todos los requisitos enunciados en el instructivo, la información es completa y en el registro permite recuperar el cien por ciento de su contenido.

**SUFICIENTE** Se omitió el cumplimiento de algunos requisitos del instructivo, sin embargo, es factible recuperar información útil del expediente aun cuando sea con mayor dificultad.

**INSUFICIENTE** No es factible recuperar la totalidad de la información necesaria, por omisión parcial en los registros, desorden, ilegibilidad o falta de pulcritud.

**NOREALIZADO** Se omitió el registro de la información.

**INADECUADO** Registro de información incorrecta en el concepto evaluado, con riesgo de daño para el paciente.

Al final de la Cédula de Registro se encuentra un cuadro de resumen para anotar el porcentaje de respuestas: excelente, suficiente, insuficiente, etc., en cada capítulo (Formatos CAM-22 y 29).

4. Para evaluar los conceptos numerados en cada capítulo de la cédula proceda en la siguiente forma:
  - 4.1 Lea cuidadosamente la descripción que se hace de cada concepto en la Cédula.
  - 4.2 Efectúe la revisión conjunta del expediente clínico con los integrantes del Subcomité de Evaluación del Expediente Clínico.
  - 4.3 Determine por consenso la calificación que se asignará a cada concepto, conforme los criterios para la Evaluación del Expediente Clínico.
  - 4.4 Anote la calificación de cada concepto en la columna correspondiente.
  - 4.5 Describa brevemente en la última columna -observaciones- el motivo por el cual un concepto tuvo baja calificación. Esta columna es de gran importancia porque al final de la evaluación se podrán clasificar los problemas que interfieren con una buena calidad de la atención y dictar las recomendaciones pertinentes.

## **Elaboración de Registros conforme Normas Vigentes, en Unidades de Medicina Familiar y Hospitales**

### **I. CONSIDERACIONES GENERALES**

La verificación de la organización y presentación del expediente clínico conforme a la norma institucional debe incluir tanto en medicina familiar como en hospitales:

- Orden de los formatos.
- Pulcritud.
- Legibilidad.
- Encabezado de los formatos debidamente requisitado.
- Integración de los exámenes de laboratorio, gabinete e informes paraclínicos en orden cronológico.
- Nombre, firma y clave del personal.
- Existencia y presentación de otros formatos.
- Fecha y hora de elaboración de cada uno de los registros.

Todos aquellos documentos administrativos o autorizaciones del paciente y/o familiares que sea conveniente conservar, deberán quedar colocados en el lugar correspondiente de acuerdo a la norma institucional.

1. Orden de las formas impresas. El evaluador debe contar con la norma institucional que mencione el orden de los documentos que integran el expediente clínico, para verificar que el expediente seleccionado conserve ese orden.
2. Pulcritud. Evaluar la presentación general del expediente, integridad de los documentos, ausencia de manchas, tachaduras o borrones, simetría en los documentos glosados y grado de conservación de los formatos del expediente.
3. Legibilidad. Evaluar la facilidad de lectura de las notas médicas, independientemente de que estén escritas a mano, con máquina de escribir o computadora.



4. Encabezado de los formatos. Evaluar el llenado adecuado del encabezado de todos y cada uno de los formatos que integran el expediente clínico de acuerdo a la norma institucional.
5. Exámenes e informes paraclínicos integrados en orden cronológico. Verificar que las solicitudes de exámenes de laboratorio y gabinete, se hayan requisitado conforme a normas institucionales y que los resultados se hayan integrado al expediente en orden cronológico.
6. Nombre, firma y clave de cada participante. Verificar que el personal que participó en la atención del paciente, haya anotado su nombre, firma y clave al final de su informe respectivo.
7. Otros documentos. De acuerdo al caso clínico que se está evaluando, verificar la existencia de documentos administrativos y autorizaciones especiales, entre otros: hoja de balance de líquidos, hoja de control de cetoacidosis, autorización de cirugía, autorización de salpingoclasia o vasectomía, autorización de estudio de investigación, notificación al ministerio público, etc.. Todos estos documentos se deben evaluar conforme a los criterios antes descritos.
8. Consignar fecha y hora de los registros.

Los formatos que integran el expediente clínico deben ser como mínimo.

- Hoja frontal.
- Historia clínica.
- Hojas de evolución.
- Estudios de laboratorio y gabinete.
- Hojas de ordenes médicas.
- Hojas de enfermería (en hospitales).
- Hojas de registros especiales.
- Hojas de referencia y contrarreferencia.

## II. HOJA FRONTAL DEL EXPEDIENTE EN UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR

Deberá contener los datos generales que permitan la identificación sencilla de cada paciente:

9. Nombre.
10. Número de afiliación.
11. Número de consultorio.
12. Domicilio.
13. Datos de alarma. Evaluar el registro de los aspectos trascendentes de conocimiento inmediato como: alergias, diabetes mellitus, etc..

## III. HISTORIA CLINICA EN UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR

En condiciones ideales el cien por ciento de los expedientes de medicina familiar, deberían contar con historia clínica, sin embargo, se puede considerar que este requisito debe exigirse en todos los casos en que el paciente curse con padecimientos crónico degenerativos, que afecten a varios miembros de la familia o condiciones que requieran un seguimiento o control periódico. En aquellos casos en que el expediente contenga únicamente consultas eventuales por padecimientos agudos no relacionados y cuya solución pueda lograrse con un número limitado de consultas, puede obviarse la elaboración de la historia clínica, cuando no sea factible realizarla.

En la identificación de la historia clínica, debe registrarse el nombre completo del paciente, número de afiliación, edad, sexo y fecha de elaboración.

La historia clínica de médicos familiares, debe contener los antecedentes familiares de los padecimientos que afectan a nuestra población con más frecuencia y afectan directamente al ambiente familiar como diabetes mellitus, hipertensión arterial, tuberculosis pulmonar, obesidad, neoplasias, oclusiones arteriales por arteroesclerosis, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica, enfermedad acidopéptica o los relacionados con el padecimiento actual .

**A) INTERROGATORIO**

14. Antecedentes familiares. Evaluar si se interrogó sobre familiares directos, colaterales y convivientes, las disfunciones como consecuencia de problemas psicológicos, toxicomanías o enfermedades existentes en uno o más de sus integrantes.
15. Antecedentes personales no patológicos. Evaluar sobre tabaquismo, alcoholismo, otras toxicomanías así como higiene general, habitación y la actividad física. Los antecedentes de inmunizaciones previas, en particular esquemas completos y la fecha de la última inmunización con cada tipo de vacuna.  
Antecedentes gineco-obstétricos. En pacientes del sexo femenino, el año de la menarca, la periodicidad y la duración de la menstruación, su cantidad y la presencia de dolor menstrual así también la fecha de la última menstruación. Embarazos previos, descripción del mes y año de los partos, duración de cada gestación, peso y condiciones del producto al nacer, la presencia de malformaciones o enfermedades congénitas; en caso de abortos, descripción de existencia de complicaciones y sus consecuencias. Acciones y tipos de planificación llevadas a cabo.
16. Antecedentes personales patológicos. Variaciones en el peso corporal, antecedentes transfusionales, alergias a medicamentos o alimentos, enfermedades padecidas y cirugías a que se ha sometido, descripción en caso de traumatismos craneoencefálicos o fracturas.
17. Padecimiento actual. Indicar el tiempo transcurrido desde el inicio de los primeros síntomas. Referir los síntomas que se relacionan con el padecimiento y con otros aparatos y sistemas, su evolución, la terapéutica empleada y sus resultados. Incluir semiología de los síntomas.

**B) EXPLORACION FISICA**

18. Signos vitales. Pulso, frecuencia respiratoria, temperatura, tensión arterial, peso y talla.

19. Inspección general. Registrar las condiciones que no correspondan con un estado de salud actual.
20. Cabeza. Los reflejos pupilares, movimientos oculares, coloración de las conjuntivas; estado de la mucosa nasal, de los tímpanos, faringe, amígdalas y condiciones de la dentadura.
21. Cuello. La presencia de crecimientos ganglionares o de glándula tiroides, latido carotideo e injurgitación venosa.
22. Tórax. La presencia de "tiro" supraesternal, supraclavicular o intercostal, los ruidos respiratorios y ruidos anormales en los campos pulmonares; la frecuencia cardíaca, la intensidad y el ritmo de los latidos, la existencia de ruidos anormales, soplos o frotos.
23. Abdomen. La forma, volúmen y alteraciones de la superficie como cicatrices, hernias y red venosa; el dolor a la palpación superficial y profunda, su localización, hiperestesia o signo de rebote, la presencia de crecimientos viscerales, tumoraciones o hernias; por percusión confirmar crecimientos viscerales, tumoraciones o presencia de ascitis, exceso de gas intestinal o libre en peritoneo; por auscultación las características de la peristalsis o existencia de soplos.
24. Extremidades. El tono, troficidad, fuerza y estado de la superficie; el volúmen, la coloración y temperatura, presencia de deformidades, pulsos periféricos y dilataciones venosas de los miembros torácicos o pélvicos.

#### IV. NOTAS MEDICAS EN UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR

25. Nota médica, de revisión y actualización. Se describirán los antecedentes y síntomas relacionados con el padecimiento actual, así como datos negativos que se relacionen con el mismo; la exploración física deberá ser congruente con su patología actual debiendo contener datos generales importantes y significativos de la inspección general, pulso, temperatura y tensión arterial; reflejos pupilares, coloración de las conjuntivas, estado de la faringe, adenopatías cervicales, ruidos respi-

ratorios y cardiacos, inspección y palpación del abdomen, presencia o no de edema y estado de los pulsos periféricos. Los resultados de laboratorio y gabinete o de interconsultas deberán comentarse.

La nota debe contener la impresión diagnóstica de probabilidad o certeza, la prescripción incluyendo el nombre del medicamento, su presentación y cantidad del principio activo en caso de ser único; la posología, incluyendo la vía de administración, la cantidad y la periodicidad; indicación de los estudios de laboratorio y gabinete y el pronóstico; en caso de requerirse los datos de la certificación de incapacidad y la fecha de la próxima cita. En las notas de revisión y actualización se resumirá la información contenida en historia clínica y notas previas del expediente, resultados de laboratorio y gabinete, así como del tratamiento.

## **V. NOTAS DE REGISTROS ESPECIALES**

Deberán llenarse conforme a los formatos e instructivos correspondientes a los casos que se requiera y se considere pertinente.

26. Inmunizaciones. Indicando las fechas en que los productos biológico fueron administrados, conforme a los esquemas de vacunación, la vía de administración y en su caso la presentación de reacciones adversas.
27. Detecciones. Que contenga el enunciado de la detección realizada la fecha y el resultado conforme a los programas vigentes.
28. Embarazo. Conforme a su evolución deberá considerarse la fecha de la última menstruación, la fecha probable de parto, las fechas de las consultas prenatales en que se indique los signos y síntomas principales, los padecimientos intercurrentes y en particular la presencia de náusea y vómito, mareos, edema, disnea, cefalea, palpitaciones, evolución del crecimiento uterino, movimientos anormales del producto y expulsión de líquido o sangre por vía vaginal, presencia de dolor abdominal, en genitales; exploración física que incluya: peso, temperatura y tensión arterial; registro de la altura del fondo uterino, del foco fetal, de los movimientos fetales en caso de que la edad de la gestación lo permita.

Deberá de incluir el diagnóstico, pronóstico y fecha de la próxima cita; de requerirse la mención de certificación de la incapacidad y la nota de envío para la atención del parto al hospital que corresponda.

29. Crecimiento y desarrollo del recién nacido. Deberá incluir peso, talla, tipo de alimentación, padecimientos intercurrentes, iniciación de las diferentes etapas del desarrollo psicomotor, dentición y maduración.
30. Atención estomatológica. Evaluar la respuesta a las necesidades de atención, congruencia entre datos clínicos, diagnóstico, tratamiento y pronóstico del aparato estomatognático, programa medicamentoso, posología, vía y tiempo de administración, considerando el uso del odontograma en las aplicaciones tópicas de flúor, odontoplastias, odontectomías y detartrajes.
31. Planificación familiar. Indicación, autorización, descripción de los procedimientos y resultados en los casos de aplicación de métodos anticonceptivos.
32. Estudio Social. Deberá contener los datos generales del paciente y forma de localizarlo en caso necesario, así como la investigación o estudio de la situación de su familia y su entorno, diagnóstico social y plan de tratamiento con su participación y la de su familia, en la prevención, curación y rehabilitación del estado de salud.  
  
Nota Social. Registro de las entrevistas de primera vez y de seguimiento de caso; de intervenciones en problemas de tipo administrativo, jurídico, laboral, familiar y del entorno social del paciente; de acciones de educación para la salud y de la intervención que él y su familia tienen en este aspecto, así como su participación en el tratamiento de padecimientos crónico-degenerativos.
33. Disfunciones familiares. Descripción del problema y de sus causas, que incluya el programa de atención basado en el diagnóstico, manejo y grado de avance, conforme a las normas vigentes.
34. Atención Nutricional. Evaluar a través del registro dietético, el estado nutricional, congruencia entre datos clínicos, diagnóstico, factores socioculturales y económicos que repercuten en la alimentación y

estimación de su ingesta alimentaria con el tratamiento nutricional otorgado a nivel individual y en grupo, así como el seguimiento a la evolución del paciente.

#### **VI. NOTAS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

El expediente deberá contar con copia de los formatos de envío o interconsulta a otras unidades, que deben contener un resumen completo del caso, diagnósticos y motivo del envío, así como los originales de las respuestas de los mismos en orden cronológico.

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR \_\_\_\_\_

**EVALUACION DEL EXPEDIENTE CLINICO  
HOJA DE IDENTIFICACION**

UNIDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ CEDULA: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

FECHA DE INICIACION DEL EXPEDIENTE CLINICO: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y CLAVE DEL MEDICO: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y CLAVE DEL JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO: \_\_\_\_\_

FECHA Y TIPO DE EVALUACION: \_\_\_\_\_

REALIZADO POR: \_\_\_\_\_



DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL A TRAVÉS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**

158

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO	OBSERVACIONES
<b>I. ORGANIZACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL EXPEDIENTE</b>						
1 Ordenamiento de formas impresas						
2 Pulcritud						
3 Legibilidad						
4 Encabezados de los formatos						
5 Exámenes e Inf. paraclínicos en orden						
6 Nombre, firma y clave de los Participantes						
7 Existencia y presentación de otros Formatos						
8 Fecha y hora registradas en anotaciones						
<b>II. HOJA FRONTAL DEL EXPEDIENTE</b>						
9 Nombre						
10 Número de afiliación						
11 Número de consultorio						
12 Domicilio						
13 Datos de alarma						
<b>III. HISTORIA CLÍNICA</b>						
<b>A. INTERROGATORIO</b>						
14 Antecedentes familiares						
15 Antecedentes personales no patológicos						
16 Antecedentes personales patológicos						
17 Padecimiento actual						
<b>B. EXPLORACIÓN FÍSICA</b>						
18 Signos vitales, peso y estatura						
19 Inspección general						
20 Cabeza						
21 Cuello						
22 Tórax						
23 Abdomen						
24 Extremidades						

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL A TRAVÉS  
DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**

159

EVALUACION DEL EXPEDIENTE CLINICO

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO	OBSERVACIONES
<b>IV. NOTAS MEDICAS</b>						
25 De evolución, revisión y actualización						
<b>V. REGISTROS ESPECIALES</b>						
26 Inmunizaciones						
27 Detecciones						
28 Embarazo						
29 Crecimiento y desarrollo del recién nacido						
30 Atención Estomatológica						
31 Planificación Familiar						
32 Trabajo Social Médico						
33 Disfunciones familiares						
34 Atención Nutricional						
<b>VI. NOTAS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA</b>						
<b>CUADRO DE RESUMEN</b>	%	%	%	%	%	
PARTE I						
PARTE II						
PARTE III						
PARTE IV						
PARTE V						
PARTE VI						

## **II. HOJA FRONTAL DEL EXPEDIENTE EN HOSPITALES**

9. Expresión del diagnóstico. Evaluar la anotación cronológica de los diagnósticos de probabilidad y certeza. Verificar la anotación del diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios. En caso de padecimientos crónicos que tengan recaídas, evaluar que se haya anotado el diagnóstico en cada ocasión que se descompensó o complicó. Los diagnósticos estarán precedidos de la fecha en que fueron formulados.
10. Expresión de operaciones y tratamientos. Evaluar que se anotaron en orden cronológico las intervenciones quirúrgicas y tratamientos especiales del paciente como radioterapia, litotripsia, tratamientos rehabilitatorios, hemoterapia, etc.
11. Expresión de complicaciones. Evaluar la mención de las complicaciones de importancia que deben quedar consignadas en la hoja frontal.
12. Codificación clínica. Verificar que las enfermedades y operaciones han sido codificadas de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades.
13. Nombre y clave del médico. Verificar que el médico tratante, el cirujano o quien integró algún diagnóstico hayan anotado su nombre y clave en la hoja frontal del expediente.
14. En caso de pacientes asegurados. Registrar las incapacidades con fecha de inicio y tiempo concedido.

NOTA: Aún cuando la hoja frontal es la primera del expediente clínico, se recomienda que se califique, durante o al final de la revisión y evaluación del expediente clínico.

### III. HISTORIA CLINICA EN HOSPITALES

Es recomendable que se realice a todo usuario que acuda por primera vez a solicitar y recibir atención médica. Todo paciente hospitalizado deberá contar con historia clínica. Se utilizará el formato establecido por la institución. La historia clínica debe ser un documento descriptivo, no se debe interpretar la información proporcionada por el enfermo, ni la del interrogatorio o exploración física. Los datos obtenidos deben escribirse en lenguaje médico a máquina o con letra que permita su lectura fácil por el personal participante en el cuidado del paciente.

Se sugiere no usar abreviaturas y procurar evitar el uso de epónimos que pueden propiciar confuciones. Tanto en interrogatorio como en la exploración física se consignarán los datos positivos y aquellos negativos que sean de interés para la atención del enfermo.

A fin de que exista uniformidad en la evaluación de los datos de una historia clínica, a continuación se citan los principales en relación a cada uno de los aparatos y sistemas, así como los aspectos fundamentales para la exploración física. Los datos que se mencionan, no pretenden ser una revisión exhaustiva como se consigna en un libro de semiología, sino una guía de evaluación.

#### A). INTERROGATORIO.

15. Antecedentes familiares. Evaluar si se interrogó sobre padres, hermanos, cónyuge, hijos, abuelos, colaterales y convivientes, los siguientes antecedentes: sífilis, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), tuberculosis, neoplasias, diabetes, obesidad, hiperlipidemias, cardiopatías, hipertensión arterial, enfisema pulmonar, nefropatías, artritis, hemofilia, alergia, padecimientos mentales o nerviosos. Alcoholismo y toxicomanías. Embarazos de la madre: abortos, partos prematuros, muertes neonatales, deformaciones congénitas, infecciones, intoxicaciones, traumatismos maternos o ingestión de medicamentos durante el embarazo. Causas de defunción y fechas, especialmente fallecimientos a edad temprana y otros.

16. Antecedentes personales no patológicos. Evaluar si se investigaron sobre: higiene general, habitación, alimentación: desayuno, comida y cena, cantidad de líquidos ingeridos, aporte calórico por apreciación, balance en cuanto a ingestión de fibra, picante y condimentos, horario regular o irregular en la toma de sus alimentos. Lugar de nacimiento y de residencia, escolaridad, ocupación anterior y actual, deportes: tipo y frecuencia, tabaquismo, alcoholismo, otras toxicomanías y su magnitud, inmunizaciones: B.C.G., antivariolosa, D.P.T., antipoliomielítica, antisarampionosa, antitifoídica, antirubeola, antiparotiditis; otras pruebas inmunológicas.
17. Antecedentes personales patológicos. Evaluar el interrogatorio sobre fiebres eruptivas, tuberculosis, paludismo, reumatismo, infecciones y parasitosis intestinales, disentería, hemorragias (epistaxis, hemoptisis, rectorragias y melenas), diabetes; neurológicos y psiquiátricos, alergia a alimentos o medicamentos; contacto con enfermos del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o seropositivos. Enfermedades venéreas; flebitis, infarto de miocardio; accidentes vasculares cerebrales; amigdalitis, otitis, adenopatías, úlcera péptica, hepatitis, etc., intervenciones quirúrgicas. Descripción (conforme a la Clasificación Internacional de las Enfermedades), complicaciones y secuelas: indicar lugares y fechas.

Transfusiones. Estudio previo de la sangre, reacciones transfusionales, indicar lugares y fechas.

Traumatismos. Descripción, complicaciones y secuelas, indicar lugares y fechas.

Ginecológicos y Obstétricos. Número de embarazos, peso de los productos, abortos, partos prematuros, mortinatos, embarazos múltiples, malformaciones congénitas, toxemias gravídicas, vida sexual activa, tipo de actividad sexual, utilización de anticonceptivos y su tipo, otras complicaciones.

Antecedentes de tratamientos médicos. Uso previo de corticoesteroides, inmunodepresores, anticoagulantes, intolerancia a medicamentos, atarácicos, laxantes, psicoestimulantes, antiácidos, antirreumáticos y otros.

18. Cronología del padecimiento actual. Evaluar la descripción cronológica del motivo de la consulta. Si se trata de un paciente enviado o se presentó en forma espontánea: unidad de procedencia y motivo de la solicitud de atención.

Cuadro clínico inicial, fecha de comienzo, causa aparente, evolución de cada uno de los síntomas, estado actual de los síntomas. En caso de varios problemas que por su importancia puedan considerarse como padecimiento actual, describirlos por orden de importancia.

19. Semiología del padecimiento actual. Evaluar la semiología de cada síntoma, su descripción y análisis en los componentes del dolor, fiebre, vómito, diarrea, etc..

20. Interrogatorio por aparatos y sistemas. Evaluar la descripción de los síntomas y su relación con el padecimiento actual.

Digestivo. Anorexia, problemas para masticación, pirosis, disfagia, regurgitaciones, sensación de plenitud o de distensión abdominal, dolor abdominal, náusea, vómito, hemorragia del tubo digestivo, hematemesis, melena o presencia de sangre no digerida en heces, con o sin moco, ictericia, frecuencia y caracteres de las evacuaciones, tenesmo, aumento de volumen abdominal y hemorroides.

Respiratorio. Tos, dolor torácico, disnea, cianosis, expectoración y sus características, hemoptisis, vómica, disfonía, obstrucción nasal, secreción nasal, epistaxis, dolor faríngeo.

Cardiocirculatorio. Disnea (con el esfuerzo, con el decúbito o en reposo), dolor precordial, palpitaciones, edema de miembros inferiores, cianosis, lipotimias, colapso, choque, claudicación intermitente, enrojecimiento y palidez, manchas ocreas, presencia de dilataciones venosas, parestesias, disminución o aumento de la temperatura local.

Hemático y Linfático. Astenia, disnea, palidez, hemorragias, púrpura, petequias, equimosis, cianosis, oclusiones vasculares, adenopatía, susceptibilidad aumentada a las infecciones.

Renal y Urinario. Diuresis en 24 horas, número de micciones, caracteres de la micción y de la orina, nicturia, poliuria, oliguria, hematuria, disuria, polaquiuria, fuerza y calibre de chorro del urinario, retención urinaria, incontinencia, edema facial o en miembros inferiores, dolor lumbar, fiebre, escalofrío, dolor cólico en trayecto renoureteral, expulsión de cálculos, estado de prepucio.

Genital. En el hombre: iniciación de la pubertad, desarrollo de caracteres sexuales secundarios, libido, erección, eyaculación, dolor, aumento o disminución de volumen en testículos o epidídimo, escurrimientos anormales por el meato, esterilidad. En la mujer: menarca, ciclo menstrual (regularidad, periodicidad, duración y cantidad, presencia de coágulos); desarrollo de caracteres sexuales secundarios, actividad sexual y tipo; metrorragia, leucorrea, dismenorrea, amenorrea, galactorrea, nódulos mamarios. Fecha de la última menstruación, prurito vulvar, dispareunia, frigidez y datos de climaterio, citología exfoliativa cérvico vaginal; esterilidad e infertilidad.

Endocrino. Acromegalia, campos visuales, exoftalmos, sudoración, temblor, "nerviosidad", relación de la temperatura individual con la del ambiente, cambios de la voz, acné, estado de la piel y las faneras (pelo, vello, uñas); poliuria, polidipsia, polifagia, movilidad o pérdida de órganos dentarios, episodios de acidosis; datos de hipoglicemia (mareo, somnolencia, palidez, diaforesis, astenia, inquietud), taquicardia, bradicardia, susceptibilidad al frío o al calor, humedad, sequedad de la piel, constipación o diarrea, nerviosismo, astenia, calambres, tetania, estatura, evolución de la curva ponderal.

Nutrición. Cambios en el peso corporal, datos de carencias vitamínicas.

Alergia. Asma, rinitis, angioedema, choque anafiláctico, urticaria; hipersensibilidad para sustancias: ingeridas, inyectadas, inhaladas o de contacto. Especial atención a medicamentos, medios de contraste radiológicos y anestésicos locales.

Nervioso. Alteraciones en el nivel de conciencia o afectividad, motilidad, parálisis, paresias, atrofas, hipoestesia, hiperestesia, sensibilidad, dolor, marcha, lenguaje, coordinación de movimientos, ataxia, temblor, convulsiones, cefalea.

Psíquico. Angustia, tensión, personalidad, sueño, irritabilidad, excitabilidad, depresión, ansiedad, memoria, agresividad, síndrome de hiperventilación.

Musculoesquelético. Dolores musculares o articulares, limitación funcional, muscular o articular, fasciculaciones, atrofia, deformaciones articulares, debilidad muscular, grado de calcificación ósea.

Piel y Mucosas. Cambios en la coloración, pigmentación, dermatosis, exantema, lesiones por agentes externos, petequias, manchas, prurito, ardor, estado del vello, tumores, otros. Alteraciones en las uñas, caída del cabello.

Organos de los sentidos. Hipoacusia, hipersensibilidad al ruido, dolor en oído, vértigo, secreción anormal por conductos auditivos; obstrucción nasal y sus caracteres, olfato, dolor facial; alteración de la agudeza visual, displasia ocular, ceguera transitoria, dolor ocular, hiperemia de conjuntivas, exoftalmos, secreción lagrimal. Dolor o ardor faríngeo, disfagia alta, disfonía, sequedad en boca, alteraciones del gusto.

Síntomas generales. Fiebre, escalofrío, diaforesis, astenia, debilidad, cambios en el peso, anorexia, insomnio.

21. Terapéutica. exámenes y diagnósticos previos. Evaluar la descripción de exámenes, diagnósticos y tratamientos previos relacionados con el padecimiento actual, enumeración y fechas y comentar sus resultados.

## B). EXPLORACION FISICA

22. Inspección general. Evaluar si están descritos los siguientes datos: sexo, edad aparente, biotipo, actitud física y psíquica, estado general, integridad, características de la piel y faneras, facies, movimientos anormales, marcha, estado de la conciencia, postura, actitud psicológica frente a la enfermedad y al médico. Olores extraños. Respiración: frecuencia, amplitud y dificultad respiratoria. Características y condiciones de la mano al saludar: temperatura, humedad, consistencia, fuerza.



23. Peso y estatura. Evaluar si esta consignado el peso (real, ideal, habitual) y la estatura.
24. Signos vitales. Evaluar si están consignados el pulso, la respiración, la temperatura y la tensión arterial.
25. Cabeza. Evaluar si están descritos los siguientes datos: forma y volumen del cráneo, fontanelas (en niños), hundimientos, exostosis, nodulaciones, pelo, piel.
26. Ojos. Evaluar la exploración oftalmológica si consigna datos de ictericia, movimientos oculares, conjuntivas, pupilas, reflejos pupilares, córnea, cristalino, fondo de ojo.
27. Oídos, nariz y faringe. Evaluar la exploración otorrinolaringológica si consigna datos de nariz, oídos, faringe, amígdalas, otros.
28. Bucodentomaxilar. Evaluar la exploración bucodental si consigna datos de encías, lengua, órganos dentarios, velo del paladar, glándulas salivales, articulación.
29. Cuello. Evaluar si están descritos los datos sobre dilatación venosa, pulso carotídeo, deformaciones, movilidad, laringe, tráquea, glándula y cartilago tiroides, consistencia y dolor en los músculos, ganglios, tumoraciones, puntos dolorosos. Otros.
- 30 y
31. Tórax y Campos Pulmonares. Caras posterior, laterales y anterior. Inspección de: frecuencia y amplitud de los movimientos respiratorios, dificultad respiratoria, deformaciones. Palpación: transmisión de las vibraciones vocales, nodulaciones. Percusión: zonas de matidez o hiperclaridad. Auscultación: intensidad de los ruidos, estertores crepitantes, roncantes, silbantes, etc., frotos. Otros.
32. Glándulas mamarias. Forma, tamaño, simetría, características de los pezones, estado de la piel, palpación de nodulaciones o tumoraciones (consistencia, movilidad, dolor, fijación de la piel, etc.), dolor, secreciones del pezón; nodulaciones en axilas.

33. Región precordial. Inspección: deformación regional, latido. Palpación: situación del ápex y tipo de choque, vibraciones, frémito, frotamiento, etc. Percusión: forma y dimensiones del área. Auscultación: frecuencia y ritmo, cambios en los ruidos; soplos: caracteres, tiempo, foco, irradiaciones, modificaciones con cambios posturales y con la respiración, etc.
34. Abdomen. Inspección: forma y volumen, características de la piel, circulación colateral, cicatriz umbilical, cicatrices, distribución del vello, hernias. Palpación: dolor a la palpación superficial, a la presión y a la descompresión; vísceras, masas tumorales, contenido del útero grávido, orificios inguinales, umbilical, femorales. Dolor a la palpación profunda en áreas específicas o por cuadrantes. Percusión: áreas hepática y esplénica, ascitis, distribución de gases y líquidos. Auscultación: ruidos intestinales, soplos vasculares, latidos cardíacos fetales, reflejos cutáneos. Otros.
35. Exploración rectal. Fisuras anales y hemorroides externas. Tono del esfínter, paredes y masas rectales. Caracteres de la próstata en el hombre y de los genitales internos en la mujer, cuando sea necesario. Dolor al tacto rectal en general o en áreas específicas. Características del material adherido al guante.
36. Organos genitales. Masculinos: vello pubiano, fimosis, circuncisión, caracteres del pene, testículos: ubicación, forma, tamaño y dolor; epidídimo, cordones y secreción uretral. Femeninos: vello pubiano, secreción de glándulas de Bartholin, himen, datos de la estática pelvigenital: prolapso, cistocele, rectocele; caracteres de la vagina, fondos de saco y órganos genitales internos. Características del material adherido al guante.
37. Extremidades. Piel, faneras, edema, venas y pulsos periféricos, ganglios, articulaciones, huesos, sensibilidad, tono troficidad, fuerza y movilidad, reflejos: rotuliano, aquileo, plantar, etc., hernias, llenado capilar, temperatura. Otros.
38. Columna vertebral. Alineación antero posterior (xifosis, lordosis), lateral (escoliosis), dolor a la presión y percusión; dolor a la presión de masas musculares paravertebrales; dolor a la movilidad.

#### IV. NOTAS CLINICAS EN HOSPITALES

Las notas clínicas registran la evolución del paciente: los comentarios de los síntomas y signos clínicos, su análisis y la integración diagnóstica apoyada con estudios, pruebas, análisis de laboratorio y gabinete y sus comentarios, describiendo además la respuesta al tratamiento y los ajustes que se efectúan al mismo en el transcurso de la atención del enfermo.

##### TIPOS DE NOTAS.

- Inicial.
- Revisión o actualización.
- Evolución.
- Interconsulta.
- Cirugía.
- Anestesia.
- Medicina Preventiva o Subcomité de Infecciones
- Enfermería.
- Trabajo Social.
- Dietología.
- Alta o defunción.

Algunas notas son propias de los servicios de hospitalización y otras de la consulta externa. A continuación se describen los datos que deben contener cada tipo de nota para facilitar su evaluación y para que el contenido de los expedientes clínicos sea similar.

##### NOTA INICIAL

39. Resumen de los datos clínicos . Evaluar que se comente la historia clínica, que existan los datos clínicos suficientes (positivos y negativos) para fundamentar la impresión diagnóstica, incluyendo los datos de laboratorio y gabinete realizados al paciente.
40. Consideraciones diagnósticas. Congruencia con el resumen de los datos clínicos.

41. Programa de estudio. Evaluar que la programación de estudios básicos y especiales de laboratorio o gabinete son los adecuados de acuerdo al o los problemas médicos diagnosticados. Verificar si el orden en que se programaron es el adecuado.
42. Programa de tratamiento. Evaluar el plan de tratamiento de acuerdo a los diagnósticos establecidos y con los resultados de laboratorio o gabinete que se obtengan y que justifiquen un ajuste al tratamiento.
43. Consideraciones pronósticas. Evaluar la descripción del pronóstico en relación con los diagnósticos establecidos. El pronóstico debe considerarse para el órgano, la función y la vida.

#### NOTA DE REVISION O ACTUALIZACION.

44. Del diagnóstico y evolución. Verificar que exista nota de revisión y/o actualización que resuma los datos previos de importancia, por el médico responsable del paciente o del Jefe de Departamento Clínico, rectificando los diagnósticos establecidos previamente y la descripción de cambios en los datos clínicos del paciente relacionados con el estado actual.
45. Del programa de estudio. Verificar que existan consideraciones sobre la continuidad del programa de estudio planeado previamente, el planteamiento de estudios complementarios o un cambio en el plan de estudio del paciente.
46. Interpretación de resultados de laboratorio y gabinete. Evaluar la mención de resultados e interpretación de estudios de laboratorio y gabinete efectuados al paciente.
47. Utilización de interconsulta. Evaluar la necesidad de interconsulta a otros servicios y su fundamentación clínica.
48. Del programa de tratamiento. Evaluar las consideraciones sobre la continuidad, complemento o cambio en el programa terapéutico.

49. De las consideraciones pronósticas. Evaluar las consideraciones sobre el pronóstico del paciente de acuerdo a los datos de actualización clínica.

**NOTA DE EVOLUCION.**

50. Evolución. Evaluar si se consigna de manera breve sin repeticiones innecesarias, la evolución de los síntomas, de los signos, la interpretación de los estudios inmediatos de laboratorio y de gabinete. La aceptación y tolerancia al tratamiento. Verificar si se hace mención a los ajustes en el programa de estudio y tratamiento. Asimismo si se anotan y avalan los nuevos diagnósticos que se establecen, solicitud y fundamentación de las interconsultas.

Citas. Evaluar que la evolución del paciente en la consulta externa, se apega a los lineamientos descritos en el punto previo. Evaluar que las citas tengan la periodicidad que requiere el enfermo.

Obstétrica. Evaluar la descripción y evolución del estado general de la paciente, los datos del trabajo de parto, la altura del útero, la dilatación del cérvix, el estado del producto, tipo de presentación. Evaluar la descripción de los datos clínicos del parto, su tipo, el estado del periné y la vagina, condiciones de la placenta, las membranas y el cordón umbilical, las pérdidas sanguíneas, la anestesia aplicada y la existencia o no de complicaciones. Evaluar la descripción de las condiciones del recién nacido, sexo, peso, talla, Apgar, malformaciones, exploración general y neurológica. En caso de haberse requerido legrado o cesárea, verificar que se describió la indicación y los resultados del procedimiento quirúrgico. En los casos de aplicación de dispositivo intrauterino o salpingoclasia, evaluar indicaciones, autorización, descripción del procedimiento y resultados.

Estomatología. Evaluar la descripción del problema que motivó la consulta en relación con la edad y sexo del paciente, la presencia de enfermedades crónico-degenerativas, tiempo y evolución gestacional, antecedentes anestésicos y alérgicos, estado de la cavidad oral incluyendo lengua, paladar, carrillos, dientes y articulación temporo-mandibular.

Evaluar el correcto registro del Odontograma; descripción y comentarios de los resultados de laboratorio y gabinete que fundamenten el diagnóstico; justificación de la curación, extracción y en su caso la indicación quirúrgica, el procedimiento anéstenico a emplear. Evaluar los resultados del tratamiento, el pronóstico para el órgano dentario, el programa terapéutico medicamentoso, posología, vía y tiempo de administración, congruentes con los diagnósticos establecidos, el seguimiento de la evolución y los ajustes al programa de estudio y tratamiento.

51. De interconsulta. Evaluar que el médico interconsultante anote el encabezado de la nota como interconsulta de la especialidad que se trate. Evaluar la descripción y semiología de los aspectos clínicos relevantes en relación al motivo de la interconsulta, descripción y comentarios de los resultados de laboratorio y gabinete, mención de los diagnósticos y pronósticos, así como el programa de estudio y tratamiento que indique. Evaluar que el interconsultante realice seguimiento de la evolución del paciente en su especialidad.
52. Variación en los diagnósticos. Congruente en la respuesta al tratamiento, evolución clínica, resultados de estudios de laboratorio, gabinete y procedimientos terapéuticos.
53. Variación en el programa de estudio y tratamiento. Congruente con la evolución clínica y variación en los diagnósticos.
54. Variación en el pronóstico. Congruente con la evolución clínica, respuesta al tratamiento, resultados de laboratorio y gabinete y variación en los diagnósticos.

#### NOTA DE CIRUGIA.

55. Preoperatoria. Evaluar que el cirujano describa un resumen de los datos clínicos, de laboratorio y gabinete que fundamenten el diagnóstico, la justificación de la indicación quirúrgica, el diagnóstico diferencial, el tipo de operación por efectuar, la apreciación pronóstica y las indicaciones preoperatorias.

56. Operatoria. Evaluar la descripción de la operación realizada, los hallazgos quirúrgicos, el diagnóstico establecido y las complicaciones o acciones operatorias, el estado del enfermo durante la intervención y al concluirla. Evaluar si se consigna el envío de piezas quirúrgicas a patología y el resultado de los estudios transoperatorios. Registro del pronóstico.
57. Postoperatoria. Corresponde a la primera nota después de la cirugía. Evaluar la descripción del estado clínico del paciente, los resultados de laboratorio y gabinete, los cuidados del paciente en esa etapa y su prescripción médica.

#### NOTA DE ANESTESIA.

58. Preanestesia. Evaluar que el anestesiólogo consigne, antes de la intervención quirúrgica, las condiciones del paciente, los resultados de laboratorio y gabinete, el procedimiento anestésico que piensa aplicar, el riesgo anestésico-quirúrgico y las indicaciones del tratamiento preanestésico.
59. Post-anestesia y alta de recuperación. Evaluar la descripción de la evolución transoperatoria y en la etapa de recuperación respecto al manejo de la anestesia, tolerancia del paciente, acontecimientos imprevistos o complicaciones, tipo y cantidad de líquidos transfundidos, pérdida sanguínea aproximada, medicación administrada, recomendaciones para la etapa de recuperación y condiciones del enfermo al traslado a recuperación y a su cama en hospitalización.

#### NOTA DE MEDICINA PREVENTIVA.

60. Inmunizaciones. Evaluar la descripción de los antecedentes de inmunizaciones recibidas por el paciente, la investigación de enfermedades prevenibles por vacunación, la programación y administración de inmunizaciones.
61. Detecciones. Evaluar de acuerdo a la edad y sexo del paciente, la detección de enfermedades crónico-degenerativas: hipertensión arterial,

detección oportuna de diabetes mellitus, obesidad, síndrome de resistencia a la insulina, detección oportuna de cáncer, desnutrición, hiperlipidemias, etc.

62. Detección, prevención y control de infecciones e infestaciones. Evaluar la descripción de investigación y prevención de infecciones intrahospitalarias y en pacientes externos, infecciones crónicas y parasitosis. Evaluar los comentarios, sobre las medidas preventivas, resultados de laboratorio, análisis de causas de infecciones e infestaciones, tratamiento indicado y medidas de investigación en familiares y contactos.

#### NOTA DE ALTA O DEFUNCIÓN.

- 63 al 73. Resumen de evolución. Evaluar la descripción resumida del problema que motivó el ingreso o atención del paciente, su evolución y estado clínico de egreso o previo a la defunción. Verificar los comentarios de los resultados de estudios paraclínicos y su correlación con el diagnóstico establecido. Evaluar la referencia de las cirugías realizadas, evolución, complicaciones al egreso y recomendaciones. Evaluar las consideraciones pronósticas que se establecieron para el órgano, la función o la vida. Evaluar la mención y fundamentación de los diagnósticos finales, la referencia de problemas pendientes de estudio o por resolver, las interconsultas que deben efectuarse como externo, el programa terapéutico, la dieta y las recomendaciones higiénicas a seguir.

En caso de defunción únicamente se consigna el resumen clínico hasta los diagnósticos finales, causa probable de la muerte y si se efectuó autopsia.

#### V. AUXILIARES DE DIAGNOSTICO EN HOSPITALES

- 74 y 75. Laboratorio. Evaluar la indicación de los exámenes de laboratorio, su frecuencia, la congruencia con el plan de estudio. Evaluar que los resultados estén glosados en orden cronológico, que se registren y se



comenten en las notas médicas y que sean de utilidad en el diagnóstico y tratamiento del paciente.

76 al 81. Imagenología. Evaluar la indicación de los estudios de radiodiagnóstico, ultrasonido, tomografía computada y resonancia magnética, en congruencia con los diagnósticos establecidos, la secuencia de estudio y la necesidad real de un estudio de un mismo problema médico con diferentes métodos de diagnóstico. Evaluar el informe de resultados de los estudios practicados y su utilidad en el diagnóstico y tratamiento del paciente.

82 al 90. Estudios de gabinete. Evaluar la indicación de los estudios de gabinete como la endoscopia, medicina nuclear, electroencefalografía, electromiografía, electrocardiografía, estudios hemodinámicos, otros necesarios en el estudio del paciente para establecer el diagnóstico y su utilidad en el tratamiento.

91 y 92. Anatomía patológica. Evaluar la indicación de estudios citológicos, biopsia o piezas quirúrgicas en relación al plan de estudio establecido, de acuerdo al diagnóstico clínico. Evaluar los resultados de acuerdo al informe de patología, la correlación clínico-patológica y su utilidad en el diagnóstico y tratamiento del paciente.

## **VI. TERAPEUTICA MEDICA EN HOSPITALES**

93 al 96. Medicamentos. Evaluar la indicación de los medicamentos y su congruencia con los diagnósticos establecidos. Evaluar los fármacos indicados, la posología, la vía de administración y el tiempo de administración. Considerar el antagonismo o sinergismo farmacológico.

97 al 102. Soluciones parenterales. Evaluar la indicación, la dosis, la velocidad y tiempo de administración y los medicamentos agregados.

Transfusión sanguínea y sus componentes. Evaluar la indicación de transfusión sanguínea o sus componentes, la cantidad y el manejo en caso de complicaciones o reacciones adversas.

103 al 105. Dieta. En hospitalización evaluar el estado nutricional del paciente. Verificar que la prescripción incluya el requerimiento calórico, horarios, cantidades específicas de nutrientes o líquidos que lo requieran, así como la ingesta real de alimentos y aceptación de la dieta por el paciente, conforme a lo prescrito por el médico. Valorar si el paciente aceptó y toleró bien los alimentos que le fueron servidos.  
En consulta externa, además valorar que exista historia nutricional del paciente, completa y con registro de su evolución.

106 al 108. Cuidados de enfermería. Evaluar la correcta transcripción de medicamentos, dosis, vía de administración, frecuencia, horario y su cumplimiento oportuno según indicación médica.

Medidas asistenciales. Evaluar las acciones de enfermería brindadas al paciente, en base a sus necesidades como: toma y registro de signos vitales, movilización del enfermo, ejercicios respiratorios, cambios de posición, vendaje de miembros inferiores, curación de heridas, cambio de apósito, control de líquidos, cuidados de sondas, aspiración de secreciones, baño de esponja, etc.. En el caso de enfermeras dedicadas a la asistencia materno infantil en los embarazos de evolución normal, el cumplimiento de los procedimientos establecidos, verificados a través de los registros correspondientes.

109 al 118. Otras indicaciones terapéuticas. Evaluar la indicación, de acuerdo a diagnósticos establecidos sobre algunos procedimientos terapéuticos como la quimioterapia, radioterapia, litotripsia, tratamiento con rayo Light Amplification Stimulated Emission Radiation (LASER), tratamiento en medicina física y rehabilitación, fototerapia, indicación de prótesis y órtesis, etc.. Evaluar dosis y número de sesiones programadas según el caso.

119. Estudio Social. Se elabora a solicitud del médico tratante o por la detección de problemática en la entrevista inicial de Trabajo Social, en la participación con el equipo de salud, o para conocer las incidencias para la estadística de una investigación. Contiene los mismos rubros que se especifican en el estudio social de unidades de medicina familiar.

120. Nota Social. Se registran las actividades realizadas con el paciente que presenta problemáticas de tipo administrativo, jurídico, laboral, familiar

y de su entorno social, en acciones de educación para la salud y de la intervención que el paciente y su familia tiene en este aspecto, así como su participación en el tratamiento de padecimientos crónico-degenerativos, en los servicios de consulta externa, urgencias, hospitalización y quirófano.

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

HOSPITAL \_\_\_\_\_

**EVALUACION DEL EXPEDIENTE CLINICO  
HOJA DE IDENTIFICACION**

UNIDAD: \_\_\_\_\_

SERVICIO O DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ENFERMO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ CEDULA: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

DEFUNCION: \_\_\_\_\_

AUTOPSIA: \_\_\_\_\_

FECHA DE INICIACION DEL EXPEDIENTE CLINICO: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y/O CLAVE DEL MEDICO: \_\_\_\_\_

FECHA Y TIPO DE EVALUACION: \_\_\_\_\_

REALIZADO POR: \_\_\_\_\_

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

HOSPITAL \_\_\_\_\_

**ATENCION MEDICA INTEGRAL A TRAVES  
DEL EXPEDIENTE CLINICO**

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO	OBSERVACIONES
<b>I. ORGANIZACION Y PRESENTACION DEL EXPEDIENTE</b>						
1 Ordenamiento de formas impresas						
2 Pulcritud						
3 Legibilidad						
4 Encabezados de los formatos						
5 Exámenes e Inf. paraclínicos en orden						
6 Nombre, firma y clave de los participantes						
7 Existencia y presentación de otros formatos						
8 Fecha y hora registradas en anotaciones						
<b>II. HOJA FRONTAL DEL EXPEDIENTE</b>						
9 Expresión de los diagnósticos						
10 Expresión de operaciones y tratamientos						
11 Expresión de complicaciones						
12 Codificación clínica						
13 Nombre y clave del médico						
14 Registro de incapacidades						
<b>III. HISTORIA CLINICA</b>						
<b>A. INTERROGATORIO</b>						
15 Antecedentes familiares						
16 Antecedentes personales no patológicos						
17 Antecedentes personales patológicos						
18 Cronología del padecimiento actual						
19 Semiología del padecimiento actual						
20 Interrogatorio por aparatos y sistemas						
21 Terapéutica, exámenes y Diagn. previos						

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

HOSPITAL \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL A TRAVÉS  
DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO	OBSERVACIONES
<b>B. EXPLORACIÓN FÍSICA</b>						
22 Inspección general						
23 Peso y estatura						
24 Signos vitales						
25 Cabeza						
26 Ojos						
27 Oídos, nariz y garganta						
28 Bucodentomaxilar						
29 Cuello						
30 Tórax						
31 Campos pulmonares						
32 Glándulas mamarias						
33 Región precordial						
34 Abdomen						
35 Exploración rectal						
36 Organos genitales						
37 Extremidades						
38 Columna vertebral						
<b>IV. NOTAS CLÍNICAS</b>						
<b>INICIAL</b>						
39 Resumen de los datos clínicos						
40 Consideraciones diagnósticas						
41 Programa de estudio						
42 Programa de tratamiento						
43 Consideraciones pronósticas						
<b>DE REVISIÓN O ACTUALIZACIÓN</b>						
44 Del diagnóstico y evolución						

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

HOSPITAL \_\_\_\_\_

**ATENCION MEDICA INTEGRAL A TRAVES  
DEL EXPEDIENTE CLINICO**

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO	OBSERVACIONES
45 Del programa de estudio						
46 Interpretación de result. de lab. y gab.						
47 Utilización de interconsulta						
48 Del programa de tratamiento						
49 De las consideraciones pronósticas						
<b>DE EVOLUCION</b>						
50 Evolución de los signos y síntomas principales						
51 Interconsulta						
52 Variación en los diagnósticos						
53 Variación en el programa de estudio y tratamiento						
54 Variación en el pronóstico						
<b>DE CIRUGIA</b>						
55 Preoperatoria: resumen de los datos clínicos, diagnósticos y tratamiento						
56 Técnicas quirúrgicas: descripción						
57 Postoperatoria: result. de la cirugía						
<b>DE ANESTESIA</b>						
58 Preanestesia: resumen orientado						
59 Postanestesia: descrip. e incidencias						
<b>MEDICINA PREVENTIVA</b>						
60 Inmunizaciones: descripción						
61 Detecciones: descripción						
62 Detección y prevención de infecciones e infestaciones						

CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

HOSPITAL \_\_\_\_\_

**ATENCION MEDICA INTEGRAL A TRAVES  
DEL EXPEDIENTE CLINICO**

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO	OBSERVACIONES
<b>ALTA O DEFUNCION</b>						
63 Resumen de datos clínicos principales						
64 Resumen de evolución						
65 Resumen del tratamiento						
66 Diagnósticos						
67 Pronóstico						
68 Terapéutica a seguir						
69 Recomendaciones						
70 Problemas pendientes de manejo						
71 Causa probable de la muerte						
72 Autopsia						
73 Citas a control						
<b>V. AUXILIARES DE DIAGNOSTICO</b>						
<b>LABORATORIO</b>						
74 Indicación						
75 Informes						
<b>IMAGENOLOGIA</b>						
76 Indicación de radiodiagnóstico						
77 Indicación de ultrasonografía						
78 Indicación de tomografía computada						
79 Indicación de resonancia magnética						
80 Otros						
81 Informes						
<b>ESTUDIOS DE GABINETE</b>						
82 Indicación de endoscopia						
83 Indicación de estudios con radioisótopos						
84 Indicación de electroencefalografía						

FCAM-27



DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

HOSPITAL \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL A TRAVÉS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO	OBSERVACIONES
85 Indicación de electromiografía						
86 Indicación de electrocardiograma						
87 Indicación de hemodinamia						
88 Indicación de otros estudios						
89 Otros						
90 Informes						
<b>ANATOMIA PATOLÓGICA</b>						
91 Indicaciones						
92 Informes						
<b>VI. TERAPÉUTICA MÉDICA</b>						
93 Medicamentos						
94 Posología						
95 Vía de administración						
96 Tiempo de administración						
<b>VIA PARENTERAL</b>						
97 Soluciones indicadas						
98 Dosis prescrita						
99 Transfusión de hemoderivados						
100 Tiempo de administración						
101 Transfusión de sangre total						
102 Complicaciones y tolerancia						
<b>DIETA</b>						
103 Evaluación nutricional del paciente						
104 Congruencia de prescripción con los alimentos proporcionados						
105 Evaluación de la tolerancia a la dieta						

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

HOSPITAL \_\_\_\_\_

**ATENCION MEDICA INTEGRAL A TRAVES  
DEL EXPEDIENTE CLINICO**

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO	OBSERVACIONES
<b>CUIDADOS DE ENFERMERIA</b>						
106 Transcripción de ordenes médicas						
107 Cumplimiento de la terapéutica						
108 Medidas asistenciales						
<b>OTRAS INDICACIONES TERAPEUTICAS</b>						
109 Indicación de quimioterapia						
110 Indicación de radioterapia						
111 Indicación de litotripsia						
112 Indicación de tratamiento con LASER						
113 Indicación de rehabilitación						
114 Indicación de fototerapia						
115 Indicación de prótesis u órtesis						
116 Indicación de otros proced. terapéuticos						
117 Ejecución						
118 Resultados						
<b>TRABAJO SOCIAL MEDICO</b>						
119 Estudio social						
120 Nota social						
<b>CUADRO DE RESUMEN</b>	%	%	%	%	%	
PARTE I						
PARTE II						
PARTE III						
PARTE IV						
PARTE V						
PARTE VI						

**EVALUACION DE LA CALIDAD  
DE LA ATENCION MEDICA  
A TRAVES DEL EXPEDIENTE CLINICO  
EN UNIDADES DE  
MEDICINA FAMILIAR Y HOSPITALES**

## **ASPECTOS A EVALUAR**

### **I. EVALUACION DEL DOCUMENTO**

- Elaboración de los registros conforme a normas vigentes.
- Verificar la integración del expediente, la captación y el registro de información conforme a las normas vigentes.

### **II. PROCESO DE LA ATENCION MEDICA**

- Atención integral.

- Evaluación inicial e integral del caso.

La evaluación de la atención inicial e integral del enfermo, debe efectuarse tanto biológicamente (interrogatorio y exploración física completos), como psicológica y socialmente.

- Ejecución de acciones que se requieren de inmediato.

Se evalúa si de acuerdo a las condiciones, diagnóstico del paciente y criterios del servicio, se realizaron las acciones y procedimientos que se requerían de inmediato, tanto a nivel médico como en relación a solicitudes de exámenes de laboratorio y gabinete, rutinario o de urgencias.

- Establecimiento oportuno del diagnóstico.

Se evalúa de acuerdo a los datos clínicos y paraclínicos, así como la evolución del paciente, que los diagnósticos que se establecen se fundamentan adecuadamente. La interpretación de los datos captados en el expediente clínico permite establecer diagnósticos sintomáticos, sindromáticos y nosológicos, de probabilidad y de seguridad.

- Elaboración y cumplimiento oportuno del programa de estudio y tratamiento.

Se evalúa que cada paciente ambulatorio y hospitalizado, cuente con un programa de estudio y tratamiento congruente con los datos clínicos registrados en el expediente clínico y factible de realizarse con los recursos disponibles. Evaluar si las indicaciones se cumplieron conforme a lo programado, por el personal médico y de enfermería del servicio, así como por el personal que involucra a otros servicios en la atención del paciente.

En cuanto a programación de estudios, evaluar si el médico tratante indicó los estudios requeridos de acuerdo a lo programado y en fechas congruentes con las posibilidades de su realización. Si las citas correspondientes se tramitaron adecuadamente y si los servicios auxiliares de diagnóstico las otorgan oportunamente; si enfermería cumplió adecuadamente con las indicaciones de preparación y envío del paciente. Todo con el objetivo de contribuir al estudio completo del paciente en el menor tiempo posible.

En los hospitales, la programación quirúrgica como parte del programa de estudio y tratamiento, según el caso, se evalúa si se estableció oportunamente, si existen los estudios e interconsultas especializadas preoperatorias y con la valoración anestésica oportuna y previa al acto quirúrgico.

- Informe oportuno al paciente y sus familiares.

Evaluar que el médico informe al paciente y familiares sobre procedimientos realizados en caso de urgencia o cirugía, sobre su estado de salud y el plan de estudio y tratamiento y si mantuvo la información sobre la evolución del caso.

La información oportuna al paciente y familiares se puede encontrar consignada en cualquiera de las notas médicas, aunque no necesariamente en todas.

- Prevención, detección oportuna y manejo adecuado de las complicaciones.

Se evalúa la previsión de posibles complicaciones en la evolución de los casos. Su detección oportuna en caso de no haber sido previsible y su manejo correcto cuando se hayan presentado. Ejemplo: las infecciones hospitalarias y las escaras de decúbito en hospitales.

- Prevención de secuelas o rehabilitación de las mismas.

Se evalúa la prevención que se hizo de las secuelas susceptibles de presentarse en un padecimiento y su manejo oportuno, que en lo posible permita limitar el daño o evitar daños permanentes, así como la indicación de los procedimientos rehabilitatorios inmediatos y a largo plazo.

- Congruencia.

Se refiere a la concordancia que existe entre el cuadro clínico, el diagnóstico y el tratamiento del paciente, desde la primera atención hasta la solución del problema médico que motivó la atención.

La evaluación de la congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica, se califica con los criterios descritos previamente como excelente, suficiente, insuficiente, no realizado e inadecuado. En la aplicación de estos criterios, el Subcomité de Evaluación del Expediente Clínico, utilizará con juicio crítico el conocimiento científico y la experiencia clínica para dar la calificación apropiada en cada uno de los cuatro conceptos que se mencionan a continuación.

- Congruencia entre el interrogatorio y la exploración física.

Partiendo de la base de un interrogatorio correctamente realizado, evaluar si la exploración física realizada fue completa y congruente con los datos del interrogatorio.

- Congruencia entre los datos clínicos y paraclínicos disponibles y el diagnóstico establecido.

La apreciación correcta debe evaluar, si existen los datos suficientes para establecer un diagnóstico, si se establecieron los diagnósticos correctos, si hay un análisis de diagnóstico diferencial del cuadro clínico,

o si existiendo datos clínicos faltó anotar algún diagnóstico principal o secundario. Si ya existen resultados de laboratorio y gabinete, verificar su análisis, descripción en las notas médicas y su utilización para integrar el diagnóstico.

- Congruencia entre diagnóstico establecido y el plan de estudio.

Evaluar la congruencia del plan de estudio del paciente con el problema médico que se presenta. En este capítulo se analiza la pertinencia de los estudios indicados, la secuencia en que se han indicado y el exceso o déficit de los mismos. La glosa adecuada de los informes en orden cronológico y la utilidad que tuvieron en el caso estudiado. Finalmente de acuerdo a los resultados, evaluar la indicación o no de cambios en el plan de estudio del paciente.

- Congruencia entre el diagnóstico establecido con el plan de tratamiento.

Evaluar que el plan de tratamiento esté de acuerdo al problema médico que presenta el paciente. Valorar la oportunidad en la indicación del tratamiento, el tipo de dieta, los medicamentos prescritos, dosis, vía y tiempo de administración. Valorar si se efectúan ajustes al tratamiento de acuerdo a evolución, resultados de estudios efectuados, fenómenos de sinergismo o antagonismo medicamentoso, edad del paciente o problemas renales o hepáticos que ameriten modificar las dosis terapéuticas.

#### - Seguimiento de la Evolución

- Evaluar que al paciente en consulta externa de medicina familiar o especialidades se le otorguen las citas con la frecuencia que se requiera y al paciente hospitalizado se le visite cuando menos una vez al día o cuantas veces se requiera, a fin de enterarse de los cambios en sus síntomas y signos tan pronto se produzcan; evaluar si se efectúan los ajustes necesarios al programa de estudio y tratamiento con la frecuencia y oportunidad que el caso lo requiera.
- Evaluar si en el proceso de la atención queda patente la adecuada participación de los diferentes elementos que intervienen en el mismo, así como el cumplimiento de las acciones que a cada uno competen, a

fin de lograr los resultados óptimos en función de la salud y en el menor tiempo posible.

- Evaluar el registro del pronóstico para la función y para la vida del paciente.

### III. RESULTADOS DE LA ATENCION MEDICA.

Dentro de la evaluación de resultados, la capacidad resolutive del servicio médico incluye dos aspectos: la oportunidad en la solución del problema que motivó la atención y las condiciones de salud del paciente a su egreso o alta.

- Oportunidad en la solución del problema que motivó la atención.

Determinar la oportunidad de tratamiento en términos de salud: a través del logro de curación, mejoría o control del problema médico, en función del objetivo de la atención.

- Condiciones del paciente hospitalizado al egreso.

Evaluar si durante la atención del paciente en consulta externa de medicina familiar o especialidades y en hospitalización, se logró la solución total o parcial del problema que motivó la atención: curación, control, mejoría o paliación, conforme al padecimiento existente y propósito de la atención.

Señalar si como consecuencia de la realización de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos indicados, se ocasionaron daños físicos, funcionales o psicológicos al paciente.

Si hubo daño, tomar en cuenta si éste era previsible o prevenible.

Evaluar si las secuelas esperadas de un padecimiento se previeron y se previnieron, disminuyéndose, si fueron las esperadas o si hubo consecuencia desfavorable por falta de previsión o prevención. La evaluación de estas secuelas se hará en la esfera física y en la esfera psicosocial.



#### **IV. PLANA SEGUIR**

Evaluar si se informó al paciente acerca de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos llevados a cabo y sus resultados, los diagnósticos establecidos y los problemas pendientes de resolver, las recomendaciones de cuidados a seguir y el otorgamiento correcto de las incapacidades.

La misma información se debe generar por escrito, conforme los procedimientos de referencia o contrarreferencia dirigida al personal médico que continuará la atención.

Finalmente evaluar si se cuenta con programas para la vigilancia periódica a mediano o largo plazo, de algunos pacientes cuyos padecimientos no fueron resueltos totalmente, que pudieran tener complicaciones o evolución desfavorable a largo plazo o en quienes se desconoce su posible evolución.

#### **CRITERIOS PARA ASIGNACION DE JUICIOS DE VALOR**

Una vez concluída la evaluación documental del expediente clínico y obtenidos los resultados correspondientes, se procederá a requisitar la cédula de "Evaluación de Calidad a través del Expediente Clínico" (formato CAM-30), conforme a los criterios que se describen a continuación:

##### **I. ASPECTOS INHERENTES AL EXPEDIENTE CLINICO**

- Requisitos formales del expediente clínico.
- Captación y registro de información.

##### **II. PROCESO DE LA ATENCION MEDICA**

- Atención integral
- Congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica.
- Seguimiento de la evolución y pronóstico.

### III. RESULTADOS DE LA ATENCION MEDICA

- Capacidad resolutive.

### IV. PLANA A SEGUIR

- Información de los resultados de la atención, pronóstico, recomendaciones e incapacidades.

En la evaluación de los requisitos formales del expediente clínico, se deben verificar los siguientes puntos:

1. Los documentos se encuentran en el orden establecido.
2. Los registros son pulcros y legibles para recuperar información de ellos.
3. Los documentos están identificados con el nombre y número de afiliación del paciente.
4. En los documentos están identificados los diferentes tipos de registros (nota de revisión, nota de evolución, nota preoperatoria, etc.), se consigna en ellos la fecha y hora en que registraron las anotaciones y están en el orden secuencial correspondiente a cada tipo de documento.
5. Los documentos contienen el nombre, matrícula y firma de quienes elaboraron y se responsabilizan de la información registrada.

Se calificarán como:

EXCELENTE Si reúne los cinco requisitos enunciados.

SUFICIENTE Si no se cumple con el punto 1 o el punto 2 se cumple parcialmente.

INSUFICIENTE Si no se cumple con alguno de los puntos del 3 al 5.

NOREALIZADO Cuando no se cumple el punto 2.

INADECUADO Cuando se omitió incluir documentos relevantes para la atención del paciente.

Evaluación de la captación y registro de información:

Deben incluirse los siguientes aspectos:

1. Registro preciso y completo de antecedentes en hospitales y congruente con el padecimiento en medicina familiar.
2. Registro correcto, completo y con semiología de los síntomas actuales, así como de los formatos especiales o gráficas vigentes.
3. Registro detallado y completo de los datos de exploración física, en forma congruente con los síntomas.
4. Registro e interpretación de los resultados de laboratorio y gabinete.
5. Registro de los diagnósticos.
6. Registro de los programas de estudio y tratamiento.
7. Registro del pronóstico.
8. Registro de la evolución de los signos y síntomas.
9. Registro de los resultados y evolución del paciente con referencia a los procedimientos terapéuticos realizados.
10. Registro correcto y completo de las órdenes médicas.

Se calificará como:

- EXCELENTE** Cuando los registros del expediente clínico estén completos y se realizaron conforme a las normas vigentes y representen una transcripción fiel de los hechos.
- SUFICIENTE** Cuando los registros tienen deficiencias que no repercuten en la correcta realización del acto médico.
- INSUFICIENTE** Cuando los registros tienen deficiencias que trascienden en deterioro de la calidad de la atención médica.
- NOREALIZADO** Cuando se omiten registros necesarios para la atención del paciente.
- INADECUADO** Cuando los registros consignan información incorrecta en detrimento de la calidad de la atención al paciente.

La evaluación de la atención integral al paciente a través del expediente clínico:

Se llevará a cabo mediante la aplicación de los siguientes criterios:

1. Valoración inicial del caso en forma oportuna, completa y congruente con el problema de salud del paciente.
2. Proposición o establecimiento de un diagnóstico: de probabilidad o certeza, sintomático, sindromático, nosológico, etiológico o integral y de un pronóstico congruente con los datos clínicos de la valoración médica.
3. Establecimiento y ejecución de un programa de estudio y tratamiento.
4. Evaluación clínica permanente de los resultados del tratamiento administrado y de los estudios de laboratorio y gabinete realizados, con ratificación, ajuste o rectificación del diagnóstico, de los programas de estudio y/o tratamiento y del pronóstico.

5. Prevención, identificación y tratamiento oportuno de secuelas y complicaciones.
6. Comunicación permanente con el paciente y/o con sus familiares, para informar sobre el estado vigente del diagnóstico, programas de estudio, tratamiento y del pronóstico, con evaluación continua de la satisfacción de sus necesidades y expectativas.

La atención integral se calificará conforme a los siguientes parámetros:

**EXCELENTE** Cuando se cumpla con los puntos 1 al 6.

**SUFICIENTE** Cuando se llevan a cabo los puntos del 1 al 5.

**INSUFICIENTE** Cuando únicamente se cumpla con los puntos del 1 al 3.

**NOREALIZADO** Cuando se omitió alguno de los puntos del 1 al 3, originando que no pudiera considerarse como atención integral.

**INADECUADO** Cuando como consecuencia de una atención que no reunió las características de integridad, se obtuvieron resultados de la atención con daño para la salud del paciente.

**Evaluación de la congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica:**

Los criterios para tomar en consideración en la evaluación de la congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica son:

1. Congruencia entre los síntomas captados y registrados con la exploración física realizada.
2. Congruencia entre los signos y síntomas captados y registrados con los diagnósticos establecidos.
3. Congruencia entre los diagnósticos establecidos y los programas de estudio y tratamiento.

4. Congruencia entre los diagnósticos establecidos y el pronóstico propuesto.

Se califican como:

**EXCELENTE** Cuando a través de las acciones realizadas y utilización de los recursos disponibles, exista congruencia entre el cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento y pronóstico (puntos 1 al 4).

**SUFICIENTE** Cuando exista congruencia entre el cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento con incongruencia en el pronóstico (puntos 1 al 3).

**INSUFICIENTE** La incongruencia entre el cuadro clínico y el diagnóstico entre éste y el tratamiento es parcial, llevando a un programa terapéutico que no satisface todas las necesidades de salud del paciente (cumplimiento parcial de los puntos 2 o 3).

**NOREALIZADO** Como consecuencia de un análisis incorrecto de la información, no se establece un diagnóstico y un tratamiento correcto (no cumple con los puntos 2 y 3).

**INADECUADO** Como consecuencia de un análisis incorrecto del cuadro clínico se establece un diagnóstico o un tratamiento que daña la salud del paciente (puntos 1 al 3 incorrectos).

**Evaluación del seguimiento de la evolución:**

Debe cumplirse con los siguientes puntos:

1. Registro de las modificaciones que ocurren en los signos y síntomas como parte de la evolución natural del padecimiento.
2. Registro de las modificaciones en signos y síntomas como consecuencia del tratamiento administrado o procedimientos terapéuticos realizados.

3. Registro de las modificaciones necesarias en los diagnósticos como consecuencia de los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete.
4. Registro de las modificaciones necesarias, al programa de estudio y tratamiento como resultado de las modificaciones en los diagnósticos.
5. Registro de las modificaciones al pronóstico.

Se calificará como:

**EXCELENTE** Cuando se registren modificaciones en signos y síntomas, en los diagnósticos, en el programa de estudio y tratamiento y en el pronóstico (puntos 1 al 5).

**SUFICIENTE** Cuando se omite registrar únicamente las modificaciones en el pronóstico (punto 5).

**INSUFICIENTE** Cuando se omita el registro de modificaciones en el programa de estudio y tratamiento y en el pronóstico (puntos 4 y 5).

**NOREALIZADO** Cuando se omite registrar las modificaciones en signos y síntomas o diagnósticos.

**INADECUADO** Cuando como consecuencia de una omisión en el registro de los signos, síntomas, diagnósticos o tratamiento se afecte la salud o la calidad de vida del paciente, como resultado de secuelas, complicaciones o defunción.

**Los criterios para evaluar la capacidad resolutive, a través del expediente clínico incluye los siguientes puntos y juicios de valor:**

1. La solución del problema de salud a través de la curación del padecimiento o el control de un padecimiento no curable (ejemplo: diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc.), la mejoría en un padecimiento no controlable

(insuficiencia renal crónica, leucemia, etc.), o la paliación cuando se está fuera de todo tratamiento, en congruencia con el objetivo de la atención.

2. Oportunidad en la solución del problema de salud.
3. La mejoría en el nivel de salud que permite la reincorporación del paciente a su ambiente familiar o laboral.
4. Presentación de queja procedente.
5. La referencia del paciente a otra unidad de atención médica.
6. La existencia de complicaciones, secuelas no justificables o muerte del paciente.

**EXCELENTE** Solución o control oportuno del problema de salud que dio lugar a la atención (punto 1 y 2).

**SUFICIENTE** Mejoría en la salud o control parcial del proceso patológico que dió lugar a la atención, ausencia de complicaciones, secuelas prevenibles o quejas (punto 3).

**INSUFICIENTE** Referencia del paciente a otra unidad médica, para atención de su problema de salud o presentación de una queja procedente (puntos 4 y 5).

**NOREALIZADO** No existió solución parcial o total del problema de salud del paciente (omisión de los puntos 1, 2, 3 y 4).

**INADECUADO** Como consecuencia de la atención, se dió lugar a complicaciones o secuelas que deterioran la salud, la calidad de vida del paciente o lo condujeron a la muerte (punto 4).

**Plan a seguir:**

La evaluación del plan a seguir pretende garantizar la continuidad del proceso de atención a nivel de unidades médicas a donde se refiere o contrarrefiere al



paciente o en su domicilio. Se tomarán en cuenta en la nota de traslado los siguientes elementos para determinar los criterios de evaluación:

1. Resumen clínico que incluya datos de interrogatorio y exploración relevantes, estudios paraclínicos y sus resultados, así como la evolución y la terapéutica empleada.
2. Integración de diagnósticos y pronóstico en cuanto a la función y la vida.
3. Mención de las indicaciones terapéuticas a seguir, especificando dosis, vía y tiempo de administración, tipo de dieta, calorías y descripción de las medidas higiénicas a seguir con el paciente.
4. Referencia de los problemas médicos pendientes de estudio, tratamiento o rehabilitación.
5. En los casos que se requiera señalar el otorgamiento de las incapacidades correspondientes, recomendando acerca de la necesidad de continuar expidiéndolas.

Se calificará como:

- EXCELENTE** Cuando se cumplen los 5 puntos descritos.
- SUFICIENTE** Cuando se cumplen los puntos 2 al 5 de los descritos.
- INSUFICIENTE** Cuando falta alguno de los puntos del 2 al 5.
- NOREALIZADO** Cuando no se elaboró nota de envío o de traslado del paciente.
- INADECUADO** Cuando el informe se elaboró incorrectamente o existió falta de información que determinó daño para la salud o calidad de vida del paciente.

DIA                                  MES                                  AÑO

HOJA

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION  
A TRAVES DEL EXPEDIENTE CLINICO**

**CEDULA DE REGISTRO**

EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO

**I EVALUACION DEL DOCUMENTO**

- Requisitos formales
- Captación y registro de la información

**II PROCESO DE LA ATENCION MEDICA**

- Atención integral
- Congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica
- Seguimiento de la evolución y pronóstico

**III RESULTADOS DE LA ATENCION MEDICA**

- Capacidad resolutive

**IV PLAN A SEGUIR**

- Información de los resultados de la atención, recomendaciones e incapacidades

## Capítulo X

### Evaluación de la Educación y de la Investigación Médica

Dr. Gonzalo Gutiérrez Trujillo  
Dr. Héctor Aguirre Gas  
Dr. Miguel Silva Martínez  
Dr. Luciano Castro García  
Dr. José Agustín Díaz López  
Lic. Alejandra Leviz Cordero  
Lic. Ma. del Pilar Velázquez Chávez

#### A) EDUCACION MEDICA

##### Introducción

Las actividades de educación en las unidades médicas están consideradas como un elemento indispensable, que permite mantener el nivel de calidad y actualización en los conocimientos vigentes de la medicina, tanto para el que la recibe como para el que la otorga.

Las actividades de educación y capacitación en las unidades médicas deben incluir tres programas esenciales integrados en forma armónica: capacitación y actualización permanente del personal que labora en la unidad, la educación médica y capacitación que se otorga a personal externo que asiste a la unidad, como parte de programas de cursos de pregrado, postgrado, capacitación, adiestramiento, etc., y los eventos abiertos para personal de otras instituciones.

Se considera que existen dos elementos de educación médica que deben estar ligados en forma indisoluble a todas las unidades médicas, independientemente de la institución de que se trata o del nivel de atención:

- Inducción y capacitación para el puesto que se va a desempeñar.
- Actualización permanente de los trabajadores.

La inducción al puesto debe ser un elemento indispensable para cualquier trabajador de la salud, previo al inicio de las actividades inherentes a su puesto, a fin de garantizar el desempeño de sus funciones con el nivel de competencia y calidad requeridos.

La actualización permanente de los trabajadores, debe incluir en forma sistematizada: la asistencia a cursos, congresos, sesiones académicas, de revisión bibliográfica y la programación de cursos de adiestramiento en servicio, tanto en aspectos generales de la práctica médica o paramédica, como específicos de la actividad que se desempeña.

Sin la existencia de estos elementos como requisitos indispensables, no puede hablarse de capacidad para la prestación de los servicios médicos o paramédicos con calidad.

La formación y desarrollo de personal médico, paramédico y técnico, a través de educación médica tutelar, capacitación en servicio, cursos de carreras técnicas, cursos post-básicos, licenciaturas, especialización, maestrías o doctorados, permiten formar personal de salud capaces de mantener y desarrollar los conocimientos, el nivel de calidad de los trabajadores de la salud y redundarán en una atención de más alta calidad a los pacientes.

Los eventos académicos que desarrollen las unidades médicas en sus diferentes áreas, permitirán compartir los conocimientos alcanzados con personal de otras unidades médicas y así su difusión en el ámbito institucional o nacional.

### **Evaluación de la Educación Médica**

La educación médica en las unidades médicas incluye tres grandes rubros:

1. Inducción y capacitación para el puesto que se va a desempeñar para el personal médico, paramédico, técnico o administrativo de nuevo ingreso, continuando en forma secuencial con el programa para la actualización y capacitación permanente al personal médico, paramédico, técnico y administrativo de la propia unidad médica, que le permita desempeñar sus actividades con calidad y eficiencia.

2. Programa para la formación de recursos humanos a nivel técnico, licenciatura, especialización, maestría y doctorado para personal médico, paramédico o técnico, de la propia o de otras unidades médicas o instituciones.
3. Actividades de difusión a través de eventos académicos y cursos, otorgados por personal de la unidad, para personal médico, paramédico o técnico, de la propia o de otras unidades médicas o instituciones.

Los procedimientos de educación médica se llevarán a cabo utilizando la técnica que se considere más apropiada para cada caso, incluyendo:

- Educación médica tutelar.
- Adiestramiento en servicio.
- Revisión de casos clínicos.
- Sesiones anatomoclínicas.
- Revisión bibliográfica relacionada con los casos clínicos en estudio.
- Sesiones de revisión bibliográfica.
- Participación en Subcomités Médicos de Evaluación de la Calidad de la Atención a través del Expediente Clínico, Tejidos, Mortalidad, Prevención, Detección y Control de Infecciones Hospitalarias o de Investigación.
- Conferencias.
- Cursos.

Los parámetros que se tomarán en cuenta para acreditar las actividades de educación de las unidades médicas son:

1. Acreditar las actividades de inducción al puesto, capacitación y actualización permanente de los trabajadores.
2. Acreditar que los programas de educación médica, cursos y eventos académicos, guarden congruencia con el nivel de atención y los recursos disponibles.
3. Acreditar las actividades de difusión.

### **CRITERIOS DE ACREDITACION DE EDUCACION MEDICA**

<u>EXCELENTE</u>	Cuando se acreditan los puntos 1, 2 y 3.
<u>SUFICIENTE</u>	Cuando se acredita el punto 1, el punto 2 parcialmente, en congruencia con la disponibilidad de recursos.
<u>INSUFICIENTE</u>	Cumplimiento parcial del punto 1 o del punto 2 en una proporción por abajo de la disponibilidad de recursos.
<u>NOREALIZADO</u>	Cuando no se acredite el punto 1.
<u>INADECUADO</u>	Cuando se realicen programas de educación médica, cursos o eventos académicos no registrados, no autorizados o que no se acrediten por no haber cumplido con sus actividades o logro de objetivos, implicando gastos o disposición de tiempo laborable sin justificación.

### **ACREDITACION DE LA INDUCCION Y CAPACITACION PARA EL PUESTO**

La inducción al puesto para el personal de nuevo ingreso a un determinado servicio o unidad médica, queda bajo la responsabilidad del jefe inmediato

superior a través de proporcionar al nuevo trabajador la información relativa al servicio y a las actividades por desarrollar, en caso necesario la revisión comentada de la documentación o la realización de talleres.

En caso de que para la realización de las actividades inherentes al puesto por desempeñar, en función de su complejidad o alta especialización, se requiera una capacitación específica, el jefe inmediato superior estructurará el programa correspondiente de capacitación y la metodología de evaluación técnica apropiada, que permita garantizar el correcto desempeño de sus actividades. Cuando a través de la evaluación técnica o de los resultados del desempeño del personal médico, paramédico o técnico. En caso que se determine que éste carece de suficiente capacidad para la realización de su trabajo, se le incluirá dentro del programa de capacitación y evaluación que corresponda.

Los parámetros a tomar en cuenta para acreditar la inducción al puesto y la capacitación para la realización de las actividades específicas son:

1. Conocimientos de las instalaciones, recursos físicos, tecnológicos e insumos para la realización de las actividades inherentes al puesto.
2. Conocimiento de las normas institucionales, normas de funcionamiento del servicio y de operación de los equipos, para el correcto desempeño de sus actividades.
3. Conocimientos profesionales o técnicos vigentes y habilidades para la realización de sus actividades con calidad y eficiencia.
4. Actitud positiva para el desempeño de sus funciones y actividades en relación al usuario, a sus compañeros de trabajo y hacia la institución.

**CRITERIOS PARA ACREDITAR LA INDUCCION Y LA CAPACITACION PARA EL PUESTO**

<u>EXCELENTE</u>	Cuando se cumplan los puntos 1 al 4.
<u>SUFICIENTE</u>	Cuando se cumplen los puntos 1,2, 3 y es necesario mejorar el desempeño en el punto 4 a través de la realización cotidiana de sus actividades, motivación y capacitación.
<u>INSUFICIENTE</u>	Se requiere incluir al trabajador en un programa de capacitación para el correcto desempeño de sus actividades por incumplimiento de uno o varios de los puntos del 1 al 3.
<u>NOREALIZADO</u>	Cuando a pesar de la capacitación otorgada al trabajador, no es capaz de cumplir con todos los puntos.
<u>INADECUADO</u>	Cuando a pesar de la capacitación otorgada el trabajador no desempeña correctamente sus actividades por incumplimiento de alguno de los puntos del 1 al 4 con actitud negativa hacia el trabajo, el servicio o la institución, que pueda repercutir en daño hacia los pacientes o del patrimonio Institucional.

A cada trabajador se asignará una calificación E.S.I.N.I., congruente con los criterios previos. En el cuadro de resumen se sumarán las calificaciones obtenidas en cada grado de puntuación y se registrará su por ciento en relación al total. Por ejemplo, en un total de 25 trabajadores, 5 obtuvieron "Excelente", correspondiendo al 20 %; 15 obtuvieron "Suficiente", correspondiendo al 60 %, etc., (formato CAM-31).



## **CRITERIOS PARA ACREDITAR LA ACTUALIZACION PERMANENTE DE LOS TRABAJADORES**

Cada unidad médica tanto del sector público como privadas, tiene la responsabilidad de garantizar a sus usuarios la capacitación y actualización permanente del personal médico, paramédico y técnico. Para tal efecto debe contarse con un programa que facilite integrar en un sistema único las actividades que permitan al personal actualizar sus conocimientos y habilidades, tanto en aspectos generales de la atención médica como específicos de la actividad que desempeñan.

Las actividades a considerar para integrar un programa de actualización tanto en aspectos generales como específicos de la atención médica son:

- Asistencia y participación en las sesiones formales de los servicios.
- Asistencia a las sesiones generales de la unidad.
- Presentación de trabajos en las sesiones generales de la unidad.
- Asistencia a congresos relacionados con el trabajo que se desempeña.
- Presentación de trabajos en congresos con memorias.
- Presentación de trabajos en asociaciones médicas registradas.
- Asistencia y acreditación de cursos autorizados por las autoridades correspondientes, relacionados con el trabajo que se desempeña.
- Acreditación de cursos formales de actualización.
- Certificación por el consejo de especialidad correspondiente.
- Realización de actividades docentes.
- Participación en el Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Unidad Médica o en alguno de los Subcomités.

Se presenta un modelo de acreditación para el personal médico, considerando que personal experto en cada área paramédica o técnica podría proponer el correspondiente, (formato CAM-32).

### **CRITERIOS PARA ASIGNACION DE JUICIOS DE VALOR**

<u>EXCELENTE</u>	Logro de 300 o más créditos al año, se acredita y se otorga reconocimiento.
<u>SUFICIENTE</u>	Logro de 200 créditos al año, se acredita.
<u>INSUFICIENTE</u>	Logro de menos de 200 créditos al año, no se acredita.
<u>NOREALIZADO</u>	Logro de menos de 100 créditos al año, no se acredita y se hace un llamado de atención.
<u>INADECUADO</u>	Asistencia a más de un congreso, sin presentar trabajos, asistencia a cursos no relacionados con el trabajo que se desempeña, generando ausentismo y gastos institucionales.

En base a la suma de créditos se asignará la calificación E.S.I.N.I., correspondiente y se concentrará el número de trabajadores evaluados con cada calificación, asignando el por ciento en relación al total, (formato CAM-33).

### **PROGRAMA PARA LA FORMACION Y DESARROLLO DE PERSONAL PARA LA SALUD**

Como responsabilidad de las unidades médicas con personal de salud y recursos tecnológicos que les permiten llevar a cabo sus actividades con calidad y eficiencia, tiene un lugar relevante la formación y desarrollo de personal para la salud en una magnitud que debe ser congruente con el nivel de atención que se otorga y los recursos disponibles.

Las opciones para la formación de personal para la salud incluyen cursos de: carreras técnicas, post-básicas de carreras técnicas, de licenciatura (pregrado), especialización (postgrado), maestría y doctorado conforme a la siguiente relación.

#### Carreras técnicas.

- Técnico en Saneamiento Ambiental.
- Técnico en Atención Primaria a la Salud o Salud Comunitaria (primer nivel).
- Laboratorista (primero y segundo nivel).
- Enfermería (primero y segundo nivel).
- Nutrición y Dietética (segundo nivel).
- Trabajo Social (segundo nivel).
- Químico Clínico (segundo nivel).
- Otros Técnicos (segundo nivel).

#### Cursos post-básicos de carreras técnicas.

- Enfermería en Salud Pública (primer nivel).
- Enfermería (segundo y tercer nivel).
- Nutrición y Dietética (segundo y tercer nivel).
- Trabajo Social (segundo y tercer nivel).
- Laboratorista (tercer nivel).
- Químico Clínico (tercer nivel).

#### Cursos de licenciatura (pre-grado).

- Cursos clínicos de Medicina (primer y segundo nivel).
- Enfermería (segundo nivel).
- Nutrición y Dietética (segundo nivel).
- Trabajo Social (segundo nivel).

#### Cursos de especialización

- Medicina Familiar (primer nivel).
- Salud Pública (primer nivel).
- Enfermería en Salud Pública (primer nivel).
- Especialidades troncales de la medicina (segundo y tercer nivel).

- Enfermería (tercer nivel).
- Nutrición y Dietética (tercer nivel).
- Trabajo Social (tercer nivel).
- Químico Clínico (tercer nivel).
- Laboratorista (tercer nivel).
- Técnicos (tercer nivel).

Cursos de maestría (tercer nivel).

Cursos de doctorado (tercer nivel).

Formato CAM-34.

## ACTIVIDADES DE DIFUSION

En atención a solicitud de la propia institución o de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, puede requerirse la realización de cursos de capacitación o adiestramiento en servicio, como colaboración para el desarrollo de del personal de salud, tanto como la posibilidad de difundir las experiencias o logros alcanzados a través de cursos monográficos o eventos académicos abiertos, por iniciativa propia de los trabajadores de la salud con interés, capacidad y posibilidad de impartirlos, contribuyendo así a elevar el nivel de la medicina a nivel institucional y nacional.

## ACREDITACION DE PROGRAMAS DE EDUCACION MEDICA, CURSOS, EVENTOS ACADEMICOS Y DE DIFUSION

La acreditación de los programas de educación médica, cursos o actividades académicas queda bajo la responsabilidad del jefe de educación médica y en su defecto del encargado de esta función o del director de la unidad médica, en forma directa mediante la aplicación de normas vigentes o a través de las autoridades normativas correspondientes, (formatos CAM-35 y 36).

Los parámetros a tomar en cuenta para acreditar los programas de educación médica, cursos o eventos académicos incluyen:

1. Registro y autorización por la dependencia correspondiente.
2. Congruencia con los objetivos del servicio, unidad médica o institución.
3. Realización de las actividades programadas.
4. Logro de los objetivos.

### **CRITERIOS PARA CALIFICAR LA ACREDITACION DE CURSOS**

<u>EXCELENTE</u>	Cumplimiento total de los puntos 1, 2 y de los puntos 3 y 4 en un nivel superior al 90%.
<u>SUFICIENTE</u>	Cumplimiento de los puntos 1 y 2, del punto 3 en un 90% o superior y del punto 4 en un 80% o superior.
<u>INSUFICIENTE</u>	Cumplimiento de los puntos 1 y 2, del punto 3 entre el 80% y 89% y del punto 4 entre el 60% y el 80%.
<u>NOREALIZADO</u>	No se acredite el curso por incumplimiento del punto 1, logro inferior al 80% en el punto 3 y al 60% en el punto 4.
<u>INADECUADO</u>	Incumplimiento del punto 2.

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**ACREDITACION DE LA INDUCCION Y CAPACITACION PARA EL PUESTO**

ELEMENTOS A EVALUAR	SUJETOS																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
-CONOCIMIENTO DE LAS INSTALACIONES, RECURSOS FISICOS, TECNOLOGICOS E INSUMOS PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL PUESTO.																										
-CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS INSTITUCIONALES, NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO Y DE OPERACION DE LOS EQUIPOS PARA EL CORRECTO DESEMPEÑO DE SUS ACTIVIDADES.																										
-CONOCIMIENTOS PROFESIONALES O TECNICOS VIGENTES Y HABILIDADES PARA LA REALIZACION DE SUS ACTIVIDADES CON CALIDAD Y EFICIENCIA.																										
-ACTITUD POSITIVA PARA EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES Y ACTIVIDADES EN RELACION AL USUARIO, A SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO Y HACIA LA INSTITUCION.																										
-CALIFICACION (E.S.I.N.I.)																										
<b>RESUMEN</b>	EXCELENTE					SUFICIENTE					INSUFICIENTE					NO REALIZADO					INADECUADO					
NUMERO																										
%																										

214

CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

ELEMENTOS A EVALUAR Y CREDITOS ASIGNADOS

ELEMENTOS A EVALUAR	CREDITOS POR AÑO
ASISTENCIA A LAS SESIONES GENERALES DE LA UNIDAD.	2 CREDITOS POR SESION. (máximo 80 créditos).
PRESENTACION DE TRABAJOS EN SESIONES GENERALES DE LA UNIDAD.	10 CREDITOS POR TRABAJO. (máximo 40 créditos).
ASISTENCIA Y PARTICIPACION EN SESIONES FORMALES DEL SERVICIO: DISCUSION DE CASOS, BIBLIOGRAFIA.	1 CREDITO POR SESION . (máximo 100 créditos).
ASISTENCIA A CONGRESOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO QUE SE DESEMPEÑA.	10 CREDITOS. (máximo 10 créditos).
ASISTENCIA A CONGRESOS PARA PRESENTAR TRABAJOS (con memorias).	10 CREDITOS POR ASISTENCIA. 10 CREDITOS POR CADA TRABAJO PRESENTADO. (máximo 100 créditos).
PRESENTACION DE TRABAJOS EN SESIONES DE ASOCIACIONES MEDICAS.	
ASISTENCIA Y ACREDITACION DE CURSOS MONOGRAFICOS O DE ACTUALIZACION FORMALES, RELACIONADOS CON EL TRABAJO QUE DESEMPEÑA.	100 CREDITOS POR ACTUALIZACION. (máximo 100 créditos). 10 CREDITOS POR CURSOS MONOGRAFICOS. (máximo 20 créditos).
IMPARTICION Y ACREDITACION DE CURSOS FORMALES DE ACTUALIZACION.	25 CREDITOS PROFESOR TITULAR. 20 CREDITOS PROFESOR ADJUNTO. 5 CREDITOS CONFERENCISTA. (máximo 50 créditos)
ACREDITACION POR EL CONSEJO MEDICO CORRESPONDIENTE: CERTIFICACION O RECERTIFICACION (válida por 5 años).	200 CREDITOS POR AÑO. (máximo 200 créditos).
REALIZACION DE ACTIVIDADES DOCENTES: PREGRADO TITULAR ADJUNTO, POSTGRADO TITULAR ADJUNTO.	100 CREDITOS TITULAR DE POSTGRADO. 75 CREDITOS ADJUNTO POSTGRADO. 50 CREDITOS TITULAR PREGRADO. 25 CREDITOS ADJUNTO PREGRADO. (máximo 150 créditos).
PARTICIPACION EN EL COMITE DE CALIDAD Y EFICIENCIA DE LA UNIDAD MEDICA O EN ALGUNO DE LOS SUBCOMITES.	50 CREDITOS COMITE DE CALIDAD. 25 CREDITOS SUBCOMITES. (máximo 50 créditos).

**ACREDITACION DE LA ACTUALIZACION PERMANENTE  
DE LOS TRABAJADORES**

ELEMENTOS A EVALUAR	CREDITOS POR TRABAJADOR									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ASISTENCIA A LAS SESIONES GENERALES DE LA UNIDAD.										
PRESENTACION DE TRABAJOS EN SESIONES GENERALES DE LA UNIDAD.										
ASISTENCIA Y PARTICIPACION EN SESIONES FORMALES DEL SERVICIO: DISCUSION DE CASOS, BIBLIOGRAFIA.										
ASISTENCIA A CONGRESOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO QUE SE DESEMPEÑA.										
ASISTENCIA A CONGRESOS PARA PRESENTAR TRABAJOS (con memorias).										
PRESENTACION DE TRABAJOS EN SESIONES DE ASOCIACIONES MEDICAS.										
ASISTENCIA Y ACREDITACION DE CURSOS MONOGRAFICOS O DE ACTUALIZACIONES FORMALES RELACIONADOS CON EL TRABAJO QUE DESEMPEÑA.										
IMPARTICION Y ACREDITACION DE CURSOS FORMALES DE ACTUALIZACION.										
ACREDITACION POR EL CONSEJO MEDICO CORRESPONDIENTE: CERTIFICACION O RECERTIFICACION (válida por 5 años).										
RELACION DE ACTIVIDADES DOCENTES: PREGRADO TITULAR ADJUNTO. POSTGRADO TITULAR ADJUNTO.										
PARTICIPACION EN EL COMITE DE CALIDAD Y EFICIENCIA DE LA UNIDAD MEDICA O EN ALGUNO DE LOS SUBCOMITES.										
SUMA DE CREDITOS										
CALIFICACION E.S.I.N.I.										
<b>RESUMEN</b>	<b>E</b>	<b>S</b>	<b>I</b>	<b>N</b>	<b>I</b>					
NUMERO										
PORCIENTO										



DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**ACREDITACION DE LAS  
ACTIVIDADES DE EDUCACION MEDIA**

CONCEPTOS	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO
1. PROGRAMA DE INDUCCION AL PUESTO, CAPACITACION Y ACTUALIZACION DEL PERSONAL DE LA UNIDAD MEDICA.					
1.1 Inducción y capacitación para el puesto: anotar el porcentaje de trabajadores en cada nivel de acreditación.					
1.2 Actualización permanente de los trabajadores: anotar el porcentaje de trabajadores en cada nivel de acreditación					
2. PROGRAMA PARA LA FORMACION Y DESARROLLO DE RE-CURSOS PARA LA SALUD: ANOTAR EL NUMERO DE CURSOS ACREDITADOS.					
2.1 Carreras técnicas					
2.2 Cursos post-básicos de carreras técnicas					
2.3 Cursos de licenciatura (pregrado)					
2.4 Cursos de especialización					
2.5 Cursos de maestría					
2.6 Cursos de doctorado					
3. ACTIVIDADES DE DIFUSION: ANOTAR EL NUMERO DE CURSOS ACREDITADOS.					
3.1 Adiestramiento en servicio					
3.2 Cursos					
3.3 Eventos académicos					
<b>RESUMEN</b> CALIFICACION GLOBAL (E.S.I.N.I.)					

DIA	MES	AÑO

HOJA

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**ACREDITACION DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACION MEDICA, CURSOS Y EVENTOS ACADEMICOS**

NOMBRE DEL CURSO O EVENTO	REGISTRO Y AUTORIZACION	CONGRUENCIA CON LOS OBJETIVOS	REALIZACION DE ACTIVIDADES	LOGRO DE OBJETIVOS	CALIFICACION E.S.I.N.I.
<b>RESUMEN</b>	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO
PORCIENTO DE CALIFICACIONES					

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**ACREDITACION DEL PROGRAMA  
DE DIFUSION**

NOMBRE DEL CURSO O EVENTO	REGISTRO Y AUTORIZACION	CONGRUENCIA CON LOS OBJETIVOS	REALIZACION DE ACTIVIDADES	LOGRO DE OBJETIVOS	CALIFICACION E.S.I.N.I.
<b>RESUMEN</b>	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO
PORCIENTO DE CALIFICACIONES					

## **B) INVESTIGACION MEDICA**

### **Introducción**

El desarrollo de la investigación médica como elemento de calidad, integrado al funcionamiento de las unidades de atención médica, desempeña un papel relevante que conlleva la necesidad de una actualización médica permanente, el análisis de los principales problemas de atención médica y social, morbilidad y mortalidad prevalentes y la necesidad de identificar y desarrollar procedimientos para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que permitan mejorar la calidad de la atención, el nivel de salud y calidad de vida de la población.

Acordes con el nivel de atención y los recursos disponibles, los protocolos de investigación médica podrán ser: estudios epidemiológicos, revisión de casos, investigación médica, sociomédica, clínica y básica.

Puede considerarse que la investigación médica es un elemento que permite el avance de los conocimientos de la medicina y repercute directamente en la calidad con que se prestan los servicios, por lo tanto, para que una investigación médica adquiera su real valor, debe ser publicada en revistas con amplia difusión y reconocimiento nacional e internacional, a través de los Índices Médicos.

Como productos importantes de la investigación médica llevada a cabo, la experiencia acumulada por largo tiempo y como elementos de enlace entre la educación médica y la investigación médica realizadas en una unidad de atención médica, se tiene a las publicaciones que permiten la difusión de conocimientos a través de artículos editoriales o de revisión en revistas acreditadas, capítulos de libros o inclusive la edición de libros completos.

### **EVALUACION DE LA INVESTIGACION MEDICA**

Los criterios de valor para asignar calificación se establecerán de acuerdo a las políticas propias de cada institución, se propone el siguiente ejemplo:

1. Existencia de Subcomité de Investigación Médica y Comisión de Ética, integrados al Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de las Unidades Médicas.
2. El 100% de los protocolos deben ser registrados y aprobados por el Subcomité de Investigación Médica y Comisión de Ética.
3. Participación de cada médico, cuando menos, en un trabajo de investigación médica al año. Se puede aceptar la integración de un máximo de cinco médicos o personal paramédico en cada trabajo, por el momento no es factible evaluar al personal paramédico aún cuando no se le excluye para participar.
4. El 80% de las investigaciones deben de ser congruentes con los problemas de salud vigentes.
5. Conclusión del 80% de las investigaciones médicas aprobadas por el Subcomité.
6. Publicación del 80% de las investigaciones médicas terminadas o trabajos de difusión realizados.
7. Publicación del 10% de las investigaciones médicas publicadas en revistas extranjeras contenidas en Índices Médicos.  
Formato CAM - 37.

### **CRITERIOS DE EVALUACION DE LA INVESTIGACION MEDICA**

<u>EXCELENTE</u>	Cumplimiento de los 7 puntos marcados.
<u>SUFICIENTE</u>	Cumplimiento de los puntos 1 al 5, punto 6 superior al 60 %.
<u>INSUFICIENTE</u>	Cumplimiento de los puntos 1 al 5, en rangos inferiores a los propuestos.
<u>NOREALIZADO</u>	No se realiza investigación médica.

**INADECUADO**

Se realizan trabajos no registrados o no aprobados, no se concluyen o no se publican.

El Subcomité de Investigación Médica integrado al Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de las Unidades Médicas, será el responsable del registro de los protocolos de investigación médica presentados, de su aprobación, realización, determinación y evaluación de la congruencia con el programa de salud (formato CAM-38). Asimismo, el Subcomité de Investigación Médica, deberá llevar a cabo un registro de los investigadores captados a través de los protocolos presentados y de los trabajos publicados (formato CAM-39), y por último realizará la evaluación final de la investigación médica que se efectúa en la unidad, asignando una calificación conforme a los criterios propuestos, para su presentación al Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención de las Unidades Médicas.

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**EVALUACION DE LA INVESTIGACION**

**1. ORGANIZACION**

- 1.1 Existencia de Subcomité de Investigación.
- 1.2 Existencia de Subcomité de Etica.
- 1.3 Número de protocolos presentados al Subcomité.
- 1.4 Número de protocolos aprobados por el Subcomité.
- 1.5 Número de investigaciones en proceso.
- 1.6 Número de investigaciones terminadas.

SI		NO	
SI		NO	
No.		%	
No.		%	
No.		%	
No.		%	

**2. PUBLICACIONES**

- 2.1 En revistas no incluidas en índice médico.
- 2.2 En revistas nacionales incluidas en índice médico.
- 2.3 En revistas internacionales incluidas en índice médico.
- 2.4 Capítulos de libros.
- 2.5 Libros editados.

No.		%	
No.		%	
No.		%	
No.		%	
No.		%	

**3. INVESTIGADORES**

- 3.1 Médicos con trabajos registrados en relación al total de Médicos.
- 3.2 Enfermeras con trabajos registrados en relación al total de Enfermeras.
- 3.3 Integrantes del Sistema Nacional de Investigadores.
- 3.4 Otros.

No.		%	
No.		%	
No.			
No.			

**4. CALIFICACION**

E.S.I.N.I. \_\_\_\_\_

DIA	MES	AÑO

HOJA

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE INVESTIGACIONES  
PRESENTADAS AL COMITE**

TITULO DE LA INVESTIGACION	APROBADA	EN PROCESO	TERMINADA	CONGRUENCIA CON PROBLEMA DE SALUD



DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE PUBLICACIONES**

AUTORES	TITULO DE LA PUBLICACION	REVISTA	VOL:AÑO.PAG.	NAL.	EXT.	INDEX		CALIFICACION
						SI	NO	

## Capítulo XI

### **Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios con la Atención Recibida y de los Prestadores de Servicios con el Trabajo Desarrollado**

Dr. Héctor Aguirre Gas  
Dr. José Agustín Díaz López  
Dra. Beatriz Báez Gallegos  
Dr. Jesús Chávez Mayol  
Dra. Patricia Velasco Castrejón

#### **Introducción**

En épocas recientes se ha desarrollado un creciente interés por tomar en cuenta la satisfacción del usuario de un producto o servicio, como el parámetro más importante que es necesario conocer, para evaluar la calidad del producto elaborado o del servicio otorgado.

Es muy evidente el hecho de que cuando un usuario está satisfecho con un producto que ha adquirido, lo volverá a comprar y lo recomendará a posibles usuarios que pudieran requerirlo, con lo cual las ventas de la empresa y su bonanza económica se verían incrementadas y su predominio sobre la competencia se haría evidente; de no ser así, habría que preguntar a los usuarios la razón por la cual prefieren los productos de la competencia y tratar de mejorar los propios, dentro de un rango de costeabilidad y ganancias.

Pero, ¿qué sucede cuando los usuarios son cautivos y no pueden cambiar con la competencia? y ¿cuándo no nos preocupamos si el servicio que estamos otorgando es bueno o malo?, ¿si es bien aceptado o no lo es?.

Las respuestas serían complejas, pero podríamos considerar varios aspectos:

- La calidad de los servicios se deterioraría progresivamente.

- El usuario estaría insatisfecho y lo manifestaría a través de agresividad y conflictos con el prestador de servicios.
- Las quejas serían cada vez más frecuentes y graves.
- El prestador de servicios que se tiene que enfrentar al conflicto acudiría a su trabajo predispuesto negativamente, con desagrado y en espera de los problemas que va a afrontar y cómo se va a defender o inclusive, cómo va hacerse indiferente ante el usuario.
- La calidad de vida, tanto del usuario como del prestador de servicios se deterioraría.

Si consideramos que los trabajadores de una empresa o institución son también usuarios de las instalaciones y recursos de esa empresa o institución, como medio para tener una ocupación y procurarse los ingresos necesarios para el desarrollo de su vida personal y la satisfacción de las necesidades de su familia, se presenta un nuevo binomio, en el cual el usuario es el trabajador de la institución y ésta a su vez es la prestadora del servicio. Podríamos preguntarnos: ¿es importante que el trabajador esté satisfecho?, ¿sabemos si lo está o no?, ¿sabemos cuáles son los motivos de su insatisfacción?, ¿podemos esperar que un trabajador insatisfecho genere un servicio con calidad? y ¿qué tenga una calidad de vida satisfactoria?. Las respuestas son: sí, a la primera pregunta y no, a las restantes.

Hasta la fecha, en las instituciones de salud oficiales, poco hemos hecho por conocer la satisfacción de los usuarios por los servicios recibidos y por lo tanto, poco habríamos podido hacer por mejorarlos antes de que se presente una queja. Por otra parte, prácticamente nada hemos hecho por saber cuáles son los motivos de insatisfacción de los trabajadores en el desempeño de sus labores, si podemos hacer algo por darles una solución y es hasta la presentación de un conflicto laboral o cuando nos percatamos de la baja eficiencia en el trabajo o mala calidad en el servicio y es cuando prestamos atención a su situación.

Es pues, necesario establecer una metodología que nos permita anticiparnos a las manifestaciones de insatisfacción de usuarios y trabajadores y promover las soluciones antes de que se presente el conflicto.

## **Objetivo**

Identificar y analizar los problemas o situaciones que generen insatisfacción, en usuarios de los servicios y en los prestadores de los mismos y promover sus soluciones, a fin de elevar la calidad y la eficiencia con que se prestan los servicios, mejorar la satisfacción de quienes los reciben y quienes los otorgan y contribuir a mejorar la calidad de vida de ambos.

## **Periodicidad**

La evaluación de la satisfacción de los usuarios y los prestadores de servicios puede llevarse a cabo por el personal supervisor de confianza de la unidad médica o bien conforme al programa, con periodicidad cuatrimestral o mensual, a fin de elaborar un documento que permita al cuerpo de gobierno de la unidad, identificar problemas que afectan la calidad de la atención a través de la insatisfacción del usuario y del prestador de servicios y realizar acciones preventivas y correctivas. Las supervisiones o evaluaciones externas, se realizarán con la periodicidad programada por cada institución, generalmente cuatrimestral o semestral.

## **Límites del Tiempo**

La aplicación de encuestas a los usuarios de los servicios médicos, a los trabajadores de las unidades médicas, deben ser programadas como una actividad permanente, con la periodicidad cuatrimestral.

## **Universo de Aplicación**

Las unidades de atención médica a nivel local, zonal, delegacional, jurisdiccional, estatal, del Distrito Federal, institucional y nacional, del sector público o del privado.

## **Responsables de la Aplicación**

El personal de confianza del área por evaluar, debe llevar a cabo la aplicación de las encuestas correspondientes a su área de responsabilidad, con objeto de realizar la evaluación de la satisfacción del usuario por los servicios recibidos y del trabajador en la realización de sus actividades:

- Area Médica.
- Area de Enfermería.
- Area de Trabajo Social.
- Control de Prestaciones.
- Nutrición y Dietética

No obstante, como apoyo al cuerpo de gobierno de la unidad médica, puede asignarse la responsabilidad a personal ajeno a los servicios.

- Personal de Orientación y Quejas.
- Personal de Trabajo Social.
- Encuestadores externos.

En función de visitas de supervisión o evaluación de los niveles jurisdiccionales, estatales, delegacionales o centrales, pueden ser utilizadas las encuestas contenidas en este documento, por supervisores y evaluadores de las áreas correspondientes o personal ajeno a los servicios ya mencionados.

## **Satisfacción del Usuario**

Representa el grado de concordancia entre las expectativas de calidad en el servicio y la atención recibida por el usuario.

Se evalúa mediante encuestas de opinión, considerando los siguientes elementos:

- a) La atención personalizada a través de una relación médico-paciente individualizada con comunicación en ambos sentidos y respeto mutuo.

- b) La oportunidad en la atención en cuanto a la accesibilidad de los servicios, diferimiento en las citas y tiempos de espera para recibir la atención.
- c) La realización óptima del proceso de la atención en cuanto a disponibilidad de los recursos necesarios y personal capacitado y suficiente, valoración integral, determinación de un programa de estudio y tratamiento congruente con el problema de salud del usuario, establecimiento oportuno del diagnóstico y del tratamiento con proposición de un pronóstico probable.
- d) El trato amable del personal de salud.
- e) El ambiente confortable en cuanto a: iluminación, temperatura, ventilación, privacidad, comodidad, funcionabilidad, orden y limpieza.
- f) La información proporcionada por el personal de salud.
- g) Los resultados satisfactorios de la atención recibida, en cuanto a solución del problema que motivó la solicitud del servicio, así como del diagnóstico, el tratamiento y la ausencia de complicaciones como consecuencia de la atención.

En virtud de que en la respuesta a preguntas en que existen elementos importantes de subjetividad y se corre el riesgo de perder la confiabilidad, se estructuraron las preguntas a fin de que pudieran ser contestadas en forma afirmativa o negativamente exclusivamente. Con base a que algunas preguntas relacionadas con un proceso incluían varios cuestionamientos sucesivos, la respuesta negativa de cualquiera de ellos hace que la respuesta final se considere negativa.

### **Funciones a Evaluar**

Cada uno de los elementos referidos se integró en una encuesta de siete preguntas que exploran la satisfacción del usuario durante la realización de las siguientes funciones:

- Recepción.
- Atención Médica en Consulta Externa.
- Atención Médica en Hospitalización.
- Atención de Enfermería en Hospitalización.
- Atención de Trabajo Social.
- Atención de Nutrición y Dietética.
- Otras funciones.

Formatos CAM - 40 al 47.

### **CRITERIOS DE EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO**

#### **EXCELENTE**

La totalidad de las respuestas fueron afirmativas: atención oportuna, realización correcta del proceso de la atención y satisfacción con el entorno en que ésta se desarrolló.

#### **SUFICIENTE**

Las respuestas a las preguntas relacionadas con la oportunidad y la realización del proceso de la atención fueron afirmativas, pudiendo ser una o todas las restantes, negativas.

#### **INSUFICIENTE**

Cuando una de las respuestas a las preguntas relacionadas con la oportunidad o la realización del proceso de la atención fue negativa.

#### **NOREALIZADO**

En caso de que tanto la respuesta a la pregunta relacionada con la oportunidad como la que se refiere al proceso de la atención fueron negativas por no haberse otorgado ésta.

#### **INADECUADO**

Cuando como consecuencia de falta de oportunidad o un proceso de atención realizado en forma incorrecta se haya causado deterioro en los resultados de la atención en cuanto a salud o calidad de vida.

## Satisfacción del Prestador de Servicios

La satisfacción del prestador de servicios se evalúa en función del logro de sus expectativas, relacionadas con la calidad de vida personal, familiar, social y laboral a través de la realización de su trabajo.

La evaluación se realiza mediante la aplicación de encuestas de opinión, considerando los siguientes elementos:

- . Disponibilidad, suficiencia y adecuación de las áreas físicas, mobiliario, equipo, instrumental y material de consumo para la realización de sus actividades, con la facilidad, eficiencia y calidad deseadas.
- . Remuneración congruente con la eficiencia, calidad, complejidad y responsabilidad inherentes al trabajo que se realiza.
- . Reconocimiento de los superiores por el trabajo realizado con calidad, eficiencia y por los logros alcanzados.
- . Oportunidades de superarse y de progresar a través del buen desempeño de su trabajo.
- . Seguridad laboral de no perder el puesto y el trabajo sin haber dado motivo para ello.
- . Identificación, integración y participación del trabajador con su equipo de trabajo en el ámbito laboral y de la institución.
- . Congruencia del perfil profesional y capacitación del trabajador, con el trabajo específico que desempeña.

Formagos CAM - 48 al 51.



## **CRITERIOS DE EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL PRESTADOR DE SERVICIOS**

### **EXCELENTE**

Cuando se cumplen todas las expectativas del trabajador a través del desempeño de sus labores, traduciendo satisfacción de sus necesidades en el ámbito laboral y familiar; seguridad, oportunidad de progreso y reconocimiento por el trabajo realizado, así como integración e identificación con el equipo de trabajo y el ámbito laboral (puntos 1 al 7 afirmativos).

### **SUFICIENTE**

Cuando el trabajador logra sus expectativas principales como son: contar con elementos suficientes para trabajar, recibir un salario adecuado, tener seguridad en el puesto, oportunidad de progresar y reconocimiento (puntos 1 al 5 afirmativos), pero carece de una correcta ubicación en el ámbito del trabajador por no tener una preparación congruente (deficiente o excesiva) para el puesto o por no estar identificado e integrado con el equipo y ámbito laboral (puntos 6 y 7 negativos).

### **INSUFICIENTE**

Cuando el trabajador cuenta con satisfactores de sus necesidades de trabajo y familiares (puntos 1 y 2 afirmativos), pero carece de seguridad, oportunidad de progreso y reconocimiento (puntos 3 a 5 negativos) y no está integrado en el ámbito laboral (puntos 6 y 7 negativos).

### **NOREALIZADO**

No existe satisfacción del trabajador por no contar con los satisfactores básicos para sus necesidades elementales de trabajo o solventar sus necesidades económicas familiares, aun cuando estuvieran satisfechas el resto de las expectativas (puntos 1 y 2 con respuestas negativas).

### **INADECUADO**

Inconformidad manifiesta del trabajador o a través de la repercusión que esta insatisfacción tiene en la

calidad y eficiencia de su trabajo, tanto por la insatisfacción de sus expectativas principales como por el deterioro grave de alguna de ellas.

Cabe mencionar que en esta evaluación, existe un amplio margen de subjetividad, sin embargo, puede considerarse que la absoluta insatisfacción con uno de los aspectos encuestados, puede ser de tal magnitud que genere actitudes negativas en el trabajo, suficientes para asignar el rubro de inadecuado.

Se considera que la principal utilidad de este tipo de encuestas radica en que a través de la detección oportuna de la insatisfacción de los trabajadores, en situaciones específicas, se prevenga la presentación de conflictos laborales, se promueva una mejoría en la calidad de vida del trabajador y éste pueda reflejar esa calidad en el desempeño de su trabajo.

En relación a la evaluación de la satisfacción de los prestadores de servicios en el desempeño de sus funciones, se revisaron los aspectos que con mayor frecuencia generaron insatisfacción en estudios previos (16).

Al sumar las respuestas dadas como EXCELENTE, SUFICIENTE, etc., y obtener un valor porcentual en relación al total de las respuestas, podremos obtener una cifra numérica proporcional que nos indica el porcentaje de excelencia, suficiencia, etc., al cual se le puede hacer seguimiento, a fin de determinar su evaluación, hacia la mejoría o el deterioro.

### **Encuestas Generales y Específicas**

Con objeto de simplificar la evaluación de la satisfacción del usuario, se presentan encuestas simplificadas, de aplicación general a cualquier servicio, independientemente del área de que se trate, dirigiendo las preguntas al servicio correspondiente, (formato CAM-40). En caso de considerarse más conveniente la aplicación de encuestas específicas por área, relacionadas con la función que se realiza se incluyen encuestas para esos conceptos, (formato CAM-41 al 46).

Para la evaluación de la satisfacción del trabajador se presenta una encuesta general (formato CAM-48) y otras que desglosa algunos aspectos en forma más específica, (formatos CAM-49 y 50).

En los formatos CAM-47 y 51 se concentra la información de las encuestas previamente realizadas a los usuarios y a los trabajadores respectivamente.

La captación de respuestas negativas en forma consistente permite identificar problemas que a través de su registro, determine la asignación de un responsable para atenderlo, establecer un compromiso de resolverlo y realizar su seguimiento hasta su solución, permitirán mejorar la calidad con que se otorga la atención.

### **Descripción de los Formatos para Encuestas**

Los formatos incluyen siete preguntas en los espacios correspondientes a secuencia vertical.

El espacio destinado a cada pregunta se subdivide en cinco renglones, asigna Dos columnas, cada una de ellas para marcar con una "X" la respuesta: SI o NO en el lugar correspondiente. Cada columna permite cinco respuestas 1 a 5, 6 a 10, 11 a 15, etc., por lo cual cada pregunta puede ser aplicada a 25 individuos diferentes en cada hoja de encuesta. En la última columna se totalizan el número de respuestas SI, el número de total de NO y sus porcentos, (formatos CAM-40 al 46 y 48 al 50).

Existen preguntas que incluyen más de un cuestionamiento, debiéndose considerar que la negación de algunos de ellos, determina que la pregunta se responda como negativa.

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**ENCUESTA DE APLICACION ESPECIFICA A LOS USUARIOS**  
 SERVICIO: \_\_\_\_\_  
 FUNCION: SATISFACCION DE LOS USUARIOS

PREGUNTA	1 - 5		6 - 10		11 - 15		16 - 20		21 - 25		TOTAL	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. ¿EL PERSONAL QUE LO ATENDIO, SE PRESENTO CON UD. Y LO LLAMO POR SU NOMBRE?												
2. ¿LO ATENDIERON EN EL DIA QUE ESTABA PROGRAMADO?												
3. ¿RECIBIO UD, ATENCION SIN TENER QUE ESPERAR MAS DE 30 MINUTOS?												
4. ¿RECIBIO UD. EL SERVICIO O LA ATENCION REQUERIDOS, COMO UD. LO ESPERABA?												
5. ¿FUE AMABLE EL TRATO DEL PERSONAL QUE LO ATENDIO?												
6. ¿SE INFORMO ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE LE REALIZARIAN, POSIBLES MOLESTIAS Y CONSECUENCIAS?												
7. ¿EL LUGAR DONDE LO ATENDIERON ERA COMODO Y AGRADABLE?												

FCAM-40

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**ENCUESTA DE APLICACION ESPECIFICA A LOS USUARIOS**  
 SERVICIO: \_\_\_\_\_  
 FUNCION: RECEPCION \_\_\_\_\_

238

PREGUNTA	1 - 5		6 - 10		11 - 15		16 - 20		21 - 25		TOTAL	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. ¿ATENDIO SU SOLICITUD EL PERSONAL DE RECEPCION?												
2. ¿LO ATENDIERON CON OPORTUNIDAD?												
3. ¿EL PERSONAL DE RECEPCION DIO TRAMITE A SU SOLICITUD?												
4. ¿FUE AMABLE EL TRATO DE LA RECEPCIONISTA?												
5. ¿SE LE DIO LA INFORMACION NECESARIA PARA LA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS Y TRAMITES A REALIZAR?												
6. ¿LE RESPETARON LA HORA DE SU CITA? (RETRASO NO MAYOR DE 30 MINUTOS)												
7. ¿LA ATENCION QUE SE LE OTORGO FUE COMO UD. ESPERABA?												

FCAM-41

CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**ENCUESTA DE APLICACION ESPECIFICA A LOS USUARIOS**  
 SERVICIO: \_\_\_\_\_  
 FUNCION: ATENCION MEDICA EN CONSULTA EXTERNA

239

PREGUNTA	1 - 5		6 - 10		11 - 15		16 - 20		21 - 25		TOTAL	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. ¿LO RECIBE SU MEDICO CON AMABILIDAD Y LO SALUDA POR SU NOMBRE?												
2. ¿LO ATENDIO SU MEDICO EL DIA QUE ESTABA PROGRAMADO?												
3. ¿RECIBIO UD., ATENCION SIN TENER QUE ESPERAR MAS DE 30 MINUTOS?												
4. ¿LE REALIZO, SU MEDICO, UN EXAMEN DE SU ESTADO DE SALUD?												
5. ¿FUE AMABLE EL TRATO DE SU MEDICO?												
6. ¿EL CONSULTORIO DONDE RECIBIO ATENCION ESTABA COMODO?												
7. ¿LE EXPLICO EL MEDICO COMO DEBERIA LLEVAR EL TRATAMIENTO EN SU DOMICILIO?												

FCAM-42

EVALUACION DE LA SATISFACCION

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**ENCUESTA DE APLICACION ESPECIFICA A LOS USUARIOS**  
 SERVICIO: \_\_\_\_\_  
 FUNCION: ATENCION MEDICA EN HOSPITALIZACION

240

PREGUNTA	1 - 5		6 - 10		11 - 15		16 - 20		21 - 25		TOTAL	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. ¿LO VISITO DIARIAMENTE SU MEDICO TRATANTE?												
2. ¿SU MEDICO SE DIRIGIA A UD. POR SU NOMBRE O APELLIDO?												
3. ¿RECIBIO ATENCION DE SU MEDICO CUANDO LO SOLICITO?												
4. ¿LO EXAMINO SU MEDICO TRATANTE CUANDO LO VISITO?												
5. ¿LE INFORMO SU MEDICO SOBRE SU PADECIMIENTO Y TRATAMIENTO PARA SEGUIR EN SU CASA?												
6. ¿DURANTE SU HOSPITALIZACION ESTUVO COMODO?												
7. ¿FUE AMABLE EL TRATO QUE RECIBIO?												

FCAM-43

CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**ENCUESTA DE APLICACION ESPECIFICA A LOS USUARIOS**

SERVICIO: \_\_\_\_\_  
 FUNCION: ATENCION DE ENFERMERIA EN HOSPITALIZACION

PREGUNTA	1 - 5		6 - 10		11 - 15		16 - 20		21 - 25		TOTAL	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. ¿SE PRESENTO CON USTED LA ENFERMERA QUE LO ATENDERIA EN CADA TURNO?												
2. ¿LE INFORMARON LAS ENFERMERAS DONDE SE LOCALIZABAN LOS TIMBRES PARA LLAMARLAS Y LOS BAÑOS?												
3. ¿SE DIRIGIERON A UD. LAS ENFERMERAS POR SU NOMBRE O APELLIDO?												
4. ¿ACUDIO LA ENFERMERA DE TURNO CON PRONTITUD A SU LLAMADO?												
5. ¿LE ADMINISTRARON SUS MEDICAMENTOS A TIEMPO?												
6. ¿LE INFORMARON LAS ENFERMERAS ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE LE IBAN A REALIZAR ANTES DE EJECUTARLO?												
7. ¿FUE AMABLE EL TRATO DE LAS ENFERMERAS?												

241

FCAM-44

EVALUACION DE LA SATISFACCION



DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**ENCUESTA DE APLICACION ESPECIFICA A LOS USUARIOS**  
 SERVICIO: \_\_\_\_\_  
 FUNCION: TRABAJO SOCIAL

242

CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

PREGUNTA	1 - 5		6 - 10		11 - 15		16 - 20		21 - 25		TOTAL	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. ¿SE PRESENTO CON USTED LA TRABAJADORA SOCIAL, LE DIO SU NOMBRE Y LE INFORMO COMO LOCALIZARLA?												
2. ¿CUANDO USTED SOLICITO LA INTERVENCION DE UNA TRABAJADORA SOCIAL ACUDIO OPORTUNAMENTE A SU LLAMADO?												
3. ¿SE DIRIGIO A USTED LA TRABAJADORA SOCIAL POR SU NOMBRE O APELLIDO?												
4. ¿LA PARTICIPACION DE LA TRABAJADORA SOCIAL LE AYUDO A RESOLVER LOS PROBLEMAS DE SU CASA O TRABAJO QUE USTED LE PLANTEO?												
5. ¿SE SINTIO UD. APOYADO POR LA TRABAJADORA SOCIAL?												
6. ¿EL LUGAR DONDE SE ENTREVISTO CON LA TRABAJADORA SOCIAL ERA PRIVADO Y ESTABA COMODO?												
7. ¿FUE AMABLE EL TRATO DE LA TRABAJADORA SOCIAL?												

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**ENCUESTA DE APLICACION ESPECIFICA A LOS USUARIOS**  
 SERVICIO: \_\_\_\_\_  
 FUNCION: ATENCION DE DIETOLOGIA EN HOSPITALIZACION

243

EVALUACION DE LA SATISFACCION

PREGUNTA	1 - 5		6 - 10		11 - 15		16 - 20		21 - 25		TOTAL	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. ¿SE PRESENTO CON USTED LA DIETISTA QUE LO TENIA A SU CARGO?												
2. ¿LE SIRVIERON SUS ALIMENTOS EN LOS HORARIOS INDICADOS?												
3. ¿LOS ALIMENTOS QUE LE SIRVIERON CORRESPONDIERON CON LOS INDICADOS POR SU MEDICO?												
4. ¿LE INFORMO LA DIETISTA SOBRE LOS ALIMENTOS INDICADOS POR EL MEDICO Y LE PREGUNTO CUALES LE AGRADABAN?												
5. ¿FUE FACIL PARA UD. COMER LOS ALIMENTOS QUE LE SIRVIERON?												
6. ¿LE AGRADO EL SABOR Y LA TEMPERATURA DE LOS ALIMENTOS?												
7. ¿FUE AMABLE EL TRATO DE LA DIETISTA?												

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**ENCUESTA DE APLICACION ESPECIFICA  
A LOS USUARIOS**

SERVICIO: \_\_\_\_\_

FUNCION: SATISFACCION DE LOS USUARIOS

PREGUNTA	RECEPCION		MEDICOS C.E.		MEDICOS HOSP.		ENF. HOSP.		TRAB. SOCIAL		NUT. Y DIET.																																																																															
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO																																																																														
	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM																																																																														
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%																																																																														
1. ¿EL PERSONAL QUE LO ATENDIO, SE PRESENTO CON UD. Y LO IDENTIFICO POR SU NOMBRE?													2. ¿LO ATENDIERON EL DIA QUE ESTABA PROGRAMADO ?													3. ¿RECIBIO UD. SU ATENCION SIN TENER QUE ESPERAR MAS DE 30 MINUTOS?													4. ¿RECIBIO UD. EL SERVICIO O LA ATENCION REQUERIDOS, COMO UD. LO ESPERABA?													5. ¿FUE AMABLE EL TRATO DEL PERSONAL QUE LO ATENDIO?													6. ¿SE LE INFORMO ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE LE REALIZARIAN, POSIBLES MOLESTIAS Y CONSECUENCIAS?													7. ¿EL LUGAR DONDE LO ATENDIERON ERA COMODO Y AGRADABLE?												
2. ¿LO ATENDIERON EL DIA QUE ESTABA PROGRAMADO ?													3. ¿RECIBIO UD. SU ATENCION SIN TENER QUE ESPERAR MAS DE 30 MINUTOS?													4. ¿RECIBIO UD. EL SERVICIO O LA ATENCION REQUERIDOS, COMO UD. LO ESPERABA?													5. ¿FUE AMABLE EL TRATO DEL PERSONAL QUE LO ATENDIO?													6. ¿SE LE INFORMO ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE LE REALIZARIAN, POSIBLES MOLESTIAS Y CONSECUENCIAS?													7. ¿EL LUGAR DONDE LO ATENDIERON ERA COMODO Y AGRADABLE?																									
3. ¿RECIBIO UD. SU ATENCION SIN TENER QUE ESPERAR MAS DE 30 MINUTOS?													4. ¿RECIBIO UD. EL SERVICIO O LA ATENCION REQUERIDOS, COMO UD. LO ESPERABA?													5. ¿FUE AMABLE EL TRATO DEL PERSONAL QUE LO ATENDIO?													6. ¿SE LE INFORMO ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE LE REALIZARIAN, POSIBLES MOLESTIAS Y CONSECUENCIAS?													7. ¿EL LUGAR DONDE LO ATENDIERON ERA COMODO Y AGRADABLE?																																						
4. ¿RECIBIO UD. EL SERVICIO O LA ATENCION REQUERIDOS, COMO UD. LO ESPERABA?													5. ¿FUE AMABLE EL TRATO DEL PERSONAL QUE LO ATENDIO?													6. ¿SE LE INFORMO ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE LE REALIZARIAN, POSIBLES MOLESTIAS Y CONSECUENCIAS?													7. ¿EL LUGAR DONDE LO ATENDIERON ERA COMODO Y AGRADABLE?																																																			
5. ¿FUE AMABLE EL TRATO DEL PERSONAL QUE LO ATENDIO?													6. ¿SE LE INFORMO ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE LE REALIZARIAN, POSIBLES MOLESTIAS Y CONSECUENCIAS?													7. ¿EL LUGAR DONDE LO ATENDIERON ERA COMODO Y AGRADABLE?																																																																
6. ¿SE LE INFORMO ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE LE REALIZARIAN, POSIBLES MOLESTIAS Y CONSECUENCIAS?													7. ¿EL LUGAR DONDE LO ATENDIERON ERA COMODO Y AGRADABLE?																																																																													
7. ¿EL LUGAR DONDE LO ATENDIERON ERA COMODO Y AGRADABLE?																																																																																										

DÍA

MES

AÑO

HOJA

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

ENCUESTA DE APLICACION ESPECIFICA  
A LOS TRABAJADORES

SERVICIO: \_\_\_\_\_

FUNCION: SATISFACCION DE LOS TRABAJADORES

PREGUNTA	1 - 5		6 - 10		11 - 15		16 - 20		21 - 25		TOTAL	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. ¿CUENTA UD. CON EQUIPO INSTRUMENTAL Y MATERIAL NECESARIOS PARA HACER SU TRABAJO CON CALIDAD?												
2. ¿LO FELICITA SU JEFE POR EL TRABAJO REALIZADO CON CALIDAD?												
3. ¿EL SALARIO QUE UD. PERCIBE ES CONGRUENTE CON LA MAGNITUD, CALIDAD Y RESPONSABILIDAD CON QUE REALIZA SU TRABAJO?												
4. ¿TIENE UD. POSIBILIDADES DE PROGRESO Y DESARROLLO PERSONAL EN SU TRABAJO?												
5. ¿TIENE UD. SEGURIDAD (LABORAL, FISICA Y ECONOMICA) EN EL TRABAJO QUE DESEMPEÑA?												
6. ¿PARTICIPA UD. CON SU JEFE INMEDIATO Y SUS COMPAÑEROS, EN LAS DECISIONES QUE AFECTAN SU TRABAJO?												
7. ¿SE LE HA DADO A UD. SUFICIENTE INFORMACION Y CAPACITACION PARA EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO?												

FCAM-48

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**ENCUESTA DE APLICACION ESPECIFICA  
A LOS TRABAJADORES**

SERVICIO: \_\_\_\_\_  
 FUNCION: SATISFACCION DE LOS TRABAJADORES

CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

PREGUNTA	1 - 5		6 - 10		11 - 15		16 - 20		21 - 25		TOTAL	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. ¿CUENTA USTED CON EQUIPO, INSTRUMENTAL Y MATERIAL PARA HACER SU TRABAJO CON CALIDAD?												
2. ¿SE PROCUPA LA INSTITUCION Y SUS SUPERIORES POR FACILITARLE EL FOMENTO Y CUIDADO DE SU SALUD EN EL TRABAJO?												
3. ¿EXISTEN EN SU TRABAJO POSIBILIDADES DE PROGRESO Y DESARROLLO PERSONAL?												
4. ¿HA RECIBIDO USTED RECONOCIMIENTO DE LA INSTITUCION O DE SUS SUPERIORES POR SU BUEN DES-EMPEÑO EN EL TRABAJO?												
5. ¿CONSIDERA USTED SUFICIENTE LA INFORMACION Y LA CAPACITACION QUE SE LE DIO PARA REALIZAR SU TRABAJO?												
6. ¿SE SIENTE USTED SEGURO EN SU TRABAJO?												
7. ¿TIENE USTED OPORTUNIDAD DE PARTICIPAR CON SU JEFE INMEDIATO Y SUS COMPAÑEROS EN LAS DECISIONES QUE AFECTAN LA REALIZACION DE SU TRABAJO?												

FCAM-49

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**ENCUESTA DE APLICACION ESPECIFICA  
A LOS TRABAJADORES**

SERVICIO: \_\_\_\_\_  
 FUNCION: SATISFACCION DE LOS TRABAJADORES

PREGUNTA	1 - 5		6 - 10		11 - 15		16 - 20		21 - 25		TOTAL	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
8. ¿SE LLEVA USTED BIEN CON SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO?												
9. ¿CONOCE UD. LOS INSTRUCTIVOS CON LOS PROCEDIMIENTOS QUE DEBEN REALIZARSE EN SU TRABAJO?												
10. ¿ESTA USTED DE ACUERDO CON LOS SISTEMAS DE TRABAJO DE LA INSTITUCION?												
11. ¿CONOCE USTED LOS RESULTADOS DE SU TRABAJO?												
12. ¿EL TRABAJO QUE USTED REALIZA ES CONGRUENTE CON EL NIVEL DE ESCOLARIDAD Y PREPARACION QUE TIENE?												
13. ¿LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS FACILITAN LA REALIZACION DE SU TRABAJO?												
14. ¿AL FINAL DE SU JORNADA SE SIENTE USTED CONTENTO POR EL TRABAJO REALIZADO?												

DIA      MES      AÑO

HOJA

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

ENCUESTA DE APLICACION ESPECIFICA  
A LOS TRABAJADORES

SERVICIO: \_\_\_\_\_

FUNCION: SATISFACCION DE LOS TRABAJADORES

PREGUNTA	MEDICOS		ENFERMERAS		TRAB. SOCIAL		NUT. Y DIET.		TECNICOS		ADMVOS.	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. ¿CUENTA UD. CON EQUIPO, INSTRUMENTAL Y MATERIAL PARA HACER SU TRABAJO CON CALIDAD?	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
2. ¿LO FELICITA SU JEFE POR EL TRABAJO REALIZADO CON CALIDAD?	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
3. ¿EL SALARIO QUE UD. PERCIBE ES CONGRUENTE CON LA MAGNITUD, CALIDAD Y RESPONSABILIDAD CON QUE REALIZA SU TRABAJO?	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
4. ¿TIENE USTED POSIBILIDADES DE PROGRESO Y DESARROLLO PERSONAL EN SU TRABAJO?	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
5. ¿TIENE USTED SEGURIDAD (LABORAL, FISICA Y ECONOMICA) EN EL TRABAJO QUE DESEMPEÑA?	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
6. ¿PARTICIPA USTED CON SU JEFE INMEDIATO Y SUS COMPAÑEROS, EN LAS DECISIONES QUE AFECTAN SU TRABAJO?	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
7. ¿SE LE HA DADO A USTED, SUFICIENTE INFORMACION Y CAPACITACION PARA EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO?	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM	NUM
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%

FCAM-51

## **CUARTA PARTE**

### **ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL COMITE DE EVALUACION DE LA CALIDAD Y EFICIENCIA Y SUBCOMITES MEDICOS**

**CAPITULO XII. ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL COMITE  
DE EVALUACION DE LA CALIDAD Y EFICIENCIA  
DE LA ATENCION EN LAS UNIDADES MEDICAS**

**CAPITULO XIII. ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS  
SUBCOMITES MEDICOS CON BASE AL EXPE-  
DIENTE CLINICO**



## Capítulo XII

### **Organización y Funcionamiento del Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención en las Unidades Médicas**

Dr. José Agustín Díaz López  
Dr. Héctor Aguirre Gas

#### **Antecedentes y Justificación**

La importancia de la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica no puede ser soslayada, va más allá de la simple comparación de los resultados conseguidos con relación a objetivos o metas preestablecidas, el no asignarle el papel que le corresponde lleva implícito el riesgo de incurrir en responsabilidad ante la población a la que se atiende. Mientras más rigurosa y objetiva sea la evaluación, favorecerá en mayor proporción una atención médica con calidad.

El concepto debe entenderse en dos grandes rubros:

#### **. EL TECNICO:**

Que consiste en la aplicación de las normas y los conocimientos médicos vigentes y los recursos tecnológicos disponibles para resolver el problema de salud del paciente.

#### **. EL INTERPERSONAL:**

Que consiste en el tipo de relación que se establece entre los prestadores de servicios con el paciente y sus familiares.

Las dos dimensiones son complementarias, por lo tanto, no es posible proporcionar atención de calidad elevada si alguna de las dos premisas es deficiente.

Entre la solución del problema de salud del paciente y la relación interpersonal se establece "todo un proceso", en el que intervienen los factores de organización y funcionamiento de la institución y la dotación de recursos necesarios

para el otorgamiento de los servicios, ambos regulados por normas y programas vigentes.

Todos estos factores requieren de mecanismos de evaluación que proporcionen los elementos de juicio necesarios para determinar el grado de calidad con que se otorgan los servicios en las unidades de atención médica.

A través de la evaluación se analiza la calidad de la atención, concebida como el grado de satisfacción de las necesidades de salud y las características de la prestación del servicio, en relación con las expectativas del usuario, del trabajador y de la institución. Si las expectativas de estos tres elementos interactuantes son satisfechas en forma óptima, la calidad de la atención se considera excelente (Capítulo V).

Teniendo en cuenta que las instituciones de salud integran un gran sistema, las jurisdicciones sanitarias y las unidades médicas y servicios, subsistemas, sujetos de evaluación de la calidad de la atención médica, debe considerarse a los recursos como insumos; a la aplicación de normas, comités, cumplimiento de programas, acciones médicas, técnicas y la satisfacción del trabajador, como proceso y a la productividad, costos, morbilidad, mortalidad, letalidad, atención al paciente, satisfacción del mismo y de la institución, como resultados.

A través del tiempo se han emitido documentos que han sido de gran utilidad para evaluar la calidad de la atención médica, aunque en forma parcial, entre ellos puede mencionarse la Evaluación del Expediente Clínico (23-29, 31, 32, 34-38, 43), las Normas de los Comités Médicos: del Expediente Clínico, de Investigación, de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias, de Mortalidad y de Tejidos (65-70), la Evaluación Integral de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas (10-15, 18, 71), la Evaluación Sistemática (72).

Ante la diversidad y amplitud de mecanismos para evaluar la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios médicos, es conveniente que exista un sólo órgano que coordine las acciones de los Comités, efectúe el control y seguimiento de programas, integre las áreas administrativas y a través de una adecuada coordinación, conduzca a la obtención de resultados que permitan conocer la calidad de la atención y eficiencia con que se otorgan los servicios, en forma integral en las unidades de atención médica y en base a este conocimiento generar acciones que requieran, para resolver los proble-

mas captados o estimular los logros obtenidos y así mejorar la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios. Con estos fines, se propone la integración del: **"COMITE DE EVALUACION DE LA CALIDAD Y EFICIENCIA DE LA ATENCION EN LAS UNIDADES MEDICAS"**.

## **Objetivos del Comité**

### Objetivo General

Contribuir a que la prestación de la atención médica, se realice en condiciones óptimas de calidad y eficiencia, con satisfacción de las expectativas de usuarios, prestadores de servicios y de la institución.

### Objetivos Específicos

- . Evaluar la calidad de la atención médica a través del análisis del proceso y resultados. Cuando se identifiquen factores de la estructura que afecten la operación, proceder a su análisis.
- . Conocer el grado de cumplimiento de normas y programas de atención médica, identificar las desviaciones en su realización, como elemento para retroalimentar al proceso de operación, al prestador de servicios y a la institución.
- . Coordinar las acciones de evaluación de los diferentes Subcomités Médicos, Técnicos y Administrativos, para conjuntar los resultados a la evaluación integral de la unidad médica.
- . Determinar y disponer de la información de evaluación, por niveles médico, técnico y administrativo, que permita en forma inmediata:
  - Identificar problemas relevantes por nivel jerárquico de competencia.
  - En coordinación con los responsables de su solución proponer en forma participativa las mejores alternativas de solución.

- Verificar periódicamente el avance en la solución de los problemas hasta su consecución.
- Identificar, reconocer y difundir los aciertos, para su generalización.

.En forma mediata:

- Promover la interrelación entre los servicios y niveles de atención.
- Orientar e intensificar la capacitación y actualización del personal.
- Fomentar la investigación.
- Modernizar el sistema para el prestación de los servicios.

## ESTRUCTURA

- El Comité está integrado por el cuerpo de gobierno, con representantes: del área médica, paramédica, administrativa, responsables de programas operativos (institucionales, delegacionales y locales), responsables de Subcomités Médicos y Administrativos.
- La nominación de los representantes la efectúa el cuerpo de gobierno de la unidad.
- El Comité estará integrado por:
  - . Presidente.
  - . Secretario Técnico.
  - . Vocales.
  - . Vocales Ejecutivos.
- El Comité podrá apoyarse en asesores, expertos en asuntos específicos.
- Todos los integrantes del Comité tendrán suplentes, quienes asistirán a las reuniones en ausencia justificada del titular. La suplencia definitiva de los vocales, es responsabilidad del cuerpo de gobierno.

- Los Comités Médicos y Administrativos cambiarán su denominación por la de "SUBCOMITES", dependientes del "COMITE DE EVALUACION DE LA CALIDAD Y EFICIENCIA".
- La presidencia del Comité es responsabilidad del Director de la unidad, en su ausencia será sustituido por el Subdirector Médico o el funcionario de jerarquía inmediata al Director. En las unidades de medicina familiar por un Jefe de Departamento Clínico.
- La secretaría de actas es responsabilidad del Jefe de Enseñanza e Investigación o encargado de esta área.
- Los Vocales son los jefes de los servicios o responsables de las áreas médicas, paramédicas, administrativas y los responsables de Subcomités y Programas específicos en operación. Es recomendable que el Vocal, responsable de Subcomité o Programa sea una persona interesada en el mismo.
- La vocalía ejecutiva es responsabilidad asumida por alguno o algunos de los Vocales antes mencionados, cuando los problemas o asuntos a resolver sean de la competencia del servicio o área bajo su responsabilidad operativa.

## ATRIBUCIONES

- Del Presidente.
  - Preside el Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención en las unidades médicas.
  - Elabora el calendario de reuniones.
  - Convoca las reuniones ordinarias y extraordinarias.
  - Vigila el cumplimiento de las funciones y actividades asignadas a sus miembros.

- Toma decisiones tendentes a la solución de problemas en su nivel de competencia.
  - Designa a los responsables de Subcomités o Programas Específicos.
- Del Secretario Técnico.
- Elabora la agenda de trabajo de cada reunión, en coordinación con el Presidente del Comité.
  - Cita a las reuniones a los miembros del Comité.
  - Elabora el acta de acuerdos de los asuntos tratados en el Comité.
  - Elabora las comunicaciones escritas a los Vocales Ejecutivos, sobre las medidas correctivas a desarrollar, con base en los acuerdos del Comité.
  - Efectúa seguimiento de los asuntos determinados por el Comité.
  - Recibe, organiza y controla la información de las vocalías, integra y mantiene actualizado el archivo del Comité.
  - Elabora mensualmente un informe de los problemas y avance en su solución, relacionados con el Comité.
  - Elabora un informe cuatrimestral, escrito y gráfico, de evaluación de la calidad de la atención, productividad y eficiencia, de la unidad médica.
- De los Vocales.
- Son responsables del buen funcionamiento del logro de los objetivos y resultados del Subcomité o Programa asignado por el cuerpo de gobierno de la unidad.
  - Asisten a las reuniones del comité cuando sean requeridos.

- Efectúan Autoevaluación de la Calidad de la Atención y Eficiencia, en sus respectivos servicios, así como de los Programas y Subcomités bajo su responsabilidad.
- Presentan el informe de Autoevaluación al presidente e integrantes del Comité, evidenciando los aciertos, el seguimiento de los acuerdos tomados, problemas para el logro de metas y objetivos, alternativas de solución, para su discusión y aprobación.
- Verifican periódicamente, en coordinación con el Vocal Ejecutivo, el cumplimiento de las disposiciones dictadas por el Comité.
- Elaboran el informe mensual de avance en la solución de problemas.

- Del Vocal Ejecutivo.

- Garantiza el buen funcionamiento y logro de objetivos y resultados del servicio o departamento a su cargo, para el cumplimiento de las disposiciones dictadas por el Comité.
- Ejecuta las medidas correctivas dictadas por el Comité.
- Verifica el cumplimiento de las disposiciones del Comité.
- Integra un archivo en su servicio para el control y seguimiento de asuntos asignados por el Comité.
- Elabora el informe para el Secretario Técnico, sobre la solución de problemas, evalúa resultados y presenta conclusiones al Comité, en relación a la calidad y eficiencia de la atención en su servicio o departamento, para su inclusión en la siguiente reunión del Comité.
- Informa al personal a su cargo de los comentarios efectuados por el Comité, en relación a resultados presentados y acciones a seguir.
- Trasmite al personal los reconocimientos determinados por el Comité.

## **FUNCIONES**

- Instalación del Comité.
  - En reunión del cuerpo de gobierno, el Director de la unidad, dará a conocer los objetivos del Comité, designará a los miembros, sus cargos y funciones.
  - Se levantará un acta constitutiva indicando la fecha, lugar de reunión, los miembros titulares y suplentes que integran el Comité, con sus respectivas firmas de reconocimiento.
  - El cambio de algún (os) titular (es) será motivo de actualización del acta constitutiva.
- Las reuniones ordinarias del Comité serán exclusivamente con los integrantes del mismo. Se considera obligatoria su asistencia y permanencia en las sesiones. El Presidente del Comité tiene la facultad de invitar a participar en sesiones extraordinarias del Comité a los expertos que considere necesario.
- El "quorum" requerido será determinado por el Presidente del Comité, de acuerdo a los asuntos a tratar.
- Las sesiones ordinarias se efectuarán como mínimo una vez por semana.
- Las reuniones extraordinarias podrán ser solicitadas por cualquiera de los miembros del Comité, al Presidente del mismo, señalando los asuntos que las justifiquen. El Presidente del Comité, podrá convocar a sesión extraordinaria si lo estima necesario.
- Todas las sesiones del Comité, ordinarias y extraordinarias, se harán mediante comunicación oficial por escrito, en la que señale día, hora, sitio, duración y orden del día.
- Desarrollo de las sesiones.
  - Verificación de la asistencia de los integrantes del Comité convocados, recabando firma del registro en el acta preelaborada.



- Lectura y aprobación del orden del día.
  - Aprobación del acta anterior, enviada previamente anexa al citatorio. En su caso efectuar las correcciones pertinentes.
  - Desahogo del orden del día.
  - Las decisiones se tomarán por consenso de los miembros presentes en la sesión. En caso de no existir acuerdo, el Presidente tomará la decisión, se convocará a expertos o se solicitará mayor información.
  - De cada sesión se levantará una acta, misma que será sometida a la consideración de los integrantes del Comité antes de la siguiente sesión.
  - Las conclusiones y comisiones que se deriven de las juntas, serán compendiadas por el Secretario Técnico en el acta correspondiente y enviadas a los integrantes del Comité que correspondan, por escrito.
- Los criterios de evaluación serán establecidos por el Comité de unidad médica, con base en normas vigentes, cumplimiento de metas y objetivos programados, criterios establecidos en documentos normativos de Subcomités, resultados de encuestas a derechohabientes y trabajadores, datos estadísticos institucionales.
- La Autoevaluación será en unidad médica y zonal, cuatrimestralmente se hará una presentación de Autoevaluación, de acuerdo a los lineamientos descritos en el respectivo instructivo.

## **Capítulo XIII**

### **Organización y Funcionamiento de los Subcomités Médicos con Base al Expediente Clínico**

Dr. Héctor Aguirre Gas  
Dr. José Agustín Díaz López

#### **SUBCOMITE DE EVALUACION DEL EXPEDIENTE CLINICO**

##### **Introducción**

En el "Hospital de la Raza" inaugurado en 1956 se inicio por un grupo de médicos interesados en conocer la calidad con que se estaba otorgando la atención médica, la revisión de expedientes como una metodología útil para evaluarla. Un año después, este grupo de médicos quedó integrado como una "Comisión de Supervisión Médica" (22) por instrucciones del cuerpo de gobierno del hospital.

De los trabajos de esta "Comisión" se derivó en 1959 una primera publicación en el Boletín Médico del IMSS (23) y posteriormente en 1962, la edición de un fascículo con la denominación de "Auditoría Médica" (24). Este documento sirvió de base para que otras instituciones del Sector Salud desarrollaran sus procesos para la evaluación de la calidad de la atención (27,28,29).

Fue hasta 1972 cuando la Auditoría Médica evolucionó hacia la "Evaluación Médica", con la edición por la Subdirección General Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, de un fascículo de "Instrucciones" con esa denominación (25) como complemento de ese fascículo, un año después se editaron las "Instrucciones" para la elaboración del "Expediente Clínico en la Atención Médica" (26).

A partir de esta época se inicio la publicación de trabajos muy importantes de investigación sobre Evaluación de la Atención Médica por el Dr. Fernando Gonzalez Mortesinos, la Dra. Adalia F. Lee Ramos y un grupo selecto de

investigadores, utilizando como fuente de información al expediente clínico (30-38).

En 1981 y 1983 fueron actualizados los documentos normativos que conducían las actividades del "Comite de Evaluación del Expediente Clínico", sin embargo el tiempo se ha encargado de darle vigencia a la "Evaluación Médica" (25) y al "Expediente Clínico en la Atención Médica" (26), mismos que han sido tomados como inspiración para la estructuración del capítulo IX de este libro.

En épocas recientes la evaluación del expediente clínico, ha sido orientada hacia la evaluación de la calidad de la atención médica, pretendiéndose evaluar un número cada vez mayor de expedientes. Aun cuando este proceso ha tenido algunas repercusiones favorables, se ha dejado de prestar atención suficiente al expediente clínico como documento de registro de las actividades médicas, con lo cual su calidad y su utilidad se han venido deteriorando progresivamente.

Las ventajas de contar con un expediente clínico correctamente estructurado son multiples. Pueden identificarse los siguientes:

- Recuperar información indispensable de la evolución de los pacientes, requerida para continuar con la atención del paciente.
- Recuperar información para la realización de trabajos de investigación clínica.
- Obtener la información necesaria que permita la justificación y defensa de los trabajadores del IMSS, ante casos de quejas y demandas por atención médica deficiente. La falta de información o la imposibilidad de recuperarla limitan una defensa legal adecuada.
- La integración adecuada del expediente clínico conforme a instrucciones formales contenidas en los instrumentos normativos correspondientes, representa una guía metodológica para una atención médica con calidad. Su elaboración, así como su revisión y análisis por el "maestro" y la retroalimentación al "alumno", integran el proceso de enseñanza-aprendizaje de manera completa.

- La presentación de sesiones clínicas de casos problema o sesiones anatomoclínicas con casos quirúrgicos o de autopsia, con fines docentes requiere de información precisa y completa, recuperada del expediente clínico.

### **Objetivo**

Mejorar la calidad en la integración, estructuración y elaboración del expediente clínico con objeto de que constituya un instrumento que contribuya a: mejorar la calidad con que se otorga la atención, facilitar los diferentes procesos de la educación y el desarrollo de la investigación médicas.

### **Políticas**

- Hacer conciencia en el personal médico y paramédico sobre la importancia de una integración, estructuración y elaboración del expediente clínico y los beneficios que reporta.

- Apoyar la adecuada integración, estructuración y elaboración del expediente clínico mediante la difusión de la norma y proporcionar los elementos necesarios para lograrlo.

- Mantener en forma constante la atención sobre la integración, estructuración y elaboración del expediente clínico a nivel del cuerpo de gobierno y jefes de departamento clínico de la unidad.

- Otorgar estímulos y reconocimiento al personal y servicios que lleven a cabo una integración, estructuración y elaboración del expediente clínico conforme a las normas vigentes.

### **Universo**

Departamentos clínicos de las unidades de atención médica de primer, segundo y tercer nivel de atención.

## **1. Organización**

- 1.1 El Subcomité de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica a través del Expediente Clínico será coordinado y reglamentado por el Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención en las Unidades Médicas.
- 1.2 El Subcomité de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica a través del Expediente Clínico, será presidido por el Jefe de Educación e Investigación Médica o quien lo represente y contará con un mínimo de tres Vocales seleccionados de entre los Jefes de División, de Departamentos Clínicos o Paramédicos. En caso necesario se invitará a participar a los expertos que se requiera. El jefe de servicio involucrado, será el Vocal Ejecutivo.
- 1.3 El Subcomité se reunirá para su integración y levantamiento del acta constitutiva correspondiente y posteriormente con periodicidad semanal.
- 1.4 A cada sesión del Subcomité se invitará al personal involucrado en el caso.
- 1.5 En las Unidades de Medicina Familiar la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica a través del Expediente Clínico será realizado por el Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de las unidades médicas.

## **2. Procedimientos**

- 2.1 Los procedimientos y criterios para selección y revisión del expediente clínico y para el análisis y la evaluación del caso se encuentran contenidos en el capítulo IX sobre Evaluación de la Calidad de la Atención a través del Expediente Clínico.
- 2.2 La revisión, análisis y evaluación del expediente clínico y de la calidad con que se otorgó la atención, serán fuente de información para el análisis del Subcomité de Detección, Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias y en caso que se requiera, de los Subcomités de Tejidos, Mortalidad y Quejas.

- 2.3 El Jefe de Educación e Investigación Médica o en quien se haya delegado estas funciones, presentará los resultados de la Evaluación del Expediente Clínico y de la Calidad de la Atención Médica a través del Expediente Clínico.
- 2.4 El Jefe del Departamento Clínico del servicio involucrado o en quien él delegue esta función, presentará sus comentarios en relación a la evaluación del expediente clínico y a la calidad de la atención que se otorgó, haciendo énfasis en los problemas que deterioraron ambos aspectos.
- 2.5 El caso quedará abierto a la discusión del Subcomité conforme a la siguiente agenda:
- Análisis y registro de los problemas identificados que hubieran afectado la calidad del expediente clínico y la calidad y eficiencia con que se otorgó la atención.
  - Planteamiento por el Subcomité de los responsables de la solución de los problemas registrados.
  - Determinación por el Subcomité del plan a seguir, en forma participativa con el jefe del servicio involucrado y los responsables de la solución de los problemas registrados, fijando fechas de término para su solución.
- 2.6 Registro de las conclusiones del caso de la hoja de evaluación del Subcomité.
- 2.7 Verificación mensual por el Vocal que el Subcomité designe, del avance en la solución de los problemas identificados, registro e informe al Presidente del Subcomité.
- 2.8 Informe mensual al Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención en las Unidades Médicas por el Presidente del Subcomité. Formatos CAM 52 y 53.

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**SUBCOMITE DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION A TRAVES DEL EXPEDIENTE CLINICO**

PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISION	EVALUACION
<p><b>JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA O SU REPRESENTANTE</b></p> <p>Comentarios a los resultados de la Evaluación del Expediente Clínico y de la Calidad de la Atención Médica a través del Expediente Clínico, haciendo énfasis en los problemas que afectaron la calidad del documento y la calidad de la atención médica.</p>	<p>COMENTARIOS:</p>
<p><b>JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO, DONDE SEA ATENDIDO EL CASO O EN QUIEN DELEGUE ESTA FUNCION</b></p> <p>Comentarios en relación a los resultados de la Evaluación del Expediente Clínico y de la Calidad de la Atención Médica a través del Expediente Clínico, haciendo énfasis en los problemas de manejo, deficiencias, errores y omisiones que afectaron la calidad del documento y de la atención médica.</p>	<p>COMENTARIOS:</p>

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**SUBCOMITE DE EVALUACION DE LA CALIDAD  
DE LA ATENCION A TRAVES DEL  
EXPEDIENTE CLINICO**

PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISION	EVALUACION				
<p>ANALISIS POR EL SUBCOMITE.</p> <p>Comentarios sobre deficiencias, errores y omisiones. Identificación y registro de problemas. Alternativas de solución. Responsables de la solución. Plan a seguir. Seguimiento hasta su solución.</p>	CONCLUSIONES:				
	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO
Empty space for additional notes or observations					



## **SUBCOMITE DE TEJIDOS**

### **Introducción**

Como esencial en el propósito de lograr una atención médica de calidad, se tiene a la efectividad en la obtención de resultados congruentes con el problema de salud del paciente, con el objetivo de la atención y con el programa de estudio y tratamiento.

La obtención de resultados discordantes con los esperados lleva implícita la necesidad de evaluar el desarrollo del proceso de la atención e identificar los posibles errores u omisiones que se hubieran presentado, determinar las medidas requeridas para resolver los problemas que lo requieran y prevenirlos en lo futuro.

El análisis metodológico de los casos atendidos, permitirá identificar tanto los procedimientos que no producen los resultados esperados como aquellos que permiten el logro de mejores resultados. Con base en ello adoptar los que producen mejores beneficios para el estudio.

### **Objetivo**

Mejorar la calidad con que se otorga la atención médica a través de la verificación de la congruencia entre el diagnóstico clínico, el diagnóstico quirúrgico; evaluar los resultados de la cirugía y sus complicaciones.

Determinar y adoptar los procedimientos que muestren mayor efectividad en la solución de los problemas quirúrgicos.

### Objetivos intermedios

- Mejorar la congruencia clínica, diagnóstico-quirúrgica.
- Determinar los procedimientos que redituen los mejores resultados y verificar su cumplimiento.

- Determinar las necesidades de capacitación del personal que realiza intervenciones quirúrgicas en función de los resultados obtenidos, complicaciones y reintervenciones quirúrgicas y en su caso restringir los "privilegios" para realizar cirugía.

### **Políticas**

Identificar y aplicar los procedimientos quirúrgicos que ofrezcan mayores resultados.

Identificar el personal con mejores resultados en la congruencia clínico-quirúrgica y capacitar al personal con índices más bajos.

Utilizar los procedimientos quirúrgicos que ofrezcan mejores opciones en cuanto a efectividad.

Las actividades del subcomité no son punitivas, sus resultados se utilizarán exclusivamente para mejorar la calidad y eficiencia de la atención médica.

Analizar los casos de defunción que hubieran sido sometidos a intervención quirúrgica e identificar sus causas y los problemas inherentes, registrarlos y en forma participativa con el responsable de darles solución establecer los compromisos para resolverlos y darles seguimiento hasta su solución.

### **Universo**

Personal médico asignado al proceso de cirugía en las unidades médicas hospitalarias del Instituto Mexicano del Seguro Social.

### **Actividades**

- Identificar los casos de pacientes sometidos a cirugía en los que el diagnóstico preoperatorio no sea congruente con el postoperatorio.
- Identificar los casos en los que el diagnóstico histopatológico no sea congruente con el diagnóstico quirúrgico.

- Identificar los procedimientos quirúrgicos que ofrezcan mejores resultados e implantarlos.
- Identificar los procedimientos quirúrgicos que en forma constante o con frecuencia den lugar a complicaciones y modificarlos o desecharlos.
- Identificar al personal médico o paramédico que con frecuencia tiene complicaciones, infecciones o reintervenciones quirúrgicas y ofrecerle capacitación o en su defecto suspenderlo de la programación quirúrgica

### **Acciones**

- A través de la revisión de los registros de cirugía y del expediente clínico, identificar los casos en que no hubiera existido congruencia entre el diagnóstico clínico preoperatorio y el diagnóstico quirúrgico.
- Con la participación del departamento de anatomía patológica, identificar los casos en los que el diagnóstico anatómico o histopatológico no sean congruentes con el diagnóstico clínico del diagnóstico quirúrgico.
- Identificar a través de la revisión del expediente clínico los procedimientos que con mayor frecuencia generen complicaciones y promover su modificación o suspensión.
- Identificar a través de la revisión del expediente clínico a los cirujanos con mayor incidencia de falta de congruencia clínico-quirúrgica o clínico patológica, complicaciones o reintervenciones quirúrgicas, ofrecerle capacitación y en caso de no capacitarse suspenderlo de la programación quirúrgica.
- Analizar a través del expediente clínico y en su caso del informe de autopsia, los casos de defunción que hubieran sido sometidos a cirugía, especial atención debe darse a las defunciones ocurridas en la sala de operaciones o en el área de recuperación.
- Informar al Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la unidad médica y atender a sus indicaciones, registrarlas y retroinformar al Comité y a los servicios involucrados, indicando las acciones preventivas y correctivas

para evitar nuevos problemas, corregir los existentes y darles seguimiento para constatar su cumplimiento.

### **Organización**

- El Subcomité de Tejidos será coordinado y reglamentado por el Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención en las Unidades Médicas.
- El Subcomité de Tejidos será presidido por el Jefe de División o del Servicio de Cirugía y tres Vocales de entre Jefes de Departamento Clínico de Servicios Médicos, Quirúrgicos, Laboratorio, Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica. Si es necesario se invitará a participar a los expertos que se requiera. El Jefe de Servicio involucrado será el Vocal Ejecutivo.
- El Subcomité se reunirá para su integración y levantamiento del acta constitutiva correspondiente y posteriormente con periodicidad semanal.
- A cada sesión del Subcomité se invitará al personal involucrado en el caso.

### **Procedimientos**

- El caso será seleccionado conjuntamente por el Jefe de Anatomía Patológica y el Jefe de División o Servicio de Cirugía, con base a incongruencia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico, que represente una aportación útil para la educación médica.
- El caso deberá haber sido sometido previamente a la revisión del Subcomité de Evaluación del Expediente Clínico, del Subcomité de Detección, Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias y en caso que corresponda, al Subcomité de Quejas.
- El Jefe de Educación e Investigación Médica o en quien él delegue la función presentará los resultados de la Evaluación de la Calidad de Atención Médica a través del Expediente Clínico y de otros Subcomités con sus comentarios.
- El Jefe de Departamento Clínico del Servicio involucrado o en quien él delegue esta función, realizará la discusión clínica, las indicaciones de cirugía, los

procedimientos quirúrgicos realizados, los programas de estudio y tratamiento y los posibles errores y omisiones.

- El Jefe de Departamento de Anatomía Patológica o en quien él delegue esta función, presentará los resultados del estudio histopatológico y la correlación clínico-patológica y hará sus comentarios en relación a la congruencia.
- El caso quedará abierto a la discusión del Subcomité, conforme a la siguiente agenda:
  - Comentarios sobre posibles errores u omisiones.
  - Análisis y registro de los problemas identificados que hubieran afectado la calidad y eficiencia con que se otorgó la atención.
  - Análisis del criterio de la indicación de los procedimientos quirúrgicos.
  - Planteamiento por el Subcomité de las alternativas de solución correspondientes.
  - Identificación por el Subcomité del o los responsables de la solución de los problemas registrados.
  - Determinación por el Subcomité del plan a seguir, en forma participativa con el Jefe del Servicio involucrado y los responsables de la solución de los problemas registrados, fijando fechas de término para la solución del problema.
- Registro de las conclusiones del caso, en la hoja de evaluación del Subcomité.
- Verificación mensual por el Vocal, que el Subcomité designe del avance en la solución de los problemas identificados, registro de su avance e informar al Presidente del Subcomité.
- Informe mensual al Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención en las Unidades Médicas por el Presidente del Subcomité.

Formatos CAM-54 y 55.

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

SUBCOMITE DE TEJIDOS

PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISION	EVALUACION
<p><b>JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA O SU REPRESENTANTE</b></p> <p>Comentarios a la información de la Cédula de Registro de la Evaluación de la Calidad de la Atención a través del Expediente Clínico, Subcomité de Detección, Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias y Subcomité de Quejas, con análisis y comentarios relacionados con deficiencias en la atención.</p>	<p>COMENTARIOS:</p>
<p><b>JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO, DONDE SEA ATENDIDO EL CASO O EN QUIEN DELEGUE ESTA FUNCION</b></p> <p>Discusión clínica-quirúrgica del caso, haciendo énfasis en la fundamentación del diagnóstico y de los programas de estudio y tratamiento, las indicaciones y los procedimientos quirúrgicos realizados, posibles errores y omisiones.</p>	<p>COMENTARIOS:</p>

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

**UNIDAD MEDICA** \_\_\_\_\_

**SUBCOMITE DE TEJIDOS**

PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISION	EVALUACION				
<p>JEFE DE DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA O EN QUIEN DELEGUE ESTA FUNCION</p> <p>Presentación de resultados del estudio histopatológico.</p> <p>Correlación histopatológica con la clínica.</p> <p>Congruencia.</p>	<p>COMENTARIOS:</p>				
<p>ANALISIS DEL CASO POR EL SUBCOMITE</p> <p>Evaluación de la capacidad resolutive de la cirugía.</p> <p>Comentarios sobre deficiencias, errores y omisiones.</p> <p>Identificación de problemas.</p> <p>Alternativas de solución.</p> <p>Responsables de la solución.</p> <p>Plan a seguir.</p> <p>Seguimiento hasta su solución.</p>	EVALUACION				
	<p>CONCLUSIONES:</p>				
	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO

## SUBCOMITE DE MORTALIDAD

### Introducción

Como médico es muy difícil substraerse al sentimiento de frustración y fracaso que sobreviene cuando los esfuerzos por preservar la salud y la vida de los pacientes son infructuosos: esta situación adquiere una mayor relevancia cuando la defunción ocurre en un medio hospitalario donde se cuenta con los recursos necesarios para poder prevenirla y dar solución a los problemas que eventualmente pudieran favorecer su presentación.

La defunción de un paciente adquiere una trascendencia mayor cuando existe la sospecha o aún por la certeza de que existieron deficiencias, errores o negligencia médica o administrativa que hubiera podido favorecer, contribuir u ocasionar la defunción del paciente.

Debe hacerse una diferenciación precisa entre los pacientes que fallecen como etapa final de una enfermedad que ha venido evolucionando de manera inexorable hasta terminar con las posibilidades de sobrevivencia del paciente o casos en que la magnitud del daño imposibilita la sobrevida en ellos la defunción era previsible y con frecuencia inevitable. En estos casos el Subcomité de Mortalidad debe concretarse únicamente a constatar y registrar las condiciones del deceso.

Por otra parte se tiene a los pacientes que ingresan a un hospital con un diagnóstico preciso para estudio, para tratamiento o con un padecimiento que no representa riesgo aparente de muerte y que en forma inesperada, no previsible o sorpresiva, fallecen. Esta situación adquiere una relevancia particular cuando el fallecimiento corresponde a un producto "in utero", aparentemente sano o a una mujer embarazada sin una complicación aparente.

En estos últimos casos es cuando la misión del Subcomité de Mortalidad adquiere una relevancia trascendental.



## **Objetivo**

Identificar los casos en que la defunción de un paciente hubiera acontecido en forma inesperada e imprevisible, investigar sus causas, señalar los problemas médicos o administrativos que pudieran haber contribuido a su presentación, registrarlos, proponer alternativas para prevenirlos y resolverlos, y a través de ello, mejorar la calidad y eficiencia en la atención médica y disminuir la mortalidad hospitalaria.

## **Universo**

Pacientes hospitalizados en las unidades médicas que fallecen en el transcurso de su hospitalización, particularmente cuando su defunción no era previsible o evitable.

## **Políticas**

Hacer especial atención a las defunciones maternas de productos "in utero" y pacientes muertos en quirófano.

Las actividades del Subcomité no son punitivas, sus resultados serán utilizados exclusivamente para mejorar la calidad y eficiencia en la atención médica.

## **Actividades**

- Revisar el expediente clínico del 100% de los casos de defunción por el Jefe del Departamento Clínico donde hubiera acontecido la defunción, informar al Subcomité y retroinformar al personal involucrado.
- Identificar por un miembro del Subcomité los casos en que la defunción hubiera sido previsible o inevitable, registrarlos e informar al Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención.
- Revisar por un miembro del Subcomité los resultados de autopsia del 100% de los casos en que el cadáver del paciente hubiera sido sujeto a autopsia y establecer la correlación anatomoclínica.

- Revisar por el Subcomité en pleno, aquellos casos de: muerte materna, defunción imprevista, defunción en quirófano, muerte de un producto "in utero", aquellos en que la defunción hubiera sido imprevista o en los que hubieran existido hallazgos imprevistos o discordancias entre los diagnósticos de defunción y los resultados de autopsia.
- Informar al Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención en la Unidad Médica y atender sus indicaciones, registrarlas y retroinformar a los servicios involucrados, indicando las acciones preventivas y correctivas para evitar nuevos problemas y corregir los existentes y darles seguimiento para constatar su cumplimiento.

### **Organización**

- El Subcomité de Mortalidad será coordinado y reglamentado por el Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención en las Unidades Médicas.
- El Subcomité de Mortalidad será presidido por el Jefe de Departamento de Anatomía Patológica y contará con un mínimo de tres Vocales que serán: el Jefe de Educación e Investigación Médica, un Jefe de Servicios Médicos o Quirúrgicos, el Jefe de Laboratorio o el Jefe de Radiodiagnóstico; el Jefe del Servicio involucrado en el caso será Vocal Ejecutivo. Si es necesario se invitará a participar a los expertos que se requiera.
- El Subcomité se reunirá para su integración y levantamiento del acta correspondiente y posteriormente con periodicidad semanal.
- Asistirán a cada sesión del Subcomité como invitados: el personal involucrado en el caso.
- En las Unidades de Medicina Familiar, el Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención en las Unidades Médicas evaluará los casos de defunción con base a la revisión del expediente clínico y del certificado de defunción o informe del hospital de referencia.

## **Procedimientos**

- El caso será seleccionado por el Jefe del Servicio de Anatomía Patológica o en quien él delegue esta función, en coordinación con el Jefe de Educación Médica, con base a la congruencia de los diagnósticos clínicos o quirúrgicos con los hallazgos anatomopatológicos que representen una aportación útil para la educación.
- El caso deberá haber sido sometido previamente a la revisión del Subcomité de Evaluación del Expediente Clínico, del Subcomité de Detección, Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias, por el Subcomité de Tejidos y en caso que corresponda, por el Subcomité de Quejas.
- El Jefe de Educación e Investigación Médica o en quien él delegue la función, presentará los resultados al Subcomité de Evaluación del Expediente Clínico y otros Subcomités con sus comentarios. Los resultados y comentarios se registrarán en la Cédula de Evaluación del Subcomité de Mortalidad.
- El Jefe del Departamento Clínico del Servicio involucrado o en quien él delegue esta función, realizará una discusión clínica del caso, haciendo énfasis en la fundamentación del diagnóstico y de los programas de estudio y tratamiento, posibles errores y omisiones.
- El Jefe del Departamento Clínico de Anatomía Patológica, o en quien él delegue esta función, presentará los resultados del estudio anatomopatológico y la correlación anatomoclínica en relación a la congruencia.
- El caso quedará abierto a la discusión del Subcomité, conforme a la siguiente agenda:
  - Comentarios sobre los probables errores u omisiones.
  - Problemas identificados que afectaron la calidad con que se otorgó la atención.
  - Planteamiento por el Subcomité de las alternativas de solución correspondientes.

- Identificación por el Subcomité del o los responsables de la solución de los problemas identificados.
  - Determinación por el Subcomité del plan a seguir en forma participativa con el jefe del servicio involucrado, fijando fechas de término para la solución del problema.
- Registro de las conclusiones del caso en la hoja de Evaluación del Subcomité.
- Verificación mensual por el Vocal que el Subcomité designe del avance en la solución de problemas identificados y registre e informe al Presidente del Subcomité.
- Informe mensual al Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención en las Unidades Médicas, por el coordinador del Comité.  
Formatos CAM-56 y 57.

DIA      MES      AÑO

HOJA

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

SUBCOMITE DE MORTALIDAD

CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

280

PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISION	EVALUACION
<p><b>JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA O SU REPRESENTANTE</b></p> <p>Presentación y comentarios de la Cédula de Registro de la Evaluación de la Calidad de la Atención a través del Expediente Clínico y Subcomité de quejas con análisis y comentarios relacionados con deficiencias en la atención, en caso de haberse presentado una queja.</p>	<p>COMENTARIOS:</p>
<p><b>JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO, DONDE SEA ATENDIDO EL CASO O EN QUIEN DELEGUE ESTA FUNCION</b></p> <p>Discusión clínica del caso, con énfasis en la fundamentación del diagnóstico de los programas de estudio y tratamiento, así como en los posibles errores y omisiones.</p>	<p>COMENTARIOS:</p>

FCAM-56

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**SUBCOMITE DE MORTALIDAD**

**PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISION**

JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO DE ANATOMIA PATOLOGICA  
O EN QUIEN DELEGUE ESTA FUNCION

Presentación de resultados del estudio anatomopatológico.

Correlación anatomoclínica.

Congruencia de los diagnósticos integrados y el programa de estudio  
y tratamiento realizado con los resultados de la autopsia.

**EVALUACION**

COMENTARIOS:

**ANALISIS DEL CASO POR EL SUBCOMITE**

Comentarios sobre errores y omisiones.

Identificación de problemas.

Alternativas de solución.

Plan a seguir, responsables, fechas de solución.

Seguimiento.

**EVALUACION**

CONCLUSIONES:

EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO
-----------	------------	--------------	-----------------	------------

--	--	--	--	--

FCAM-57

## **SUBCOMITE DE DETECCION, PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS**

Si se parte del principio ético: "primero no dañar", las infecciones hospitalarias representan un contrasentido fundamental de la medicina.

Las implicaciones de una infección adquirida en el hospital son múltiples tanto para el paciente, como para la institución y para el propio prestador de servicios.

Para los pacientes una infección adquirida en el hospital representa en primera instancia sufrir un daño como consecuencia de la misma atención, sin embargo pueden enunciarse los siguientes problemas:

- Incremento de la morbilidad
- Incremento del riesgo de mortalidad
- Prolongación del tiempo de estancia hospitalaria con el consiguiente costo social
- Insatisfacción por los servicios recibidos.

Para la institución:

- Incremento en los costos de la atención por mayor estancia hospitalaria
- Incremento en los costos de la atención por incremento en el consumo de medicamentos y material de curación, principalmente los antimicrobianos
- Disminución en la disponibilidad de camas para atención de pacientes que lo requieran
- Incremento en la presentación de quejas
- Deterioro de la imagen institucional

Para los prestadores de servicios:

- Incremento en las actividades a realizar
- Incremento del riesgo de adquirir una infección
- Disminución de la satisfacción en el desempeño de sus actividades

**Objetivo General**

Disminuir la tasa de incidencia de las infecciones hospitalarias al mínimo posible, mediante la aplicación correcta de los procedimientos para su prevención, detección y control.

**Objetivos Secundarios**

- Detección oportuna de las infecciones hospitalarias
- Prevención de la adquisición de las infecciones hospitalarias
- Control de las infecciones hospitalarias
- Disminuir la mortalidad por infecciones hospitalarias
- Disminuir las complicaciones de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos como consecuencia de infecciones adquiridas en el hospital
- Disminuir el promedio de días de estancia hospitalaria
- Disminuir el porcentaje de ocupación hospitalaria
- Disminuir los costos por concepto de medicamentos y material de curación
- Contribuir a mejorar la satisfacción del usuario por los servicios recibidos y del prestador por los servicios otorgados



### **Políticas**

- Prevenir, identificar y controlar las infecciones hospitalarias con participación de todo el personal de salud
- Considerar a la infección hospitalaria como un problema de salud multifactorial más que como responsabilidad personal de alguno de sus miembros
- Tener en cuenta que la principal víctima de una infección hospitalaria es el paciente y en segunda instancia los miembros del equipo de salud que lo tienen a su cargo.
- Las actividades del Subcomité no son punitivas, sus resultados se utilizarán exclusivamente para mejorar la calidad y eficiencia en la atención médica.

### **Universo**

Pacientes que reciben atención en una unidad médica, en primera instancia en hospitalización y secundariamente en consulta externa.

### **Responsables**

Personal médico, paramédico y administrativo, bajo cuyo cuidado se encuentran los pacientes que reciben atención en una unidad médica.

### **Actividades**

Identificar las áreas con mayor riesgo para la adquisición de una infección hospitalaria:

- Quirófano
- Unidades de cuidados intensivos
- Unidades para la atención de recién nacidos con prematurez o patología
- Áreas con pacientes infecto contagiosos

-Areas con pacientes inmunocomprometidos

Identificar pacientes con mayor susceptibilidad de adquirir infecciones hospitalarias

- Pacientes sujetos a intervenciones quirúrgicas
- Pacientes sujetos a procedimientos invasivos
- Pacientes inmuno comprometidos
  - Con síndrome de inmunodeficiencia adquirida
  - Con tratamiento con medicación inmuno depresora
  - Con radioterapia
  - Con enfermedades debilitantes
- Recien nacidos prematuros
- Ancianos
- Pacientes con antibioticoterapia de amplio espectro
- Pacientes sujetos a inhaloterapia
- Pacientes con venoclísis
- Pacientes con sonda vesical
- Pacientes sujetos a aspiración de secreciones de las vías aéreas superiores

Identificar los procedimientos para la detección de infecciones hospitalarias

Identificación y notificación por el médico tratante y del personal de enfermería a cargo de los cuidados del paciente:

- Pacientes con fiebre
  - Pacientes con estancia prolongada
  - Pacientes con inflamación relacionada con procedimientos invasivos
  - Presencia de secreciones anormales
  - Orina turbia o fétida
  - Dehiscencia de heridas
- Detección por:
- Personal del Comité de Infecciones
  - Revisión de los cultivos positivos informados por el laboratorio
  - Identificación de infecciones en consulta externa de pacientes hospitalizados previamente

- Reingreso de pacientes por infecciones adquiridas en hospitalizaciones previas
- Muestreo de personal
- Muestreo de áreas físicas

## **Procedimientos**

### **1. Detección de infecciones hospitalarias.**

- 1.1 La enfermera responsable del paciente, la enfermera jefe de piso, la subjefe de enfermeras o el personal becario identifican signos de infección: fiebre, calosfríos, signos de inflamación como enrojecimiento, aumento de volumen o dolor, secreciones anormales, diarrea, orina turbia, etc., que se encontraban ausentes, lo registran en el expediente clínico y lo comunican al médico tratante.
- 1.2 El médico tratante identifica signos de infección que se encontraban ausentes al ingreso del paciente o recibe comunicación del personal becario o de enfermería conforme al criterio médico determina si se trata de una infección y si ésta fue adquirida en el hospital o es una infección comunitaria, realiza los registros correspondientes en el expediente clínico y lo notifica por escrito al Subcomité de Infecciones.
- 1.3 La enfermera asignada al Subcomité de Infecciones conforme a programa de visita a las áreas de hospitalización identifica signos de infección que se encontraban ausentes al ingreso del paciente, los registra, los notifica al médico tratante y recaba de él la confirmación de que se trata de una infección intrahospitalaria.
- 1.4 La enfermera del Subcomité de Infecciones visita diariamente la sección de microbiología del laboratorio de análisis clínicos y registra los cultivos positivos indicando: nombre, número de afiliación y cama del paciente, producto cultivado, microorganismo aislado y su susceptibilidad a los antimicrobianos. Verifica en cada caso la posibilidad de una infección intrahospitalaria en caso de no haber estado presente al ingreso del paciente, lo comunica al médico tratante y recaba de él la confirmación de que se trata de una infección intrahospitalaria.

- 1.5 Identificación de infecciones hospitalarias en consulta externa, particularmente cuando hubieran sido consecuencia de la atención previa.
- 1.6 Identificación de infecciones hospitalarias en pacientes que reingresan al hospital, particularmente cuando la infección hubiera sido consecuencia de la atención previa.
- 1.7 Procedimientos para la identificación de infecciones en el personal de salud o contaminaciones en las áreas físicas, mobiliario, equipo, instrumental y alimentos.
  - 1.7.1. Elaborar y cumplir programa para identificar procesos infecciosos en el personal susceptibles de producir infecciones hospitalarias.
  - 1.7.2. Separar al personal con infecciones susceptibles de producir infecciones hospitalarias de las áreas en que exista este riesgo.
  - 1.7.3. Dar tratamiento específico y verificar la curación del personal con infecciones susceptibles de producir infecciones hospitalarias.
  - 1.7.4. Elaborar y cumplir programas para identificar contaminaciones en áreas físicas, mobiliario, equipo, instrumental y alimentos.
  - 1.7.5. Realizar muestreos periódicos de contaminaciones en áreas físicas, mobiliario, equipo, instrumental y alimentos.
  - 1.7.6. Realizar aseos exhaustivos de áreas físicas, mobiliario y equipo.
  - 1.7.7. Verificar la esterilización del instrumental y ropa quirúrgica
  - 1.7.8. Retroinformar al proveedor para la corrección de las desviaciones, llevar a cabo las sanciones que correspondan o cambiar al proveedor.

## 2. Seguimiento epidemiológico de la infección

La identificación de una infección hospitalaria debe conducir invariablemente a la investigación del origen y mecanismos de la infección, factores predisponentes y la forma de prevenirlas y controlarlas, particularmente

cuando se trata de casos repetidos. Confirmar si el germen contaminante es el mismo que se identificó en la probable fuente de infección.

### 3. Procedimientos para la prevención de infecciones hospitalarias

Con la participación del personal de la unidad y bajo la coordinación del Subcomité de Infecciones se deberán establecer por escrito los procedimientos que se requieran para la prevención de infecciones hospitalarias, se considera que como mínimo debe contarse con los siguientes:

- 3.1. Técnica para la instalación de venoclisis
- 3.2. Técnica para la instalación de cateteres endovenosos
- 3.3. Técnica para la realización de curaciones a heridas no contaminadas, ni infectadas
- 3.4. Técnica para la curación de heridas contaminadas o infectadas
- 3.5. Técnica para la aspiración de secreciones de vías aéreas superiores por vía naso o bucofaringea
- 3.6. Técnica para la aspiración de secreciones por traqueostomía
- 3.7. Técnica para los cuidados de traqueostomía
- 3.8. Técnica para el manejo, lavado y esterilización del equipo de inhaloterapia
- 3.9. Técnica para el manejo de ropa hospitalaria y desechos contaminados
- 3.10. Técnica para la instalación y manejo de sondas vesicales
- 3.11. Técnicas de aislamiento
  - 3.11.1. Aislamiento protector
  - 3.11.2. Aislamiento para secreciones potencialmente infectantes
  - 3.11.3. Aislamiento de excretas
  - 3.11.4. Aislamiento de sangre y sus fracciones

- 3.11.5. Aislamiento de vías respiratorias
- 3.12. Técnica para el lavado de manos del personal que integra el equipo quirúrgico
- 3.13. Técnica para verificar los procedimientos de esterilización de instrumental y ropa quirúrgica
- 3.14. Técnica para verificar la esterilización de los biberones con alimento para recién nacidos y lactantes
- 3.15. Criterios, programación y técnica para la realización de los aseos exhaustivos

Los procedimientos referidos deberán ser difundidos al personal de las áreas correspondientes y realizar talleres para su análisis e implantación y verificar su estricto cumplimiento por el responsable del área.

#### 4. Control de antimicrobianos

- 4.1. Identificación de los antimicrobianos más útiles para cada tipo de infección y en función de la bacteria prevalente en mayor proporción, conforme a cultivos y antibiogramas.
- 4.2. Determinación de las normas para la utilización de los antimicrobianos en forma participativa con el personal médico involucrado
  - Antimicrobianos de primera elección, que pueden ser utilizados libremente a criterio del médico tratante
  - Antimicrobianos que pueden ser utilizados con cultivo, a criterio del médico tratante
  - Antimicrobianos que pueden ser utilizados por el médico tratante conforme a cultivo y antibiograma
  - Antimicrobianos que requieren para su prescripción del jefe de departamento clínico o infectólogo del hospital
  - Antimicrobianos que sólo pueden prescribirse con autorización del Subcomité de Infecciones

5. Integración, análisis, difusión y utilización de la información relativa a las infecciones adquiridas en el hospital. Bajo la coordinación del Presidente del Subcomité de Infecciones:
  - 5.1. Integra y se sistematiza la información recibida y se clasifica de acuerdo con las siguientes variables:
    - 5.1.1. Servicio de procedencia
    - 5.1.2. Sitio de la infección
    - 5.1.3. Producto estudiado
    - 5.1.4. Microorganismo o microorganismos aislados
    - 5.1.5. Susceptibilidad a los antimicrobianos de cada microorganismo
  - 5.2. Realiza seguimiento epidemiológico que permita determinar las causas, el mecanismo y la fuente de la infección
  - 5.3. Elabora Informes
    - 5.3.1. Del seguimiento epidemiológico de cada caso
    - 5.3.2. De la situación epidemiológica en cada servicio, que incluya: infecciones más frecuentes, microorganismos que las producen, antimicrobianos más útiles conforme a los antibiogramas
    - 5.3.3. Mecanismos y fuentes de las infecciones
  - 5.4. Retroinforma a los servicios
  - 5.5. Informa al Comité de Infecciones
  - 5.6. Identifica los problemas para la prevención, detección y control de infecciones hospitalarias
  - 5.7. Conjuntamente con los responsables de los diferentes servicios establecer la que se considera la mejor opción para resolverlos y fijar los compromisos correspondientes para su solución con el aval del Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención en la Unidad Médica
  - 5.8. Dar seguimiento al avance en la solución de los problemas, conforme a los compromisos establecidos y mantener informado al Comité de

Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención en la Unidad Médica de los avances y cumplimiento de los compromisos por cada servicio

- 5.9. Difundir mensualmente la situación que guardan las infecciones en el hospital a los diferentes servicios
- 5.10. Elaborar un informe estadístico anual, difundirlo a las diferentes servicios y presentarlo en sesión general de la unidad
- 5.11. Elaborar cuadros por servicio y generales de la unidad en que se determine cuales son los microorganismos prevalentes en cada tipo de infección y cuales son las antimicrobianos de elección para su tratamiento, conforme a los antimicrobianos correspondientes, como guía para la prescripción
- 5.12. Informa al Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención en la Unidad Médica, atiende a sus indicaciones, las registra y retroinforma al Comité y a los servicios involucrados, incluyendo las medidas preventivas y correctivas para prevenir nuevos problemas y corregir los existentes y darles seguimiento para constatar su cumplimiento.

## 6. Evaluación del expediente clínico

El expediente clínico como elemento de registro de los eventos que ocurren durante la atención de los pacientes, aporta sólo una pequeña parte de los elementos de información que el Subcomité de Detección, Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias requiere para su correcto funcionamiento, por lo tanto, el instructivo para el funcionamiento de este Subcomité será el que se encuentre vigente en cada institución.

Los puntos importantes que deben ser verificados por el Subcomité mediante la evaluación del expediente clínico son:

- 6.1. Interrogatorio y exploración completos al ingreso del paciente, que permita identificar la presencia o ausencia de infecciones.
- 6.2. Registro y realización de medidas de prevención para la posible adquisición de infecciones hospitalarias.



- 6.3. El seguimiento cuidadoso de la evolución, que permita identificar la presencia de nuevas infecciones adquiridas en el hospital, descartando las que hubieran podido encontrarse en proceso de incubación.
- 6.4. Registro de la notificación al Subcomité de Detección, Prevención y Control de las Infecciones, de la presencia de una infección adquirida en el hospital.
- 6.5. Indicación de las medidas necesarias para el control de la infección diagnosticada y de prevención de la trasmisión de la infección a otros pacientes.
- 6.6. Registro en el expediente clínico de la presencia de una infección hospitalaria.

Formatos CAM-58 y 59.

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**SUBCOMITE DE DETECCION,  
PREVENCION Y CONTROL DE LAS  
INFECCIONES HOSPITALARIAS**

**PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISION**

**EVALUACION**

**JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA O SU REPRESENTANTE**

COMENTARIOS:

Comentarios a la información de la Cédula de Registro de la Evaluación de la Calidad de la Atención a través del Expediente Clínico y de otros Subcomités participantes en el caso, con especial énfasis en el registro de información relacionado con las infecciones hospitalarias.

**JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO, DONDE SEA ATENDIDO EL CASO O EN QUIEN DELEGUE ESTA FUNCION**

COMENTARIOS:

Discusión clínica del caso, haciendo énfasis en el diagnóstico y manejo de las infecciones previas o en proceso de incubación al ingreso y las infecciones adquiridas durante su hospitalización.

293

SUBCOMITES MEDICOS

FCAM-58

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**SUBCOMITE DE DETECCION,  
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS  
INFECCIONES HOSPITALARIAS**

**PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISION**

**EVALUACION**

**ANALISIS DEL CASO POR EL SUBCOMITE**

**CONCLUSIONES:**

Diagnóstico de infecciones al ingreso.  
Medidas de prevención para la adquisición de infecciones hospitalarias.  
Diagnóstico oportuno de infecciones adquiridas en el hospital.  
Notificación de la infección hospitalaria al Comité.  
Indicación de las medidas de control.  
Registro en el expediente clínico de la infección hospitalaria.

EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO
-----------	------------	--------------	--------------	------------

294

CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

## **SUBCOMITE DE INVESTIGACION MEDICA**

### **Introducción**

La satisfacción de las necesidades de salud de la población de nuestro país, tanto las que han sido endémicas y no ha sido factible resolver, como las enfermedades de reciente aparición y las que han resurgido, imponen grandes retos a la profesión médica, retos que son particularmente complejos en las épocas de crisis como las que estamos viviendo. En tales situaciones es indispensable desarrollar nuevos conocimientos y tecnología que permitan nuevas alternativas de solución, para viejos y nuevos problemas, cuando los modelos previos hubieran sido ya agotados.

Los nuevos modelos, los nuevos conocimientos y la nueva tecnología a desarrollar, deberán estar en forma prioritaria relacionados con los principales problemas de salud de nuestra población.

La necesidad de realizar investigación en un país como en el nuestro, que nos permita dar solución oportuna, eficiente y efectiva a los problemas de salud de mayor prevalencia por región o zonas prioritarias.

En conclusión, la investigación médica nos permitirá caracterizar con mayor certeza los problemas de salud que afectan a nuestra población y consecuentemente proponer la mejor alternativa de solución y probar su efectividad.

Por otra parte, una buena investigación médica requiere, para poder llevarse a cabo, de investigadores preparados que permitan desarrollarla dentro de los cánones más depurados, de tal manera que permita disponer de conclusiones válidas, científicamente significativas y aplicables.

### **Objetivo**

Promover y realizar investigación científica de alta calidad en las unidades de atención médica, que permitan desarrollar conocimientos y tecnología, que contribuyan a dar solución a los principales problemas de salud de la población usuaria.

## **Universo**

Unidades de atención médica de primero, segundo y tercer nivel de atención.

## **Responsables**

Personal médico, paramédico y administrativo de las unidades de atención médica.

## **Políticas**

Estimular el desarrollo de investigación médica mediante la participación de personal capacitado específicamente.

Realizar investigación médica en congruencia con los problemas de salud de la población usuaria, de la región o de la zona, según su urgencia, relevancia y factibilidad.

Promover la capacitación del personal médico y paramédico, para que realice investigación científica de alto nivel.

Difundir los conocimientos desarrollados como consecuencia del proceso de investigación realizado.

Asesorar y apoyar al personal médico y paramédico de la unidad, para la realización de estudios de investigación y para su publicación.

Mantener informado al Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención en relación al desempeño de sus funciones, requiriendo su apoyo cuando sea necesario.

## **Funciones**

- Promover la realización de proyectos de investigación.
- En forma participativa con el personal operativo de la unidad, identificar las prioridades de investigación de la misma.

- Revisar, evaluar y en su caso asesorar o autorizar la realización de los proyectos de investigación que les sean presentados.
- Dar seguimiento a los proyectos de investigación en proceso.
- Apoyar la publicación de los proyectos de investigación realizados.
- Promover la capacitación del personal médico, paramédico y administrativo en la realización de proyectos de investigación.

### **Actividades**

1. Analizar los principales motivos de demandas de atención médica o quirúrgica.
2. Identificar al personal médico, paramédico y administrativo con interés y aptitudes para realizar investigación médica.
3. Promover la capacitación médica del personal médico, paramédico y administrativo de la unidad médica.
4. Identificar y priorizar las necesidades de investigación regionales o zonales, en función de su magnitud, trascendencia y factibilidad.
5. Recibir, revisar y analizar los proyectos de investigación; asesorar en lo conducente para mejorar la calidad del proyecto y en su caso solicitar la autorización para la realización del proyecto al Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la unidad médica.
6. El Subcomité de Investigación Médica comunica al servicio que presentó el proyecto, acerca de su autorización, y se acuerda la periodicidad del seguimiento de avances.
7. El Subcomité de Investigación Médica, da seguimiento al avance de los proyectos, asesora a los responsables en los casos que se requiera.
8. Promueve y apoya al personal para la publicación de su trabajo.

9. El Subcomité de Investigación informa periódicamente al Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la unidad médica y al personal de la unidad acerca de su productividad.

## **1. Organización**

- 1.1 El Subcomité de Investigación será coordinado por el Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención en las Unidades Médicas.
- 1.2 El Subcomité de Investigación será presidido por el Jefe de Educación e Investigación Médica o quien lo represente y contará con un mínimo de tres vocales, seleccionados entre los Jefes de División, de Departamentos Clínicos o Paramédicos; en caso necesario se invitará a participar a los expertos que se requiera. El Jefe del Servicio involucrado será el vocal ejecutivo.
- 1.3 El Subcomité se reunirá para su integración y levantamiento del acta constitutiva correspondiente y posteriormente con periodicidad mensual, o en forma extraordinaria cuando se requiera.
- 1.4 El Subcomité hará su dictamen por escrito

## **2. Procedimientos**

- 2.1 El Subcomité recibe los protocolos de investigación a través del Jefe de Departamento Clínico correspondiente.
- 2.2 Los criterios para el análisis de los protocolos de investigación serán determinados por las Comisiones Institucionales correspondientes.
- 2.3 El Subcomité analizará la procedencia de la investigación, la metodología propuesta, los objetivos, el cumplimiento de los requisitos de ética y seguridad de la investigación.
- 2.4 El Subcomité informará por escrito la aprobación del protocolo, la necesidad de llevar a cabo correcciones para ser sometido nuevamente a análisis o su rechazo.

- 2.5 El Jefe de Educación e Investigación Médica o en quien se haya delegado estas funciones informará por escrito al Jefe de Departamento Clínico involucrado, sobre el dictamen del Subcomité.
- 2.6 El Subcomité revisará el protocolo de investigación una vez hechas las correcciones correspondientes y la aprobará en caso de que así corresponda o solicitará nuevas correcciones.
- 2.7 El Subcomité realizará un registro mensual de los resultados de sus actividades en los formatos correspondientes (capítulo X, Evaluación de la Investigación).
- 2.8 Informe mensual al Comité de Calidad y Eficiencia de las Unidades Médicas por el Presidente del Subcomité.  
Formato CAM-60 y 61.



DIA      MES      AÑO

HOJA

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

SUBCOMITE DE INVESTIGACION MEDICA

**PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISION**

**EVALUACION**

**JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA O SU REPRESENTANTE**

COMENTARIOS:

Comentarios a los resultados de la Evaluación del Expediente Clínico y de la Calidad de la Atención Médica a través del Expediente Clínico, haciendo énfasis en los problemas que afectaron la calidad del documento y la calidad de la atención médica.

**JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO, DONDE SEA ATENDIDO EL CASO O EN QUIEN DELEGUE ESTA FUNCION**

COMENTARIOS:

Comentarios en relación a los resultados de la Evaluación del Expediente Clínico y de la Calidad de la Atención Médica a través del Expediente Clínico, haciendo énfasis en los problemas de manejo, deficiencias, errores y omisiones que afectaron la calidad del documento y de la atención médica.

300

CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

SUBCOMITE DE INVESTIGACION

PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISION	EVALUACION				
<p>ANALISIS DEL CASO POR EL SUBCOMITE</p> <p>Comentarios sobre deficiencias, errores y omisiones.            Identificación y registro de problemas.            Alternativas de solución.            Responsables de la solución.            Plan a seguir.            Seguimiento hasta su solución.</p>	CONCLUSIONES:				
	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO

301

## **SUBCOMITE DE QUEJAS**

### **Introducción**

La satisfacción del usuario con los servicios recibidos, es actualmente uno de los parámetros a los que se da mayor importancia como elemento para evaluar la calidad con que se otorgan los servicios, en una institución dedicada a prestarlos, particularmente cuando se trata de servicios médicos.

Sin embargo, la insatisfacción por los servicios recibidos puede manifestarse en diferentes formas: a través de una encuesta diseñada exprofeso para identificar motivos de insatisfacción, con el propósito de poder prevenirlos y corregirlos; mediante una queja verbal o escrita presentada a través de los conductos existentes para tal efecto o inclusive en forma de demandas civiles o penales, ante las autoridades competentes.

Una queja o una demanda llevan implícito un alto nivel de insatisfacción, con los servicios recibidos que generan una acción en contra de quien los hubiera otorgado; en tales casos es necesario identificar sus factores predisponentes, sus causas y la forma de prevenirlas, evitarlas y resolverlas de manera eficiente.

Los usuarios y sus familiares, están presentes en el desarrollo del proceso de la atención y se percatan directamente de las condiciones en que se otorgan los servicios. Cuando estos servicios generan insatisfacción en sus diferentes grados, están actuando como verdaderos supervisores que ponen de manifiesto a través de encuestas, quejas o demandas, los problemas que hubieran identificado en la estructura, el proceso y los resultados de la atención médica. A través del análisis de estas encuestas, quejas y demandas se pueden identificar, prevenir y resolver problemas que afectan la calidad con que se otorga la atención y a través de ello, esta mejorará.

Como elemento fundamental en la prevención de quejas, a través de la práctica cotidiana se ha identificado a la información que debe otorgarse a los usuarios, así se ha podido constatar que una gran proporción de las quejas son consecuencia de una información deficiente, incorrecta o inoportuna. La información al usuario y sus familiares debe incluir desde los servicios que ofrece la unidad de atención médica y su ubicación, los diagnósticos estable-

cidos, el programa de estudio y tratamiento, hasta las expectativas en cuanto a resultados y el pronóstico del paciente.

Es indispensable que el paciente y sus familiares conozcan las posibilidades de solución de los problemas de salud que dieron lugar a la solicitud de la atención médica, en cuanto a la curación, control o mejoría de su enfermedad, si únicamente es candidato a un tratamiento paliativo o si lo único que podemos ofrecerle es apoyo moral. Un resultado que no es congruente con las expectativas de los usuarios generalmente va a generar inconformidad, quejas o demandas, particularmente si no hubo previamente una información oportuna y suficiente.

### **Objetivo**

Contribuir a mejorar la calidad y eficiencia con que se otorga la atención médica, a través del análisis de las quejas presentadas por los usuarios, de sus causas y de la realización de acciones, coordinadas para su prevención y solución.

### **Políticas**

- Desarrollar acciones anticipatorias que permitan abatir las causas de quejas.
- Atender en forma oportuna, expedita, amable y eficiente las quejas que se presenten, con el propósito de disminuir el grado de inconformidad de los usuarios.
- Dar respuesta en forma oportuna, objetiva y perfectamente fundamentada a las quejas que se presenten.
- Utilizar la información captada a través de las quejas como elementos que permitan identificar problemas que afectan la calidad con que se otorga la atención médica.
- Hacer énfasis en el enfoque preventivo de las quejas.

### **Responsables**

- Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención Médica.
- Subcomité de Prevención y Atención y Solución de Quejas.
- Jefes de Departamento Clínico.
- Jefes de Departamentos Paramédicos y Administrativos.
- Personal Operativo.
- Personal de Orientación y Quejas.

### **Universo**

- Unidades de atención médica.

### **Funciones**

- Recibir y registrar las quejas.
- Analizar la queja por el Subcomité de Quejas.
- Analizar la queja por el departamento clínico involucrado, preparar respuesta y presentarla al Subcomité de Quejas.
- Elaborar dictamen por el Subcomité de Quejas y presentarlo al Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia para su visto bueno y dar respuesta a quien presentó la queja.
- Realizar análisis estadístico de las quejas presentadas agrupándolas por: causas, personal y servicios involucrados y motivo de la queja.
- Determinar acciones preventivas que permitan abatir las causas de quejas, identificar los problemas que las generan y mejorar la calidad de la atención.

### **Acciones**

- Recibir la queja escrita y otorgar acuse de recibo.
- Registrar la queja presentada.
- Atender la queja verbal, transcribirla y registrarla.
- Turnar las quejas recibidas al Subcomité de Quejas.
- Analizar la queja por el Subcomité de Quejas.
- Identificar al servicio responsable, el motivo y la causa de la queja, así como al personal responsable.
- Turnar la queja para su análisis al servicio responsable.
- Analizar la queja por el servicio involucrado en forma objetiva incluyendo la fundamentación de las conclusiones a las que se llegue y la proposición de las alternativas de solución.
- El Jefe de Departamento Clínico involucrado, presenta la queja al Subcomité con su opinión y proposición de alternativa de solución.
- El Subcomité de Quejas integra el dictamen a lo propuesto por el Departamento Clínico involucrado, ratificando o rectificando su opinión y lo presenta al Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia para su conocimiento y recabar su visto bueno.
- El Subcomité de Quejas informa a quien presentó la queja, acerca del resultado de sus gestiones y alternativas de solución.
- El Subcomité de Quejas realiza un análisis estadístico periódico que permita identificar las causas más frecuentes, el motivo de la queja, el personal que las genera en mayor proporción y los servicios involucrados.
- El Subcomité de Quejas presenta los resultados de su análisis al Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia.

- El Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia con participación del Subcomité de Quejas y los responsables de los servicios involucrados, determinan las acciones para prevenir las quejas y los problemas que les dan lugar, la mejor alternativa de solución y la periodicidad del seguimiento hasta su solución.

### **EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA A TRAVES DEL ANALISIS DE QUEJAS.\***

#### **1. Organización**

- 1.1 El Subcomité de Quejas será coordinado y reglamentado por el Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención en las Unidades Médicas.
- 1.2 El Subcomité de Quejas será presidido por el Subdirector Médico de la unidad, o en su ausencia por un Jefe de División o de Departamento Clínico designado por el Director de la unidad. Los Vocales serán tres y se seleccionarán de entre los Jefes de División o Jefes de Departamento Clínico de Medicina Familiar, Medicina Interna, Cirugía, Pediatría o Gineco-Obstetricia, Subdirector Administrativo, Jefe de Control de Prestaciones o Jefe de Trabajo Social, dependiendo de la problemática predominante y el interés por participar de los funcionarios referidos. En caso necesario se invitará a los expertos que se requiera.
- 1.3 El Subcomité se reunirá para su integración y levantamiento de acta constitutiva correspondiente y posteriormente con periodicidad semanal.
- 1.4 A cada sesión de Subcomité se invitará al personal involucrado en el caso, salvo acuerdo del propio Subcomité.
- 1.5 En las unidades de medicina familiar se llevará a cabo la evaluación de las quejas que se presenten en contra de los servicios de la unidad.

---

\* Ver capítulo XIV

## **2. Procedimientos**

- 2.1 El caso será seleccionado por el Subdirector Médico de la unidad, de común acuerdo con el Jefe de Departamento involucrado, con base a la existencia de aspectos relacionados con la calidad de la atención médica que sean susceptibles de mejorarse.
- 2.2. El caso deberá haber sido sometido previamente a la revisión del Subcomité de Evaluación de la Calidad a través del Expediente Clínico, Subcomité de Detección, Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias y en caso de haber sido sujeto a cirugía o haber fallecido el paciente, a los Subcomités de Mortalidad y Tejidos.
- 2.3. El Jefe de Educación e Investigación Médica o en quien se delegue esta función, presentará los resultados de la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica a través del Expediente Clínico y de otros Subcomités, con sus comentarios.
- 2.4. El Jefe de Departamento Clínico del Servicio involucrado o en quien se delegue esta función realizará la discusión clínica del caso, haciendo énfasis en los aspectos relacionados con el motivo de la queja.
- 2.5. Los Jefes o Encargados de Departamentos involucrados en la queja, presentarán sus comentarios en relación al motivo de la queja.
- 2.6. El caso quedará abierto a la discusión del Subcomité, conforme a la siguiente agenda:
  - Comentarios sobre posibles errores u omisiones.
  - Análisis de los problemas identificados que hubieran afectado la calidad y eficiencia con que se otorgó la atención.
  - Análisis del motivo de la queja y su relación con problemas que afectaron la calidad con que se otorgó la atención médica.
  - Planteamiento por el Subcomité de alternativas de solución correspondientes.



- Identificación por el Subcomité del o los responsables de la solución de los problemas identificados.
  - Determinación por el Subcomité del plan a seguir en forma participativa con el jefe de departamento o servicio involucrado, fijando fechas de término para la solución del problema.
- 2.7. Registro de las conclusiones del caso en la hoja de Evaluación del Subcomité y elaboración del Dictamen de la Queja, incluyendo la procedencia o improcedencia, el área y el personal involucrado.
- 2.8. Verificación mensual por el vocal que el Subcomité designe, del avance en la solución de los problemas identificados, registro del avance e información al Presidente del Subcomité.
- 2.9. Informe mensual al Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención en las Unidades Médicas por el Presidente del Subcomité de las quejas recibidas y resueltas, procedentes e improcedentes, personal y servicios involucrados, problemas identificados y avance en su solución.  
Formatos CAM- 62 y 63

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

**UNIDAD MEDICA** \_\_\_\_\_

**SUBCOMITE DE QUEJAS**

PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISION	EVALUACION
<p><b>JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA O SU REPRESENTANTE</b></p> <p>Comentarios a la información de la calidad de registro de la Evaluación de la Calidad de la Atención a través del Expediente Clínico, de los Subcomités de Tejidos, Mortalidad y Detección, Prevención y Control de Infecciones, con análisis y comentarios relacionados con deficiencias, errores u omisiones en la atención.</p>	<p>COMENTARIOS:</p>
<p><b>JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO, DONDE SE ATENDIO EL CASO O EN QUIEN DELEGUE ESTA FUNCION</b></p> <p>Discusión clínica del caso, haciendo énfasis en los aspectos relacionados con el motivo de la queja y problemas que afectaron la calidad en el otorgamiento de la atención médica.</p>	<p>COMENTARIOS:</p>

309

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

SUBCOMITE DE QUEJAS

PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISION	EVALUACION														
<p>JEFES DE DEPARTAMENTOS CLINICOS O SERVICIOS MEDICOS O PARAMEDICOS QUE PARTICIPARON EN EL CASO.</p> <p>Análisis y comentarios relacionados con la calidad de atención que se otorgó en relación al motivo de la queja.</p>	COMENTARIOS:														
<p>ANALISIS DEL CASO POR EL SUBCOMITE</p> <p>Comentarios sobre deficiencias, errores u omisiones. Comentarios sobre procedencia e improcedencia de la queja. Evaluación y dictamen de la queja. Identificación de los problemas. Alternativas de solución. Responsables de solución. Plan a seguir. Seguimiento.</p>	<p>EVALUACION</p> <p>CONCLUSIONES:</p> <table border="1" data-bbox="912 967 1607 1135"> <thead> <tr> <th data-bbox="912 967 1055 1030">EXCELENTE</th> <th data-bbox="1055 967 1197 1030">SUFICIENTE</th> <th data-bbox="1197 967 1339 1030">INSUFICIENTE</th> <th data-bbox="1339 967 1482 1030">NO REALIZADO</th> <th data-bbox="1482 967 1607 1030">INADECUADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="912 1030 1055 1135"></td> <td data-bbox="1055 1030 1197 1135"></td> <td data-bbox="1197 1030 1339 1135"></td> <td data-bbox="1339 1030 1482 1135"></td> <td data-bbox="1482 1030 1607 1135"></td> </tr> </tbody> </table>					EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO					
EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO											

## **QUINTA PARTE**

# **ESTRATEGIAS DE APOYO PARA EL ME- JORAMIENTO DE LA CALIDAD Y EFICIEN- CIA EN LA ATENCION MEDICA**

### **CAPITULO XIV. EVALUACION DE LA CALIDAD EN LA ATENCION MEDICA A TRAVES DEL ANALISIS DE QUEJAS**

## Capítulo XIV

### Evaluación de la Calidad en la Atención Médica a través del Análisis de Quejas

Sra. Ma. del Carmen Saenz Samaniego  
Dr. Héctor Aguirre Gas

#### Justificación

Se ha considerado que en el acto médico, participará el usuario que recibe la atención, el prestador de servicios que la otorga y la institución como ámbito en el cual se lleva a cabo esta atención. Tanto el usuario, como el prestador de servicios y la institución, tienen expectativas, las cuales esperan que se puedan conseguir como resultado del proceso de la atención médica (10, 12-16,18,20).

También ha quedado establecido que el usuario espera un trato personalizado, atención oportuna, un proceso de atención llevado a cabo en óptimas condiciones, amabilidad en el trato, información suficiente, comodidad en el medio ambiente de la unidad médica y satisfacción con los resultados obtenidos (16,20).

Con mucha frecuencia la institución donde se prestan los servicios, no se entera de las causas y problemas que están generando insatisfacción en los usuarios como elementos que permiten establecer un punto de partida para su solución. A través de las encuestas de opinión a los usuarios de los servicios institucionales, se pretende investigar esos motivos de insatisfacción a través de analizar las causas que les dieron origen, identificar los problemas que afectan la calidad de la atención y establecer los procedimientos necesarios para prevenirlos, resolverlos y con ello mejorar la calidad de la atención.

Desafortunadamente con mucha frecuencia la insatisfacción del usuario es de tal magnitud, que en forma espontánea acude a las instancias institucionales y presenta una queja e inclusive a las instancias judiciales y presenta una

demanda, especialmente cuando no tan sólo sus expectativas no han sido logradas, sino que considera haber sufrido daño como consecuencia de lo que hemos considerado como "INADECUADO" (Capítulo V).

Independientemente de la necesidad de dar respuesta a esa queja o demanda, pagar indemnizaciones o reintegro de gastos por daños o atención en medios privados y en su caso sancionar al responsable, si estamos comprometidos en mejorar la calidad de la atención, debemos utilizar la información que se genere en una queja para identificar las causas que le dieron origen, investigar los problemas en el proceso de la atención que afectaron negativamente a la calidad, registrarlos, fincar la responsabilidad en el área correspondiente, en forma participativa de solución y hacer el seguimiento en los avances para resolverlo hasta su conclusión y con ello progresivamente mejorar la calidad de la atención.

### **Antecedentes**

En la actualidad está normada la existencia de instancias institucionales dedicadas a la atención, análisis y resolución de quejas en general en el sector público y en una proporción importante del privado.

Los sistemas institucionales de quejas se implantaron, con objeto de atender y resolver los problemas presentados por los usuarios, relacionados con la prestación de servicios. Este planteamiento hizo necesario establecer procedimientos de captación, registro, análisis y resolución de quejas, con resultados favorables o desfavorables, con reintegro de gastos o sin él y con sanciones al personal o sin ellas. No obstante, la estructura creada y la metodología puesta en operación no ha permitido disminuir la frecuencia en la presentación de quejas, corregir los problemas que les dieron origen o mejorar la oportunidad, eficiencia, calidad o sentido humanitario con que se otorga la atención. Se propone este programa como una alternativa, que permita la identificación de problemas que afectan la calidad de la atención y la satisfacción del usuario a través de la captación, registro, análisis y seguimiento de las quejas presentadas por ellos.

## **Objetivo**

Contribuir a mejorar la calidad con que se prestan los servicios, a través, del análisis de las causas que motivan la insatisfacción de los usuarios, planteada como queja escrita o verbal, identificación de los problemas que les dieron origen, fincamiento de la responsabilidad en su solución en el área correspondiente, en forma participativa determinar la mejor alternativa de solución y el tiempo probable para lograr el seguimiento y evaluación hasta su corrección.

## **Políticas**

- Utilización de la información generada por las quejas presentadas por los usuarios, como un mecanismo de evaluación que manifiesta la insatisfacción de los usuarios con los servicios recibidos.
- Análisis crítico objetivo de las causas que generan quejas.

## **Límites:**

### Geográficos.

Las unidades de atención médica en el ámbito local, zonal, jurisdiccional, delegacional, estatal, institucional o nacional, tanto en el sector público como privado.

### De tiempo.

Se considera como una actividad permanente.

## **Procedimientos**

1. El personal de Orientación al Derechohabiente o el cuerpo de gobierno de la propia unidad, del nivel delegacional o institucional, de los niveles centrales capta y registra las quejas.

2. A través de los conductos establecidos, se turna la queja al Subcomité de Evaluación de Quejas, dependiente del Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de las unidades médicas.
3. El Subcomité de Evaluación de Quejas, recaba el expediente clínico y en forma participativa con el Subcomité de Evaluación del Expediente Clínico procede a su evaluación.
4. El Subcomité de Evaluación de la Calidad de la Atención a través del Expediente Clínico, determina en coordinación con el Subcomité de Quejas, si existieron errores u omisiones en:
  - 4.1 Captación y registro de información.
  - 4.2 Atención integral.
  - 4.3 Congruencia clínico diagnóstico terapéutica.
  - 4.4 Seguimiento de la evolución.
  - 4.5 Capacidad resolutoria.
  - 4.6 Información.
  - 4.7 Rehabilitación.

Entrega su informe al Subcomité de Evaluación de Quejas.

5. El Subcomité de Evaluación de Quejas, con base al análisis del expediente clínico integra el expediente de la queja mediante el estudio de las expectativas del usuario, en cuanto a:
  - 5.1 Atención personalizada.
  - 5.2 Atención oportuna.
  - 5.3 Proceso de la atención correctamente realizado (informe técnico del Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención a través del Subcomité de Evaluación del Expediente Clínico).
  - 5.4 Trato amable.
  - 5.5 Información suficiente.
  - 5.6 Comodidad en las instalaciones.
  - 5.7 Congruencia de los resultados logrados con los esperados.

Formato CAM-64.



6. El Subcomité de Evaluación de Quejas, revisa el expediente integrado y emite un dictamen fundamentado. En caso necesario puede requerir la participación del Jefe o los Médicos del servicio involucrado.
7. El Subcomité de Evaluación de Quejas, turna el Dictamen de la Queja, a las instancias correspondientes.
8. Mensual y anualmente el Subcomité de Evaluación de Quejas, realiza un análisis de las quejas presentadas en el período, analiza las causas repetitivas o comunes, identifica los problemas específicos y generales, los registra y los informa al responsable del área correspondiente y al Comité de Evaluación de Calidad y Eficiencia de la Atención de la Unidad Médica.

Formato CAM-65 y 66.

9. El responsable del área involucrada registra el problema, genera acciones para corregirlo y le da seguimiento hasta su solución.
10. El Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención en la Unidad Médica, registra los problemas, identifica al responsable de su solución y en forma participativa, establecen la mejor alternativa de solución y el tiempo probable para lograrla.
11. El Subcomité de Evaluación de Quejas registra el problema, los acuerdos del Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención de la Unidad Médica y les da seguimiento hasta su solución.
12. El Presidente del Subcomité de Evaluación de Quejas, informa mensualmente al Comité de Evaluación de Calidad y Eficiencia de la Atención de la Unidad Médica, acerca del avance en la solución de problemas y los nuevos problemas identificados. Anualmente presenta un informe de avance en la solución de quejas y problemas que les dieron origen.
13. El Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención en la Unidad Médica informará cuatrimestralmente a los niveles delegacionales o jurisdiccionales y centrales, acerca de los datos estadísticos, avance en la solución de quejas y mejoría en la calidad de la atención.

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**CEDULA DE DICTAMEN DE MOTIVOS DE QUEJAS**

CONCEPTO	CALIFICACION				
	E	S	I	N	I
TRATO PERSONALIZADO					
OPORTUNIDAD EN LA ATENCION					
PROCESO DE LA ATENCION					
.Captación y registro de datos clínicos					
.Atención integral					
.Congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica					
.Seguimiento de la evolución					
.Capacidad resolutive					
.Información					
.Rehabilitación					
TRATO AMABLE					
INFORMACION SUFICIENTE					
COMODIDAD EN LAS INSTALACIONES					
CONGRUENCIA DE LOS RESULTADOS LOGRADOS CON LOS ESPERADOS					
<b>DICTAMEN</b>					
PROCEDENTE	<input type="text"/>	IMPROCEDENTE	<input type="text"/>		
SERVICIO INVOLUCRADO	_____	PERSONAL INVOLUCRADO	_____		
COMENTARIOS:	_____				

318

CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**CEDULA DE DICTAMEN DE MOTIVOS DE QUEJAS  
HOJA DE CONCENTRACION**

PERIODO EVALUADO:  <b>CONCEPTO</b>	E		S		I		N		I	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TRATO PERSONALIZADO										
OPORTUNIDAD EN LA ATENCION										
PROCESO DE LA ATENCION										
.Captación y registro de datos clínicos										
.Atención integral										
.Congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica										
.Seguimiento de la evolución										
.Capacidad resolutive										
.Información										
.Rehabilitación										
TRATO AMABLE										
INFORMACION SUFICIENTE										
COMODIDAD EN LAS INSTALACIONES										
CONGRUENCIA CON LOS RESULTADOS ESPERADOS										
<b>TOTAL :</b>										
<p>No. DE QUEJAS: _____ PROCEDENTES: No. _____ % _____ IMPROCEDENTES: No. _____ % _____</p>										

319

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA
------

UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

**CEDULA DE DICTAMEN DE QUEJAS  
ANALISIS Y COMENTARIOS**

PERIODO EVALUADO: \_\_\_\_\_

<u>MOTIVOS DE QUEJAS No.</u>	<u>SERVICIO(S) INVOLUCRADOS</u>	<u>PERSONAL INVOLUCRADO</u>	QUEJAS PROCEDENTES:  No. _____ % _____
			QUEJAS IMPROCEDENTES:  No. _____ % _____
			QUEJAS CON REINTEGRO DE GASTOS:  No. _____ % _____
TOTAL: _____			

ANALISIS, COMENTARIOS Y MEDIDAS CORRECTIVAS:

320

CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

**SEXTA PARTE**

**CONCEPTOS ACTUALES Y  
MODERNIZACION**

**CAPITULO XV. ACREDITACION DE CALIDAD EN LA ATENCION  
MEDICA**

**CAPITULO XVI. CALIDAD TOTAL**

## Capítulo XV

### Acreditación de Calidad en la Atención Médica

Dr. Hector Aguirre Gas  
Dr. José Agustín Díaz López

#### Introducción

Hablar de acreditación de calidad de la atención hace pensar en un complejo procedimiento que después de la evaluación de numerosos parámetros y procesos de tabulación, permite determinar una cifra o calificativo que da el valor esperado a la calidad con que se otorga la atención médica.

Si al revisar el índice de este libro caemos en la tentación de empezar por leer el Capítulo de Acreditación, como fuente de un procedimiento mágico que nos permita conocer la calidad con que otorga la atención y darle una calificación, seguramente sufriríamos una decepción.

La acreditación de la calidad de la atención es la parte final de un proceso que se inicia con una evaluación, seguida de un proceso que lleva a su “mejoramiento”, mismo que cuando es consistente permite “asegurar” o “garantizar” que la atención se dé con calidad y como consecuencia de ello dictaminar una acreditación. La necesidad de mantener un nivel de acreditación permanente a través de la vigencia de este procedimiento, le dá continuidad al proceso.

En este libro se pretende concluir con la acreditación de la calidad de la atención médica como una consecuencia lógica de la evaluación de los diferentes aspectos, que como resultado de la revisión de la bibliografía o las aportaciones de los expertos en la materia, que forman el grupo, representan parámetros que se integran al concepto de calidad; la determinación de un procedimiento que en forma protocolizada nos lleva a la identificación de los problemas de operación médicos o administrativos que deterioran la calidad con que se otorga la atención, la ubicación del responsable de la solución de los problemas identificados y conjuntamente con él establecer la mejor alternativa para solución del problema, los pasos a seguir para darle seguimiento hasta resolverlo y la verificación de esta solución a través de una nueva

evaluación que paralelamente permitirá la identificación de nuevos problemas y con ello el reinicio del ciclo. En la medida que este proceso sea permanente, se retroalimente y vaya cada vez abordando problemas más específicos, se dará el "mejoramiento" de la calidad y su permanencia en una verdadera "garantía" en la atención médica. La certificación de su existencia como un procedimiento formal será seguida sin dificultad de la acreditación correspondiente.

Como responsables del desarrollo de este proceso estarán seguramente las autoridades centrales o normativas y las locales con funciones de supervisión, sin embargo, la verdadera utilidad del procedimiento radicará en su aplicación en forma de autoevaluación por los propios cuerpos de gobierno de las unidades médicas y por los jefes de los diferentes servicios integrados con su equipo de trabajo, llámese Círculos de Calidad o Comités.

Si continuamos con el esquema de estructura, proceso y resultados, debería acreditarse cada uno de ellos en dos posibles niveles: **SUFICIENCIA O EXCELENCIA.**

Cabe pensar que una unidad médica con recursos insuficientes, carente de ellos o que pudieran representar un riesgo para los pacientes, no podría acreditar un proceso de atención con un mínimo indispensable de suficiencia, por otra parte un proceso que no alcanza a acreditar un nivel de excelencia o al menos de suficiencia, difícilmente puede generar resultados cuando menos suficientes.

Conforme a la definición de calidad de la atención médica, podría considerarse que la acreditación debería ser dada en dos aspectos que pueden estar interrelacionados: la acreditación de la calidad con que se otorga la atención y la acreditación de la unidad como una institución que forma recursos, con rangos de eficiencia aceptables y que cumple con los programas operativos.

Los elementos a evaluar, la metodología y criterios para evaluarlos se encuentran contenidos en los capítulos previos de este libro, como parte de una secuencia que permite una evaluación integral.

En la literatura se ha propuesto la creación de Comisiones de Acreditación de Calidad de la Atención o de Acreditación de las Unidades Médicas, funcionan-

do en los Estados Unidos de Norteamérica, instituciones que otorgan esta acreditación a solicitud de los interesados (46, 47 y 73).

Sin embargo, aun cuando este concepto parecía ser la cúspide en cuanto a evaluación se refiere, a través de la iniciativa privada y de empresas productoras de bienes, progresivamente se ha venido incorporando a la atención médica el concepto de "Calidad Total", originalmente manejado por los japoneses.

Especial interés en el desarrollo y aplicación de los conceptos de "Calidad Total", ha mostrado la Fundación Mexicana para la Calidad Total A. C., considerando que a través de su aplicación, podría encontrarse el camino que permita a México incorporarse al desarrollo, a la productividad, a la competitividad y participar realmente en el libre comercio.

Los esfuerzos de la Fundación Mexicana para la Calidad Total A. C., se han cosolidado con la institución del "Premio Nacional de Calidad" como un reconocimiento para aquellas instituciones que laboran con "Calidad Total" y la promueven.

Un paso más hacia el logro de la calidad de la atención médica, se dió al integrarse formalmente la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, en enero de 1992 y la designación en un mexicano: Dr. Enrique Ruelas, de la Presidencia de la Sociedad Internacional de la Calidad de la Atención (ISQA).

## ACREDITACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

### Objetivo

Determinar las unidades médicas que pueden garantizar el otorgamiento de atención médica dentro de los criterios de calidad establecidos a nivel de suficiencia o excelencia. (Capítulo V)

**"Otorgar atención médica al usuario con equidad, oportunidad, calidad y humanismo, conforme a las normas, conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con comunicación permanente con el usuario y en un ambiente confortable; mediante el uso adecuado de la tecnología"**



**apropiada, con resultados congruentes con el objetivo de la atención y satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución donde se otorga la atención."**

### **Políticas**

- La acreditación de la calidad se hará en forma objetiva mediante la aplicación de los criterios de calidad establecidos.
- La acreditación de la calidad se hará en forma participativa con los responsables de evaluar la atención de calidad en la unidad médica, a fin de que en su caso, se enteren de las deficiencias que obstaculizan la acreditación y se resuelvan los problemas captados.

### **Responsables de la Aplicación**

Personal directivo en funciones de evaluación de la calidad de la atención médica de nivel: local o central de la propia institución.

### **Periodicidad**

La acreditación de la calidad de la atención y de la unidad médica, se actualizará con periodicidad anual.

### **Límites**

#### De tiempo

El programa de acreditación será permanente.

#### Geográficos

Incluye todas las unidades del Sistema Nacional de Salud, tanto oficiales como privadas.

## Criterios de Acreditación

- Para la acreditación de la calidad de la atención se incluyen los parámetros inherentes al proceso, resultados de la atención médica y satisfacción del usuario, (formato CAM-67).
- Para la acreditación de la unidad médica deben incluirse como factores adicionales los parámetros que contienen las expectativas del trabajador y de la institución.

Los aspectos que están enlazados con la acreditación de la unidad médica, aun cuando repercuten en la calidad de la atención, no están relacionados directamente con su prestación, son:

- Programas de educación e investigación médica en cuanto a formación de recursos de personal para la salud, actividades de difusión y la investigación y publicación de trabajos.
- El cumplimiento de programas operativos.
- La satisfacción del prestador de servicios.
- Las quejas.
- La eficiencia.
- Los costos de operación.

## Asignación de Juicios de Valor

### Acreditación de Calidad

#### EXCELENCIA

Todos los parámetros se encuentran a nivel de suficiencia o superior y se logró alcanzar cuando menos un 80% de excelencia.

**SUFICIENCIA**

Todos los parámetros a evaluar se encuentran a nivel de suficiencia o superior, sin alcanzar el 80% de excelencia.

**NOACREDITAN**

Calidad de atención o calidad de unidad médica cuando existan consistentemente parámetros a nivel de insuficiencia, no realizados o inadecuados.

Formato CAM - 69

**Conclusión**

Debemos tener en cuenta el riesgo que implica la realización de un proceso de acreditación y sus posibles repercusiones:

- Contar con una certificación que acredita a una institución que otorga servicios médicos, como un establecimiento confiable y seguro para solicitarla.
- El condicionamiento de una acreditación al cumplimiento de requisitos que pudieran ser accesibles o no.
- La negativa de una acreditación implicaría situaciones que requerirán de un análisis jurídico en cuando a la posibilidad de cancelar su licencia para continuar funcionando o permitirle continuar su operación, en conocimiento de que los servicios que otorga no son aceptables. Desde este punto de vista sería importante definir el valor y el peso jurídico de cualquier procedimiento de acreditación.
- En relación a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, dedicadas al otorgamiento de atención médica, la posibilidad de no otorgar una acreditación, también llevaría implícita la suspensión de la autorización para continuar en la operación, con las consiguientes repercusiones a nivel laboral, sindical y de disponibilidad de instalaciones para otorgar la atención a la población que quedara descubierta con su cierre.

Esta situación se torna más grave cuando los elementos para no otorgar la acreditación dependen de las posibilidades de disponibilidad de recursos para mejorar instalaciones, equipamiento y cobertura de plazas o para contar con personal capacitado o especializado para otorgar los servicios.

Desde este punto de vista consideramos que por el momento deben establecerse programas de "Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica" y de "Calidad Total".

**ELEMENTOS A EVALUAR**

**ACREDITACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION**

<b>ESTRUCTURA</b>	<b>E</b>	<b>S</b>	<b>I</b>	<b>N</b>	<b>I</b>
RECURSOS FISICOS _____					
.Instalaciones _____					
.Tecnológicos _____					
.Mobiliario _____					
.Instrumental _____					
.Insumos _____					
PERSONAL DE SALUD _____					
.Número _____					
.Selección _____					
.Capacitación _____					
.Actualización _____					
<b>PROCESO</b>	<b>E</b>	<b>S</b>	<b>I</b>	<b>N</b>	<b>I</b>
EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION A TRAVES DEL EXPEDIENTE CLINICO _____					
EVALUACION, GARANTIA Y MEJORAMIENTO DE CALIDAD					
.Comité de Calidad y Eficiencia _____					
.Subcomités Médico-Asistenciales _____					
EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA _____					
.Inducción al puesto _____					
.Capacitación _____					
.Actualización _____					
EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDIANTE VISITA A LAS AREAS _____					
SATISFACCION DEL USUARIO _____					
<b>RESULTADOS</b>	<b>E</b>	<b>S</b>	<b>I</b>	<b>N</b>	<b>I</b>
CAPACIDAD RESOLUTIVA _____					
MORBILIDAD _____					
MORTALIDAD _____					

ELEMENTOS A EVALUAR  
ACREDITACION DE LA UNIDAD MEDICA

FACTORES ADICIONALES

ESTRUCTURA	E	S	I	N	I
EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA					
.Formación de recursos humanos para la salud*					
.Difusión*					
.Investigación y publicación de trabajos*					
PROCESO	E	S	I	N	I
SATISFACCION DEL PRESTADOR DE SERVICIOS*					
RESULTADOS	E	S	I	N	I
CUMPLIMIENTO DE PROGRAMAS OPERATIVOS*					
QUEJAS*					
EFICIENCIA*					
COSTOS DE OPERACION*					
*Afectan exclusivamente a la acreditación de la Unidad Médica.					

**DICTAMEN DE ACREDITACION**

<b>DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA</b>	<b>E</b>	<b>S</b>	<b>I</b>	<b>N</b>	<b>I</b>
ESTRUCTURA					
PROCESO					
RESULTADO					
<b>ACREDITACION</b>					
EXCELENTE					
SUFICIENTE					
NO ACREDITADO					
<b>DE LA UNIDAD MEDICA</b>					
	<b>E</b>	<b>S</b>	<b>I</b>	<b>N</b>	<b>I</b>
ESTRUCTURA					
PROCESO					
RESULTADO					
<b>ACREDITACION</b>					
EXCELENTE					
SUFICIENTE					
NO ACREDITADO					

## Capítulo XVI

### Calidad Total

Dr. Héctor Aguirre Gas  
Dra. Beatriz Báez Gallegos

#### Introducción

La CALIDAD TOTAL ha sido una nueva filosofía, una nueva actitud, que debe estar presente en todos nuestros actos, tendente a mejorar la calidad de nuestra vida y de aquellos con quienes convivimos en la familia, en el trabajo y en la sociedad.

La CALIDAD TOTAL lleva implícito un cambio cultural que involucra a todo el personal de una organización. Se debe iniciar desde la educación y debe estar presente en nuestra mentalidad, en el ambiente, en el trabajo, en los valores, en las economías, en el consumo y en fin, en todos nuestros actos, es un estado de ánimo que debe formar parte de nuestra vida. La calidad se dará conforme cambie la gente, cambien los hábitos y el modo de vida.

A nivel institucional representa una cultura organizacional cuyo fundamento está en conocer y entender las necesidades y expectativas de los usuarios de los servicios, con objeto de ofrecerles una respuesta de calidad. Es un proceso dinámico y sistematizado para mejorar las organizaciones a través del pensamiento científico, con más y mejor información, para el análisis de los procesos, con imaginación, exactitud y buen gusto, que permita desarrollar a las personas que trabajan en ellas y propiciar una mejor calidad de vida.

La CALIDAD TOTAL se debe iniciar a nivel de los directores generales y proyectarse en cascada hasta el nivel más bajo, incluyendo a todo el personal, debiéndose comprometer también a los sindicatos.



## **Antecedentes**

La evaluación de la calidad se llevó a cabo inicialmente a través de la evaluación del expediente clínico (23-38), y a ello se agregó la evaluación de la eficiencia (39), tomando como base la productividad alcanzada por un servicio, hospital, delegación, etc., en la unidad de tiempo, comparada con otros de características similares. Con el desarrollo de la administración institucional, la calidad se consideró sinónimo de un adecuado control de los servicios (19,51), evolucionando después rápidamente hacia la garantía de calidad (55, 56, 58, 59 y 61), la acreditación de los servicios (44, 46, 47 y 73), que reúnen un mínimo indispensable de requisitos, el mejoramiento continuo de los servicios a través de la detección y solución continua de problemas que la deterioran (54, 62) y ahora pretendemos ir hacia la CALIDAD TOTAL (74-75).

## **Definición**

La CALIDAD TOTAL es un proceso programado, integral, sistemático y permanente que propicia un cambio cultural en los grupos sociales, en todos los aspectos de su desempeño, dirigido a mejorar la calidad de su vida en forma continua. En el trabajo implica la presencia de calidad en los dirigentes, trabajadores, funciones, procesos y actividades, dirigidos al logro de la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios.

## **Objetivos**

- Fomentar el establecimiento de los procesos de Calidad Total en las unidades médicas.
- Promover la atención con la calidad que esperan los usuarios dentro de un marco congruente con sus necesidades y expectativas, en concordancia con los conocimientos médicos vigentes.
- Mejorar los procesos de la atención para elevar la calidad de vida de los usuarios y prestadores de servicios.

## **Límites**

### Geográficos

La Calidad Total debe implantarse en todas las áreas, servicios, funciones y actividades de las unidades médicas y administrativas de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, involucrando al 100 % del personal.

### De tiempo

Las acciones deben ser permanentes, ya que el cambio hacia la Calidad Total es difícil y lleva tiempo.

## **Estructuras**

Las estructuras deben ser orientadas al servicio personalizado, deben responder a los cambios del entorno en forma rápida y flexible. No se puede lograr el cambio si no cambian las estructuras.

## **Liderazgo y Capacitación**

El responsable de la CALIDAD TOTAL en una institución, es el líder y la capacitación debe iniciarse con él. Es el primero que debe estar convencido y comprometido con los preceptos de una nueva cultura de calidad.

El líder debe educar con el ejemplo y debe tener un estilo de mando participativo que permita a los trabajadores a involucrarse en la toma de decisiones inherentes a su trabajo. El líder además debe fomentar el liderazgo en los niveles medios de la administración, ganarse la confianza de su personal y procurar buenas relaciones y participación del sindicato.

El líder es el responsable de la capacitación y actualización permanente del personal de todos los niveles en los aspectos relacionados con la calidad en su desempeño, tendente al logro de la realización óptima de sus actividades, la utilización correcta de las herramientas y la forma más eficiente de realizar el trabajo, teniendo siempre en cuenta la satisfacción de las expectativas del

usuario y del trabajador. Debe estimularse la investigación a fin de lograr métodos y procedimientos óptimos para alcanzar la calidad y la eficiencia.

La capacitación no debe limitarse a la propia empresa, previa evaluación, debe extenderse la capacitación en los conceptos y procedimientos de la Calidad Total hacia los proveedores.

Contar con proveedores de calidad en medicamentos, material de curación, equipo, es el primer paso para lograr la Calidad Total, en caso necesario deberán desarrollarse nuevos proveedores. Los proveedores que cumplan con los requisitos de calidad deberán ser sujetos de reconocimiento.

### **Planeación**

Para lograr mantener o incrementar la calidad es necesario que este aspecto esté contemplado en la planeación estratégica. Tener en cuenta:

- La visión, la misión, las prioridades y los objetivos de la institución.
- Considerar las fuerzas y las áreas de oportunidad para mejorar la calidad.
- Las metas a corto y mediano plazo.
- Las estrategias, la capacitación, la tecnología y el desarrollo de proveedores.
- Los programas, presupuestos, responsables, fechas y resultados medibles.
- La evaluación de avance y desarrollo en el proceso de planeación.

### **Evaluación y Control del Proceso**

En la Calidad Total, la evaluación se enfoca principalmente al proceso, secundariamente al producto y no pretende identificar responsables. La solución de los problemas que afectan los procesos como resultado de un esfuerzo preventivo, participativo y perseverante hacia la superación continua, redundará en la mejoría de los resultados, de la calidad de vida de los usuarios y del trabajador.

Entre los aspectos mas importantes a evaluar, están la satisfacción de los usuarios por los servicios recibidos, la participación y la satisfacción del personal.

Para el control de los procesos sujetos a evaluación debe tenerse indicadores cuali-cuantitativos que permitan llevar a cabo un seguimiento de las tendencias y de las medidas de control y sus efectos, sobre los problemas que los atañen, tanto en lo relativo a eficiencia como en calidad. Debe tenerse en cuenta que la calidad no cuesta, es más rentable y permite competir con ventaja.

Debe procurarse el diseño de registros gráficos que hagan objetivo el uso de la información como medio para evaluar, las causas del descontrol, las medidas correctivas y su efecto; establecer estándares actualizados, confiables, específicos, consistentes, claros y medibles; rangos de tolerancia y proyecciones.

Para lograr la Calidad Total no se trata de realizar grandes cambios en algún aspecto, sino pequeñas mejoras en la mayoría de los procesos, mediante la participación de los directivos y trabajadores, tendentes a mejorar la satisfacción de los usuarios.

La autoevaluación debe ser el instrumento fundamental que permita elaborar e integrar un diagnóstico situacional, identificar los problemas que afectan los procesos y diseñar una estrategia y un plan de mejoramiento, independientemente del tamaño o tipo de institución.

El Comité de Calidad y Eficiencia y los Subcomités operativos, representan instrumentos indispensables para la mejoría de la calidad, su eficiencia y funcionamiento adecuado son elementos a tener en cuenta como parte del proceso de garantía de calidad.

### **Satisfacción de Usuarios y Trabajadores**

La institución debe contar con: sistemas que permitan determinar las expectativas y necesidades de los usuarios y trabajadores, la organización que permita no tan sólo dar respuesta oportuna y efectiva a ellas, sino la capacidad de prever sus necesidades futuras y sus expectativas; tener en cuenta que el usuario es quien determina los parámetros de calidad y que a él le interesan los resultados no la organización interna de la institución.

La calidad de vida de los trabajadores y su satisfacción en el trabajo, son elementos inherentes a la Calidad Total.

Como elementos que fomentan la satisfacción del personal puede considerarse:

- Participación en cursos, conferencias sobre calidad y en el comité de calidad.
- Reconocimiento al personal que participe en el programa de calidad y que obtenga resultados con calidad y eficiencia.
- Fomentar la capacitación y desarrollo del personal que en forma madura, creativa, inteligente, colaboren en el mejoramiento de los servicios.
- Participación en la toma de decisiones relacionadas con el desarrollo de su trabajo.
- Seguridad en el desempeño de su trabajo y seguridad de permanecer en él.

Debe contarse con medidas de desempeño y reconocimiento a individuos y grupos, considerándolos como el recurso más importante de la institución. Tener en cuenta como medios de evaluación: encuestas, rotación del personal, ausentismo, ambiente interno, eficiencia, etc.

### **Acreditación y Mejoría Continua**

Las instituciones que están realmente involucradas con la administración de la Calidad Total, han dejado atrás la acreditación, este es sólo uno de los primeros pasos y no es suficiente.

En la Calidad Total no existe un límite o una meta, los procesos y sistemas incorporan elementos de revisión, evaluación, registro, seguimiento y solución de problemas que conduzcan a una mejoría continua; no se trata de circunstancias afortunadas o esfuerzos aislados, por lo tanto su implantación no es casual o de esfuerzos aislados, sino como consecuencia de la existencia de valores, organización y sistemas que la propician.

Se debe partir de la premisa de que la calidad de hoy es mejor que la de ayer y que mañana será mejor gracias a nuestros esfuerzos. Tener en cuenta que la gran calidad de hoy es apenas la mínima de mañana y que la calidad se puede mejorar sin límites.

## **Problemas a Resolver para la Implantación de la Calidad Total**

Para lograr implantar el proceso de Calidad Total es necesario resolver problemas importantes:

- Problemas de estructura, recursos e insumos.
- Identificar los líderes.
- Conseguir el apoyo de la dirección.
- Definir con claridad los objetivos.
- Establecer la visión a mediano y largo plazo.
- Programas que no son convincentes y claros para quienes tienen que aplicarlos, cuando los trabajadores no participaron en su estructuración y no los entienden bien.
- Normas no actualizadas y no aplicables.
- Insuficiente comunicación vertical y horizontal.
- Insuficiente motivación y entusiasmo.
- Resolver conflictos con el sindicato.
- Implantar un riguroso seguimiento de acciones.

## **Programa de Implantación del Proceso de Calidad**

Para la implantación del proceso de calidad total (75), es necesario cubrir en forma organizada las siguientes etapas:

1. Convencimiento y capacitación de los directivos en el proceso de calidad, posteriormente en línea descendente hasta cubrir a la totalidad del personal.
2. Contar con la estructura necesaria para el funcionamiento el proceso de calidad total. Dentro de esta etapa debe cumplirse con los siguientes pasos:
  - Formar equipos de trabajo.
  - Determinar la filosofía de calidad en la empresa.
  - Definir políticas, metas y programas.
  - Contar con estructuras de calidad.

El Comité de Calidad es el órgano rector en calidad y es quien determina la formación de los equipos de trabajo.

3. Desarrollar la cultura de calidad en base al logro de:

- Espiritu de servicio: promover un cambio de actitud favorable en busca de la satisfacción del usuario.
- Visión global de la institución: conocerla e involucrarse con ella.
- Dominio del trabajo: hacerlo bien a la primera vez.
- Cumplimiento del trabajo: hacer aquello a lo que estamos comprometidos.
- Honestidad: no se requiere supervisión ni controles externos, debe tenerse el orgullo personal de hacerlo bien.
- Participación: en la toma de decisiones que afectan al trabajo, no sólo en las discusiones.
- Comunicación, cordialidad, franqueza y apertura de los directivos y con los compañeros de trabajo.
- Oportunidad para el ascenso como resultado del trabajo bien hecho, capacidad y productividad. Una empresa de calidad tiene sueldos y prestaciones por arriba de la media del mercado. Esto permite mayor exigencia en la selección de futuros miembros.

4. Contar con una metodología de calidad: estructura, organización, identificación de expectativas, medición de resultados, logro de metas y retroalimentación.

5. Desarrollar técnicas de análisis y medición de eficiencia y resultados, como: curva normal de distribución (histograma), gráficas de control, diagrama de Pareto, diagrama de causa efecto, gráfica de estratificación y gráficas de dispersión, etc.

6. Técnicas de mejora: diagrama de relación, diagrama de afinidad, análisis de los campos de fuerza, tormenta de ideas, diagrama analítico del proceso, etc.

**REFERENCIAS  
BIBLIOGRAFICAS**



1. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: Estrategia Mundial de Salud para Todos en el año 2000. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1981. Serie "Salud para Todos", No. 3.
2. LEY GENERAL DE SALUD: DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION. Estados Unidos Mexicanos. 7 de febrero de 1984.
3. SECRETARIA DE SALUD: Programa Nacional de Salud, 1984-1988, México. Diario Oficial de la Federación, 9 de agosto de 1984.
4. SECRETARIA DE SALUD: Programa Nacional de Salud, 1990-1994, México.
5. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD: Sistemas Locales de Salud. Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias Tipo. Primera Reunión Nacional. Cocoyoc, Morelos. México, 1989.
6. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD: Sistemas Locales de Salud. Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias Tipo. Guías Metodológicas para el Desarrollo de los Componentes del Proyecto. México, D.F. 1990.
7. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA: Reporte Inventario de Recursos Físicos de Unidades Médicas en Servicio. México, octubre de 1990, actualizado al 15 de marzo de 1991.
8. INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO: Anuario Estadístico de la Subdirección de Finanzas. México, 1990.
9. SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. DIRECCION GENERAL DE COMUNICACION SOCIAL: Mecanismos de Integración Sectorial, 1983; 5:32.
10. SECTOR SALUD, GRUPO BASICO INTERINSTITUCIONAL DE EVALUACION: Bases para Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud. México, D.F. 1987.

11. INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO: Encuestas para Medir la Calidad de la Atención en el I.S.S.S.T.E. México. Febrero-julio de 1988.
12. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA. JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALES: Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del I.M.S.S. México, 1987.
13. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA. JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALES: Evaluación de la Calidad de la Atención Médica en los Hospitales del I.M.S.S. Cédula de Registro. México, 1987.
14. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA. JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALES: Evaluación de la Calidad de la Atención Médica en los Hospitales del I.M.S.S. Instructivo. México, 1987.
15. GONZALEZ POSADA, J.; MERELO ANAYA, A.; AGUIRRE GAS, H.; CABRERA HIDALGO, J.A.: Sistema de Evaluación Médica, Progresos y Perspectivas. Rev. Médica, IMSS, 1984; 22:407.
16. AGUIRRE GAS, H. : Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Expectativas de Pacientes y Trabajadores. Revista Salud Pública de México. Marzo-abril de 1990; 32: 170.
17. SECRETARIA DE SALUD. GRUPO BASICO INTERINSTITUCIONAL DE EVALUACION: Cuadro Básico de Indicadores para la Evaluación de la Salud. México, 1990. (En revisión).
18. SECRETARIA DE SALUD. GRUPO BASICO INTERINSTITUCIONAL DE EVALUACION: Norma Técnica para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. México, 1990 (pendiente su autorización).
19. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA. ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE MEXICO: Unidad de Garantía de Calidad. Curso Internacional sobre Calidad de la Atención Médica. VI Cápsulas Biográficas. Cuernavaca, Mor. 1990.

20. DONABEDIAN, A.: La Calidad de la Atención Médica. La Prensa Médica Mexicana, S.A., México, 1984.
21. DONABEDIAN, A.: The Quality of Care. How can it be assessed? *Jama*, 1988; 260:1743.
22. CARDENAS DE LA PEÑA, E.: Servicios Médicos del I.M.S.S. Doctrina e Historia. Capítulo VI. Sistemas y Procedimientos. Auditoría Médica I.M.S.S. 305. 1974.
23. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA: Auditoría Médica. Bol. Médico I.M.S.S. 1960 (Supl. 6): 19.
24. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA: Auditoría Médica. Instrucciones Médicas y Médico-Administrativas, 1962.
25. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA: Evaluación Médica. Instrucciones, México, 1972.
26. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA: El Expediente Clínico en la Atención Médica. Instrucciones, 1973.
27. INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO. SUBDIRECCION MEDICA: Evaluación del Expediente Clínico en Unidades Médicas, México, 1975.
28. INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO: Manual de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica a través del Expediente Clínico en Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel, México, 1986.
29. SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA. DIRECCION DE SERVICIOS MEDICOS: Auditoría Médica, 1982.

30. GONZALEZ MONTESINOS, F.: Evaluación de la Asistencia Médica. III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, Panamá 12-18 de noviembre de 1972.
31. PEREZ ALVAREZ, J.J.: Evaluación Médica. Bol. Médico I.M.S.S., 1974; 16:281.
32. GONZALEZ MONTESINOS, F.; PEREZ ALVAREZ, J.J.; LEE RAMOS, A.F.: Evaluación Específica de la Atención Médica a partir de los Hallazgos de Autopsia. Bol. Médico I.M.S.S. 1975; 17:7.
33. LEE RAMOS, A.F.; REMOLINA BARENQUE, J.; GONZALEZ MONTESINOS, F.; PEREZ ALVAREZ, J.J.: Evaluación del Envío de Pacientes entre las Unidades de la Región Sur y del Valle de México. Bol. Médico I.M.S.S. 1975; 17:187.
34. HERNANDEZ BRITO, O.M.; LEE RAMOS, A.F.; PEREZ ALVAREZ, J.J.; GONZALEZ MONTESINOS, F.: Evaluación de las Actividades Clínicas de Enfermería en los Hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. Bol. Médico I.M.S.S., 1975; 17:482.
35. DE LA FUENTE, G.L.; SANTIESTEBAN PRIETO, B.; GONZALEZ MONTESINOS, F.; PEREZ ALVAREZ, J.J.: Conceptos, Objetivos y Logros de la Evaluación de la Actividad Médica. Bol. Médico I.M.S.S., 1976; 18:295.
36. MAQUEO OJEDA, P.; PEREZ ALVAREZ, J.J.; LEE RAMOS, A.F.; GONZALEZ MONTESINOS, F.: Observaciones al través de la Evaluación del Expediente Clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Primera parte. Bol. Médico I.M.S.S., 1976; 18:18.
37. RIVACAJIGAL, G.; AIZPUROBARRAZA, E.; LIMONDIAZ, R.; GONZALEZ MONTESINOS, F.; LEE RAMOS, A.F.; PEREZ ALVAREZ, J.J.: Observaciones al través de la Evaluación del Expediente Clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Segunda Parte. Bol. Médico I.M.S.S., México, 1976; 18:60.
38. HERNANDEZ RODRIGUEZ, F.; MOGOLLAN CUEVAS, R.; ELIZALDO GALICIA, H.; PEREZ ALVAREZ, J.J.; LEE RAMOS, A.F.; GONZALEZ

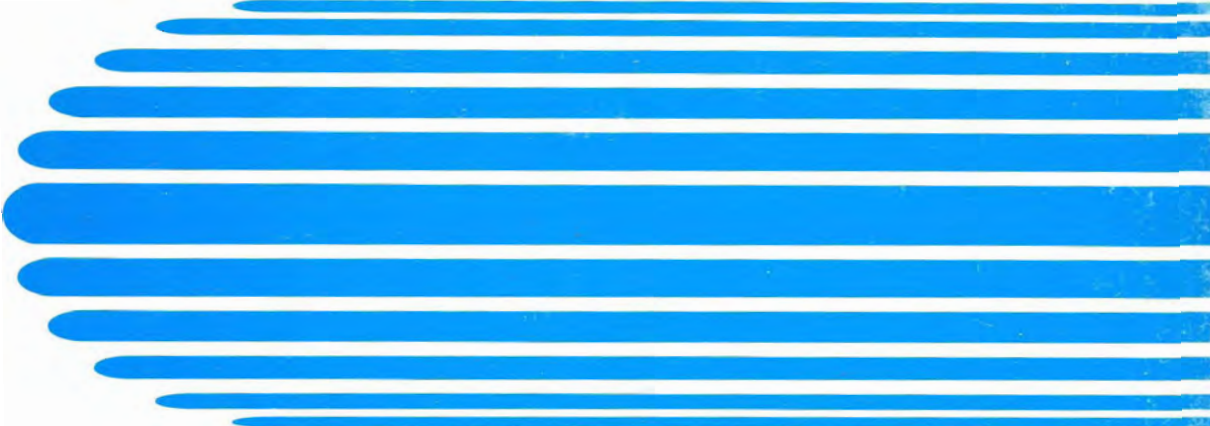
- MONTESINOS, F.: Observaciones al través de la Evaluación del Expediente Clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Tercera Parte. Bol. Médico I.M.S.S., México, 1976; 18:86.
39. ENRIQUEZ DE LA FUENTE, A.: Consideraciones sobre Productividad Aplicada a Médicos. Bol. Médico I.M.S.S., México, 1976; 18:378.
40. GARDUÑO, M.: Relación Médico-Paciente en el I.M.S.S. Bol. Médico I.M.S.S., México, 1976; 18:296.
41. PUCHEUR., C.: Factores que Intervienen en el Desarrollo de la Relación Médico-Paciente durante los Estudios de Pregrado. Bol. Médico I.M.S.S., México, 1979; 18:291.
42. TAMAYO PEREZ, R.: La Enseñanza de la Relación Médico-Paciente durante los estudios de Pregrado y Posgrado en el IMSS; Bol. Médico IMSS, México, 1976; 18:296.
43. BARROSO VILLEGAS, E.: Evaluación de los Servicios de Salud en el I.M.S.S. Servicios de Evaluación en el Sector Salud. San Juan del Río, Qro., México, 1978.
44. PALMER, R. H.; CONNORTON REILLY, M.: Individual and Institutional Variables Which May Serve as Indicators of Quality of Medical Care. Medical Care, 1979; 17:693.
45. DONABEDIAN, A.: The Epidemiology of Quality Inquiry, Ann Arbor Michigan, U.S.A., 1985; 22:282.
46. GOLDFIELD, N.; NASH, D.F.: Providing Quality Care. The Challenge to Clinicians. American College of Physicians. Philadelphia, Penn. 1989.
47. DONABEDIAN, A.: Criteria, Norms and Standards of Quality: What do they mean?. AM. J. of Public Health, Ann Arbor Michigan, U.S.A., 1981; 71:409.
48. DONABEDIAN, A.: Veinte años de Investigación en Torno a la Calidad de la Atención Médica (1964-1984). Rev. Salud Pública de México, 1988; 30:202.

49. DONABEDIAN, A.; WHEELER, J.R.C.; WYSZEWIANSKI, L.: Quality, Cost, and Health an Integrative Model. Medical Care, Ann Arbor Michigan, U.S.A., 1982; 20:975.
50. CORDERA, A.; BOBENIETH, M.: Administración de los Sistemas de Salud. México, 1983; 259.
51. FELD, S.; RIZZI, CH.; GOBERNA, A.: El Control de la Atención Médica. López Libreros Editores, S.R.L. Buenos Aires, Argentina, 1978.
52. BOBADILLA, J.L.: La Salud Perinatal y la Calidad de la Atención Médica en la Ciudad de México. Salud, Enfermedad y Muerte de los Niños en América Latina. CLACSO/IDRC. Buenos Aires, Argentina, 1989; 161: 178.
53. BOBADILLA, J.L.: Quality of Perinatal Medical Care in México City. Perspectivas en Salud Pública, No. 3, México, D.F. Instituto Nacional de Salud Pública. 1988.
54. RUIZ DE CHAVEZ, M.; MARTINEZ NARVAEZ, G.; CALVORIOS, J.M.; AGUIRRE GAS, H.; ARANGOROJAS, R.; LARACARREÑO, R.; CAMINOS CHAVEZ, M.I.; ORTIZ SOLALINDE, G.; UGALDE GRAJEDA, E.; HERRERA LASSO, F.: Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud. Revista Salud Pública de México, 1990; 32:156-169.
55. RUELAS BARAJAS, E.; REYES ZAPATA, H.; ZURITA GARZA, B.; VIDAL PINEDA, L.M.; KARCHMER, S.: Círculos de Calidad como Estrategia de un Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica en el Instituto Nacional de Perinatología. Revista Salud Pública de México, 1990: 32: 207-220.
56. JESSEE, W.F.: Garantía de la Calidad en los Hospitales de Estados Unidos. Revista Salud Pública de México, 1990; 32:131-137.
57. LEE, R.I.; JONES, L.W.: El Concepto de Buena Atención Médica. Chicago: The University of Chicago Press, 1933.

58. REERINK, E.: Garantía de la Calidad de la Atención a la Salud en los Países Bajos. *Revista Salud Pública de México*, 1990; 32: 118-130.
59. REYES ZAPATA, H.; MELENDEZ COLINDRES, V.M.; VIDAL PINEDA, L.M.: Programa de Garantía de Calidad en el Primer Nivel de Atención. *Revista Salud Pública de México*, 1990; 32:232-242.
60. DURAN GONZALEZ, L.; FRENK MORA, J.; BECERRA APONTE, J.: La Calidad de la Conducta Prescriptiva en Atención Primaria. *Revista Salud Pública de México*, 1990; 32:181-191.
61. DONABEDIAN, A.: La Dimensión Internacional de la Evaluación y Garantía de la Calidad. *Revista Salud Pública de México*, 1990; 32:113-117.
62. LAGUNA CALDERON, J.; SALINAS OVIEDO, C.: Mejoría de la Calidad de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal. *Revista Salud Pública de México*, 1990; 32:221-224.
63. CAMPERO CUENCA, L.: Calidad de la Relación Pedagógica Médico-Paciente en Consulta Externa: el caso de Oaxaca, Médico. *Revista Salud Pública de México*, 1990; 32:192-204.
64. SCHLAEPFER PEDRAZZINI; INFANTE CASTAÑEDA, C.: La Medición de Salud; Perspectiva Teórica y Metodológica. *Revista Salud Pública de México*, 1990; 32: 141-155.
65. INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO: Manual de Organización y Funcionamiento de los Comités de: Infecciones Intrahospitalarias, Morbilidad y Mortalidad Hospitalaria, Tejidos, México, 1985.
66. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA. JEFATURA DE SERVICIOS DE HOSPITALES: Evaluación Sistemática de los Hospitales Generales de Zona, México, 1983.
67. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA. JEFATURA DE SERVICIOS DE CENTROS MEDI-

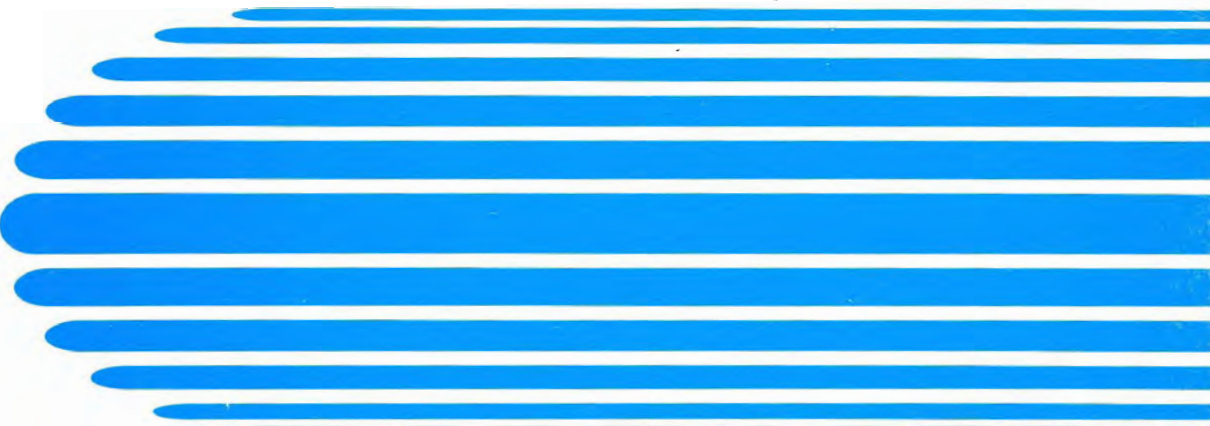
- COS Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD: Sistema de Evaluación Integral de las Unidades Médicas, México, 1983.
68. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA: Comités Médico-Asistenciales, México, 1981.
  69. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA: Instructivo de Organización y Procedimientos del Comité de Detección, Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias, México, 1984.
  70. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA. JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION: Instructivo de Investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1986.
  71. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA. JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION: Instructivo para el Registro, Control y Evaluación de los Proyectos de Investigación a través del Sistema Automatizado de Información, México, 1984.
  72. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA. JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION: Instructivo de Operación para el Manejo del Fondo para Fomento de la Investigación, México, 1986.
  73. JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HOSPITALS: Manual de Acreditación de Hospitales, México, 1991.
  74. FUNDACION MEXICANA PARA LA CALIDAD TOTAL. Monografías 4. El Premio Nacional de Calidad, México, 1991.
  75. FUNDACION MEXICANA PARA LA CALIDAD TOTAL. Monografía 5. Memorias del Segundo Congreso Internacional de Calidad Total, (Primera Parte), México, 1991.
  76. ESPONDA, A.: Calidad Total. Una Vida Mejor. Expansión, junio 1991: 73-81.





El programa editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), se integra por los libros de las series estudios y monografías, la revista seguridad social y el boletín informativo. Mediante estas publicaciones, la Conferencia cumple con una de sus finalidades, que es la de recopilar y difundir investigaciones, documentos y programas de la seguridad social.

La *Serie Estudios*, de la que forma parte este libro, cuenta con varios títulos que presentan el desarrollo y los avances de la seguridad social en sus distintas ramas. Su publicación se realiza conforme al programa aprobado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.



**Conferencia Interamericana de Seguridad Social**  
Secretaría General  
México, D.F.  
1997