

Héctor Gerardo Aguirre Gas

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Bases para su
evaluación y
mejoramiento
continuo



3^a/e^d

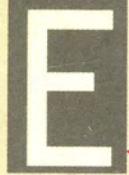
Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.



El Programa Editorial de la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), se integra por los libros de las series *Estudios* y *Monografías*, y la revista *Seguridad Social*. Mediante estas publicaciones, la Conferencia cumple con una de sus finalidades, que es la de recopilar y difundir investigaciones y documentos relevantes, que coadyuven a lograr una seguridad social eficiente y sensible ante las necesidades sociales.

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. La presente coedición forma parte de este programa integral de difusión y 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.
2002

www.ciss.org.mx

ÁREA: ADMINISTRACIÓN

ISBN 968-18-6371-2



9 789681 863715

e-mail: limusa@noriega.com.mx

www.noriega.com.mx

***Calidad de la
Atención Médica***

***Bases para su Evaluación y
Mejoramiento Continuo***

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Santiago Levy Algazi
Presidente

Jorge Meléndez
Secretario General

Luis José Martínez Villalba
Director del CIESS

Onofre Muñoz Hernández
Presidente de la Comisión
Americana Médico Social

**Coordinación Técnica de
la Secretaría General**

María del Carmen Álvarez García
José Alberto Cabrera García
Luz María Ramírez Ahedo

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 EMPLEA NECESARIAMENTE LA POSICIÓN
DEL CIESS.

ISBN 968-7346-82-5

PRIMERA EDICIÓN: 1993

SEGUNDA EDICIÓN: 1997

TERCERA EDICIÓN: 2002

PRIMERA REIMPRESIÓN: 2002

COEDICIÓN 2002:

CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL.
EDITORIAL LIMUSA, S.A. DE C.V./
GRUPO NORIEGA EDITORES.

LA PRESENTACIÓN Y DISPOSICIÓN EN CONJUNTO DE

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

BASES PARA SU EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO CONTINUO

PUEDE REPRODUCIRSE TOTAL O PARCIALMENTE SÓLO
MENCIONANDO LA FUENTE

HECHO EN MÉXICO
ISBN 968-18-6371-2

Comisión Americana Médico Social (CAMS)

Junta Directiva

Presidencia

Dr. Onofre Muñoz Hernández
Instituto Mexicano del
Seguro Social
México

Vicepresidencias

Dr. Sergio Soliz Antezana
Caja Nacional de Salud
Bolivia

Lic. Eduardo Mauricio Ramos Falla
Instituto Salvadoreño del
Seguro Social

Dra. Virginia Aurora Figueroa
Instituto Hondureño de
Seguridad Social

Dr. Julio Vidal Amodeo
Caja de Jubilaciones y Pensiones de
Profesionales Universitarios
Uruguay

Secretaría Técnica

M. en A. P. Santiago G. Velasco Monroy
Instituto de Seguridad Social del
Estado de México y Municipios
(ISSEMYM)

Calidad de la Atención Médica

(3ª edición)

Bases para su Evaluación y Mejoramiento Continuo

Dr. Héctor Gerardo Aguirre Gas

Serie Estudios 54

Conferencia Interamericana de Seguridad Social
Secretaría General



DR. HÉCTOR GERARDO AGUIRRE GAS

Originario de 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 43 trabajos de investigación sobre Medicina Interna y Calidad de la Atención Médica, 19 de ellos incluidos en los índices internacionales; autor de siete 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, del Colegio de Médicos Postgraduados del IMSS y de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud; Consejero, Vocal de Evaluación y Consejero Emérito del Consejo Mexicano de Medicina Interna; 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.

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).

Lic. Ma. del Carmen Álvarez García,

Coordinadora ante la Comisión Americana Médico Social, de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social

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
Luz María Manzanares

En la evaluación de atención médica: la eficiencia se cuantifica, la calidad se califica.

Si los médicos no nos autoevaluamos, otros lo harán por nosotros.

Dr. Héctor Aguirre Gas

CONTENIDO

PRÓLOGO A LA PRIMERA EDICIÓN	..... 13
PRÓLOGO A LA SEGUNDA EDICIÓN	..... 17
PRÓLOGO A LA TERCERA EDICIÓN	..... 21
PRESENTACIÓN	..... 23
CALIDAD ES EL RUMBO	..... 25
CALIDAD ES EL COMPROMISO	..... 29
LACALIDAD ES NUESTRA RESPONSABILIDAD	..... 31
 PRIMERA PARTE: MARCO DE REFERENCIA	
CAPÍTULO I	
Justificación	..... 37
CAPÍTULO II	
Antecedentes	..... 45
CAPÍTULO III	
Conceptos Básicos	..... 55
 SEGUNDA PARTE: METODOLOGÍA	
CAPÍTULO IV	
Evaluación del Proceso y Resultados de la Atención Médica	..... 79
CAPÍTULO V	
Metodología para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica	..... 85

TERCERA PARTE: INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN

CAPÍTULO VI

Proceso de Evaluación y Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica95

CAPÍTULO VII

Indicadores de Recursos, Eficacia, Eficiencia, Efectividad, Calidad y Satisfacción del Usuario121

CAPÍTULO VIII

Evaluación de la Oportunidad para la Atención Médica167

CAPÍTULO IX

Evaluación de la Calidad de la Atención a través del Expediente Clínico171

Evaluación del Expediente Clínico175

-Medicina Familiar

-Hospitales

Evaluación de la Calidad de la Atención Médica a través del Expediente Clínico en Unidades de Medicina Familiar y Hospitales215

CAPÍTULO X

Evaluación de la Educación y de la Investigación Médica233

A) Educación Médica233

B) Investigación Médica250

CAPÍTULO XI

Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios con la Atención Recibida y de los Prestadores de Servicios con el Trabajo Desarrollado257

CUARTA PARTE: ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE CALIDAD Y EFICIENCIA Y SUBCOMITÉS MÉDICOS

CAPÍTULO XII

Organización y Funcionamiento del Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia de la Atención en las Unidades Médicas285

CAPÍTULO XIII

Organización y Funcionamiento de los Subcomités Médicos con
Base al Expediente Clínico 295

**QUINTA PARTE: ESTRATEGIAS DE APOYO PARA EL
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y EFICIENCIA EN LA
ATENCIÓN MÉDICA**

CAPÍTULO XIV

Evaluación de la Calidad en la Atención Médica a través del Análisis
de Quejas 347

SEXTA PARTE: CONCEPTOS ACTUALES Y MODERNIZACIÓN

CAPÍTULO XV

Certificación de Calidad en la Atención Médica 357

CAPÍTULO XVI

Calidad Total 367

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 377

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 GARCÍA 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

Prólogo a la Tercera Edición

Los cambios que se han sucedido en las últimas décadas en los diversos ámbitos relacionados con la salud, han sido sorprendentes. En consecuencia, las instituciones prestadoras de servicios de salud han debido modificar sus políticas y estrategias, o aún la estructura total de sus modelos de atención, con objeto de dar respuesta satisfactoria a las nuevas condiciones generadas por el cambio.

Indudablemente, las transformaciones más significativas derivan de los adelantos que se han dado en el terreno de la ciencia médica y la tecnología. En efecto, como resultado de la investigación y la innovación en estos campos, se tiene ahora un conocimiento más profundo y se cuenta con medios cada vez más eficaces en el combate a la enfermedad, así como con bases más sólidas para la aplicación de medidas anticipatorias. El panorama que se vislumbra para los años venideros es aún más alentador.

Otro hecho relevante se refiere al cambio social. Quienes conforman la nueva sociedad son individuos plenamente conscientes de sus derechos y ampliamente informados, aunque no siempre de manera correcta, sobre los factores de riesgo, las nuevas tecnologías y los avances en el conocimiento científico. Se trata de una sociedad más activa y mejor organizada en su respuesta a las necesidades de salud. Una sociedad más demandante, que marca nuevas directrices en las relaciones médico-paciente.

Las instituciones de salud tienen la responsabilidad de satisfacer las necesidades de salud de esta nueva sociedad y conciliar sus derechos, intereses y expectativas, con el conocimiento científico actualizado, los medios tecnológicos apropiados y los recursos financieros. Esto corresponde al concepto de calidad de la atención que el Dr. Héctor Aguirre Gas señala en esta obra como el rumbo y el compromiso de las instituciones.

El libro "Calidad de la Atención Médica" del Dr. Héctor Aguirre Gas y colaboradores, ha sido desde su aparición una aportación muy valiosa para la función gerencial de nuestras instituciones, interesadas siempre en la calidad y su evaluación sistemática. Al alcanzar su tercera edición, la obra adquiere a mi juicio, una importancia particular, ante las nuevas perspectivas de la atención a la salud.

DR. ONOFRE MUÑOZ HERNANDEZ

Presidente de la Comisión Americana Médico Social,
y Director de Prestaciones Médicas del IMSS.

Presentación

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social, surgida hace 57 años como un organismo internacional, de carácter permanente, dedicado fundamentalmente a impulsar el desarrollo de la Seguridad Social en América, ha cumplido con la misión para la que fue creada y, gracias al trabajo comprometido de las instituciones que la conforman, se ha ido adaptando a los cambios que ha tenido la disciplina que constituye su razón de ser, incluyendo en sus tareas los temas trascendentes de cada momento histórico.

La dinámica que hoy vive la Seguridad Social, cuyas características están relacionadas con circunstancias de carácter mundial, tales como el fenómeno de la globalización económica y social; los cambios demográficos presentes en mayor o menor medida en todos los países; y los avances tecnológicos existentes, plantea un conjunto de desafíos ante los que la Conferencia Interamericana de Seguridad Social debe estar alerta, para mantener y reforzar el papel de vanguardia que hoy ocupa en la región americana, reconocido por las 75 instituciones que la integran y por los organismos internacionales afines, con los que mantiene una constante y fructífera relación.

Dentro de las actividades que la CISS lleva a cabo, especialmente a través de la Secretaría General, destaca por su importancia el Programa Editorial, en el cual se encuentra la publicación de la serie Estudios, cuyos ejemplares, realizados por especialistas de todas las ramas que abarca la Seguridad Social, presentan temas de interés y actualidad.

Es en este marco, y dentro de las labores a cargo de la Comisión Americana Médico Social, en cuyo seno surge en 1993 la primera edición del libro *Calidad de la Atención Médica*, producto de años de estudio y experiencia de un médico mexicano, amante de su "oficio", de su quehacer, y convencido de que el mejoramiento del actuar humano es posible en todos los ámbitos de la vida y muy especialmente, por lo que hace a su ejercicio profesional, en la prestación de los servicios médicos, a cuya protección recurren siempre personas en una posición desvalida.

Este documento tuvo la intención, en palabras de su autor, de "servir como una guía metodológica que pueda ser utilizada como instrumento de trabajo, que

aunado a las políticas y decisiones de alta dirección, permita conducir los esfuerzos de las instituciones de salud hacia la consecución de dos objetivos fundamentales:

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

Cuatro años después, agotada la primera impresión y ante la demanda expresa de sus miembros, de contar con este volumen, la Conferencia Interamericana realiza una segunda versión, revisada y corregida, como una forma de seguir contribuyendo a la difusión de un tema que continúa siendo motivo de análisis e inquietud en los países de la región.

Hoy, la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social presenta, con especial orgullo, una tercera edición del libro *Calidad de la Atención Médica*, del doctor Héctor Gerardo Aguirre Gas, quien acredita en la práctica su convicción de mejorar lo hecho, siendo éste el único estudio que se ha publicado por segunda y tercera ocasión.

El contenido de este título, que está estructurado en seis partes, siguiendo el desarrollo de los dos anteriores, ha sido enriquecido con nuevas aportaciones e ideas y constituye, sin duda alguna, un valioso apoyo para el trabajo de tantas personas que colaboran en todo tipo de unidades médicas y en diversas latitudes, albergando en su interior la legítima preocupación de servir mejor, con mayor eficacia, eficiencia, efectividad y calidad para el bienestar y satisfacción del usuario, lo que en conjunto preserva valores esenciales de la Seguridad Social: solidaridad, equidad, oportunidad, entorno al fin último de nuestra tarea, la protección del ser humano.

DR. JORGE MELÉNDEZ
Secretario 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 Ruiz 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 secretarías 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. HÉCTOR AGUIRRE GAS

11 DE MAYO DE 1991

Calidades 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 Nélida 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. HÉCTOR AGUIRRE GAS

29 de noviembre de 1996

La Calidad es Nuestra Responsabilidad

Como sucedió en 1985, en 1995 cambiaron nuevamente las estructuras, las políticas y los programas, la evaluación integral de las Unidades Médicas, dejó de practicarse en forma sistemática. Sin embargo a doce años de haberse sembrado, la semilla empezaba a germinar en numerosas unidades médicas, las enfermeras, los médicos, las trabajadoras sociales y el personal administrativo empezaba a preocuparse por la calidad. Ante la ausencia de evaluación externa sistemática, empezaron a auto-evaluarse, a identificar sus problemas y resolverlos, a identificar sus procesos ineficientes y a mejorarlos. Sin embargo los esfuerzos aunque numerosos, han sido dispersos y aislados.

En este contexto, la segunda edición del libro "Calidad de la Atención Médica", editado por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, se agotó nuevamente.

Hemos estado sujetos a la influencia de diversas corrientes conceptuales, con fundamentos y experiencias adquiridas en empresas industriales y en los grandes procesos administrativos de depurada tecnología, sujetos a la verificación a través de los rígidos preceptos de la auditoría.

Los grandes programas institucionales, por la gran amplitud del universo se han concentrado en la evaluación numérica de la eficiencia (frecuentemente utilizada como sinónimo de calidad), a evaluar por encuestas la satisfacción de los usuarios y los prestadores de servicios, y a medir la oportunidad en función del tiempo transcurrido para recibir la atención requerida.

Las evaluaciones integrales practicadas por grandes equipos multidisciplinarios, que se desplazaban grandes distancias a muy altos costos, ya no se justifican como proceso de evaluación, si acaso para la difusión y capacitación del personal en la metodología de evaluación, con el propósito de que el proceso se lleve a cabo en forma de auto-evaluación.

Si realmente estamos preocupados por la calidad con que estamos otorgando la atención, si por un momento nos ubicamos en la situación de un paciente, indudablemente nos preocupa que nos atiendan amablemente y con oportunidad, que la dimensión interpersonal de Donabedian se vea ampliamente satisfecha. Sin embargo también deseáramos estar seguros de que nos atienda personal preparado y actualizado, conforme a los conocimientos

médicos vigentes, de no ser sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos con riesgos que no justifican el beneficio que se pretende lograr, de que se respeten los principios éticos que rigen a la práctica médica y de que los resultados que se obtengan, sean congruentes con el problema de salud que motivó la solicitud de atención.

En otras ocasiones en que obligadamente tenemos que acordarnos de los preceptos de calidad, es precisamente cuando estamos sujetos a la investigación de una queja, por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de una demanda judicial en alguna de las Procuradurías de Justicia o de una acusación de violación de los Derechos Humanos en la Comisión correspondiente. Ellos sí revisan si se atendió al paciente conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, y sí verifican que los resultados sean congruentes con el problema de salud correspondiente. Estas situaciones permiten hacer conciencia a médicos, promotores de la calidad de la atención, a autoridades y a instituciones, de que la calidad de la atención médica va más allá de la satisfacción del usuario, de la oportunidad de la atención y de la eficiencia.

Indudablemente que el promedio de días de estancia hospitalaria, el porcentaje de ocupación o los días paciente son indicadores de eficiencia, importantes para la institución, pero no muy importantes para la calidad de atención que espera un paciente.

Desde Demming existe un paradigma, que quienes estamos comprometidos con la calidad de la atención médica no hemos podido superar, se refiere a que solo "lo que se puede medir, puede ser evaluado y que solo se puede mejorar lo que se puede medir". Este paradigma que indudablemente es vigente en la calidad industrial y en las empresas productoras de bienes, dista de serlo en las instituciones prestadoras de servicios, en lo que a calidad se refiere:

**“La Productividad se Cuantifica”
“La Calidad se Califica”**

Indudablemente que calificar con equidad no es sencillo, lograrlo representa un problema adicional. No obstante, sí se puede lograr en cuanto nos despejemos de la pereza mental y aceptemos poner en juego funciones mentales un poco más elevadas y un poco más complejas,

que conformarnos con cuantificar. Si después queremos sumar, promediar o clasificar las calificaciones, no hay problema, podría ser útil.

La Calidad de la Atención Médica ya no es tan solo el “rumbo” como en 1993, ya no es tan solo el “compromiso” como en 1997; la Calidad de la Atención Médica en el Nuevo Milenio es nuestra “responsabilidad”. La evaluación de la calidad de la atención médica debe ser hecha por pares, es decir por nosotros mismos; si no nos autoevaluamos y mejoramos continuamente la calidad de la atención que otorgamos, si no cumplimos con nuestra responsabilidad, no tendremos derecho a quejarnos si otros lo hacen por nosotros.

En esta tercera edición, se actualizaron tres capítulos: el referente a los Conceptos Básicos, precisando las definiciones vigentes de los diferentes términos; el capítulo correspondiente a los Indicadores, con formas simples para su cálculo y selección para evaluar eficacia, eficiencia, efectividad y satisfacción; en el capítulo correspondiente a Satisfacción de Usuarios y Prestadores de Servicios, se simplificaron las encuestas de satisfacción para hacerlas más accesibles a encuestadores y encuestados. Se actualizaron conceptos conforme a la Norma Oficial Mexicana para el Expediente Clínico y en función de la creación por disposición del Secretario de Salud de la Comisión Mexicana de Certificación de Hospitales, publicada en el Diario Oficial de la Federación. La actualización será permanente y no olvidar que...

“LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA, ES NUESTRA RESPONSABILIDAD”

DR. HÉCTOR AGUIRRE GAS

11 de mayo de 2000

PRIMERA PARTE
MARCO DE REFERENCIA

CAPÍTULO I. JUSTIFICACIÓN

CAPÍTULO II. ANTECEDENTES

CAPÍTULO III. CONCEPTOS BÁSICOS

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. Asimismo 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.

En el período 1995-2000, en congruencia con el Plan Nacional de Desarrollo, el fortalecimiento de los programas de vacunación llevó a la erradicación de sarampión y difteria, además de no haber existido casos nuevos de poliomielitis. Los esquemas básicos de salud han permitido el abatimiento del cólera, disminución de la mortalidad infantil por diarrea, de la mortalidad materno infantil y disminución de la tasa de natalidad.

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 de atención, con base en el desarrollo de las estructuras regionales y 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 7 regiones y 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: un Centro Médico, 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 Ruiz 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).

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), no obstante, nunca se logró obtener la autorización de la Comisión de Normas de la Secretaría de Salud para su publicación.

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 Álvarez, J.J., (31), 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.
- Palmery 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 dio 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).

- Recientemente en el IMSS se han hecho esfuerzos organizados importantes para mejorar la calidad de la atención médica, así en 1990, se contrató a la empresa norteamericana TENNESSEE Y ASOCIADOS(65), para la implantación del "Programa de Calidad IMSS". En 1998 como consecuencia de la publicación de la Nueva Ley del Seguro Social en diciembre de 1995 y su puesta en rigor a partir del 10 de julio de 1997(66), se presentó el Plan Integral de Calidad IMSS(67) y en 1999 el Premio de Calidad IMSS(68), estrategias todas ellas con un adecuado soporte organizacional y administrativo que probablemente den a la institución el impulso definitivo rumbo a la calidad de la atención médica.

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; determinar cuáles son los procesos ineficientes o con baja calidad e incorporarlos en forma sistemática a su mejoramiento continuo, con base en los preceptos de la planeación estratégica, reingeniería y análisis comparativo

de referencia ("Benchmarking"); 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. Con base en esta metodología entre 1992 y 1994 se aplicó la Evaluación Integral de las Unidades Médicas (12-14) a la evaluación de las 42 Unidades Médicas del IMSS(69).

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

Conceptos Básicos

Dr. Héctor Aguirre Gas

“Excelencia: logro del objetivo de la atención médica con oportunidad, calidad, eficiencia y satisfacción de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la Institución”.

Introducción

Con base en una publicación reciente del autor, en que se precisan los diferentes conceptos relacionados con la calidad de la atención médica, su evaluación y mejoramiento continuo, se pretende actualizar este capítulo, en congruencia con la metodología propuesta en este libro (70).

Con frecuencia escuchamos hablar acerca de maestrías en administración de servicios de salud, diplomados en administración estratégica de hospitales o de arquitectos especializados en salud. Sin embargo, pretender que un médico por vocación, orgulloso de esa vocación, sobre todo si la practica con éxito profesional, académico y económico, se involucre en administración, es poco menos que inconcebible; si alguno lo hiciera, se expone a que le sea asignado el membrete de “burócrata”, en el sentido peyorativo que algunos dan a la palabra.

No obstante, aun los médicos nos vemos involucrados todos los días en el proceso administrativo. Así, cuando estamos al pendiente del mantenimiento adecuado de nuestro consultorio, de la casa o del automóvil; cuando asignamos un presupuesto para la contratación de personal secretarial o de aseo, cuando verificamos la correcta utilización de ese presupuesto, expresando inconformidad porque no hubiera sido suficiente para cubrir la semana o la quincena, estamos administrando; cuando expresamos nuestra opinión acerca de la calidad de los alimentos o los artículos de aseo adquiridos, o bien el consumo excesivo de luz y teléfono, estamos administrando; al hacer alguna observación sobre el aseo de la casa y nos proponemos que los miembros de la familia se encuentren satisfechos por vivir en ese hogar, que su estado de salud sea bueno y destaquen en

actividades como el estudio, el trabajo o actividades sociales, también estamos administrando. Sin embargo, la mayor parte de las veces lo hacemos en forma intuitiva y sin una metodología preconcebida que nos ayude a hacerlo bien.

Los médicos en particular tenemos una gran ventaja sobre el resto de las profesiones, excepción hecha por supuesto de las económico administrativas. Esa ventaja es nuestra formación como médicos, que pone a nuestro alcance una serie de herramientas que nos facilitan la labor de administrar un hogar, un consultorio, un departamento clínico, un hospital o un sistema de salud.

En la práctica médica con frecuencia enfrentamos problemas inherentes a nuestra profesión que ponen a prueba nuestra capacidad para establecer un diagnóstico, determinar un tratamiento, resolver un problema de salud y prevenir la presentación de nuevas enfermedades. En este proceso, al afrontar un problema de salud, el primer paso a seguir es identificar sus características en cuanto a tiempo de evolución, magnitud, situaciones que lo acompañan, eventos que lo agravan y otros que lo alivian. Enseguida se investigan los antecedentes del problema, los aparatos y sistemas que pudieran estar afectados o no en relación con el problema, y se lleva a cabo una exploración física minuciosa. Al concluir este proceso se tendrá un diagnóstico presuncional o de certeza que permitirá establecer un programa de estudio; conociendo la situación: las fortalezas y debilidades del paciente, así como las amenazas para su salud y las oportunidades para recuperarla, se estará en condiciones de mejorarla continuamente, mediante un programa de tratamiento apropiado.

De alguna forma, ante la necesidad de administrar un proceso, una unidad médica o un sistema de salud, es necesario establecer un diagnóstico basado en la investigación de la situación vigente, los antecedentes del problema y los aspectos colaterales; así mismo hacer una exploración *in situ* del problema, identificar sus fortalezas y debilidades, las amenazas y oportunidades, para estar en condiciones de proponer alternativas de solución, que permitan mejorar la calidad y la eficiencia en el proceso de la prestación de la atención médica.

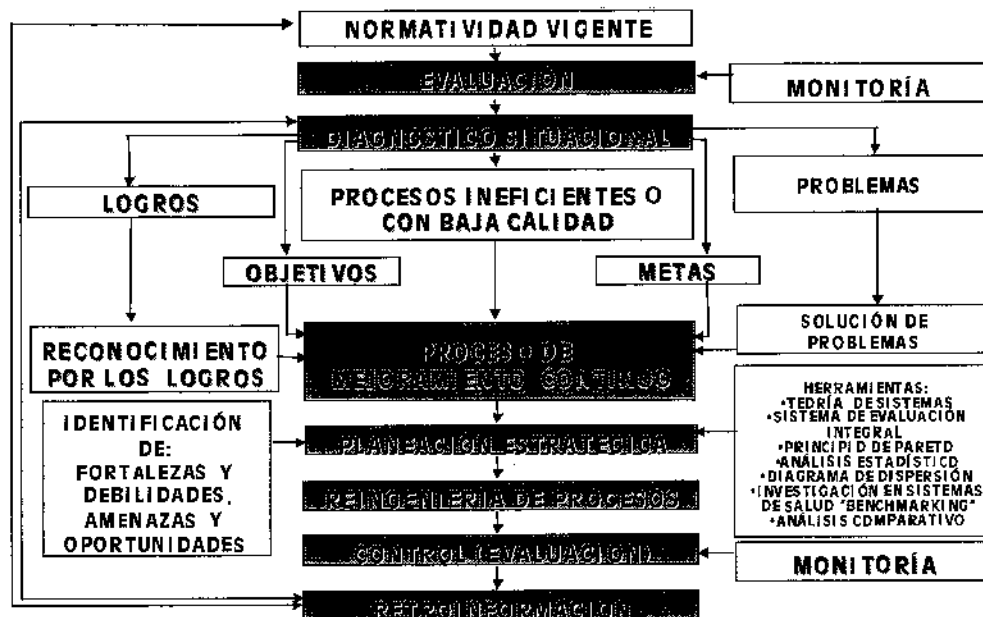
Las similitudes entre el acto médico y el administrativo son múltiples, por tal razón con los conocimientos básicos, la aplicación de una metodología poco compleja y el sentido común, se puede aspirar a lograr buenos resultados.

Sin embargo, al administrar los recursos de un hospital, de una institución o de los derechohabientes del IMSS no podemos hacerlo en forma intuitiva; la responsabilidad moral y legal es muy grande y para desempeñarla bien es necesario prepararse. Es indiscutible que entre mayores sean la preparación, los conocimientos y experiencia, tanto en medicina como en administración, los resultados serán mejores.

El propósito de este trabajo es interesar e involucrar fácilmente al médico que sin dejar de serlo, tiene interés o necesidad de realizar funciones administrativas, en el desempeño de un cargo directivo o bien en el curso de su responsabilidad profesional.

En el Diagrama 1 se presenta un planteamiento general del proceso de mejora continua de la *calidad de la atención médica*, como base para establecer un marco conceptual que permita conducir los procesos en una secuencia ordenada lógicamente.

Diagrama 1
CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA



Calidad de la atención médica

Definición.

Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de sus necesidades de salud y de sus expectativas, las del prestador de servicios y las de la Institución.

Para entender claramente los conceptos que integran esta definición, es necesario precisar los términos:

- *Atención oportuna:* significa otorgar atención en el momento que el paciente la requiere, para el adecuado desarrollo del proceso y lograr un mejor resultado.
- *Usuario:* Es el sujeto que recibe la atención médica, otorgada por el prestador de servicios en una institución de salud.
- *Conforme a los conocimientos médicos vigentes:* implica la disponibilidad de personal de salud capacitado y actualizado, a partir de un proceso de educación médica continua, en congruencia con los preceptos y normas legales, que el área normativa haya emitido y mantenga actualizadas con la participación de expertos del área operativa en cada materia, y mediante la utilización adecuada de la tecnología apropiada. Es necesario tomar en cuenta que las normas deben considerarse como lineamientos generales, que posibilitan conducir el proceso de atención médica en forma congruente, con flexibilidad suficiente para permitir su aplicación en congruencia con las circunstancias particulares de cada paciente, de manera que constituyan un instrumento al servicio de la atención médica, en lugar de supeditarla al cumplimiento de esa norma.

Para la correcta aplicación de los conocimientos médicos vigentes, se requiere la utilización adecuada de la tecnología, como complemento de la clínica; por lo tanto debe contarse con la tecnología apropiada, en congruencia con el nivel de atención y con los problemas de salud que se atiende.

Estos preceptos implican tres conceptos interrelacionados: en primer término es necesario considerar que las unidades médicas deben contar con los equipos que se justifiquen, en congruencia con el nivel de atención, puesto que los de alta tecnología, requeridos únicamente para la atención a los

padecimientos más graves, estarían subutilizados en hospitales donde dichos padecimientos son poco frecuentes; significarían por lo tanto una inversión excesiva y no justificable, en presencia de otros requerimientos. Por ello se requiere una organización estructurada por niveles de atención y sistemas de referencia y contrarreferencia. Vale la pena mencionar la disponibilidad limitada de equipos, particularmente los sofisticados o “de punta”, como consecuencia de su alto costo y la evolución vertiginosa de la tecnología, situación que da lugar a que, a corto plazo, un equipo novedoso, resulte anticuado u obsoleto.

En segunda instancia, debe contarse con la tecnología apropiada, en congruencia con un menor riesgo y un máximo beneficio para el paciente; mayor sensibilidad y especificidad diagnóstica, y con menor costo de operación.

En tercer lugar debe tenerse en cuenta el uso inadecuado de la tecnología disponible, tanto por una indicación incorrecta o impropia, como por la utilización excesiva de la misma, particularmente cuando daña o pone en riesgo al paciente o cuando precede o substituye a los procedimientos clínicos que incluyan interrogatorio, semiología y exploración física.

- Los principios éticos vigentes incluyen como elementos fundamentales: “primero, no hacer daño” y la preservación de la vida; enseguida: equidad en el otorgamiento de los servicios ofreciendo a cada paciente la atención que su padecimiento requiera, independientemente de su nivel socioeconómico, credo religioso, procedencia rural o urbana, tipo de padecimiento, presupuesto disponible, costo de operación, etc., con humanismo, privacidad y trato individualizado; respeto al secreto profesional, ofreciendo el máximo beneficio con mínimo riesgo durante su atención, con el consentimiento informado indispensable para realizar estudios y tratamiento, así como para participar en proyectos de investigación, y respecto a sus principios morales y religiosos.

El humanismo incluye: escuchar con atención al paciente, la amabilidad en el trato, en forma personalizada, con respeto al pudor y en congruencia con el problema de salud y angustia que lo afectan. La comunicación con el usuario es la mejor forma de prevenir su angustia y lograr que participe en el proceso de atención médica, por el conocimiento del programa de estudio y tratamiento a que estará sometido, de sus resultados y del pronóstico, en los casos que se considere conveniente. Una buena comu-

nicación con el paciente y sus familiares es la mejor forma de prevenir quejas y demandas.

En las etapas finales del paciente deberán procurarse las mejores condiciones posibles, teniendo en cuenta que la eutanasia no es admisible desde el punto de vista legal, debemos cuidar de no prolongar artificialmente la agonía de un paciente.

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

- La satisfacción de las necesidades de salud del paciente lleva implícito, el requerimiento de resolver el problema que su enfermedad representa para él, de establecer un diagnóstico (de probabilidad o certeza), determinar el objetivo de la atención y de acuerdo con él, plantear un programa de estudio y tratamiento y proponer un pronóstico. Es indispensable que el paciente y en su caso, sus familiares estén enterados tanto de su diagnóstico, como del programa de estudio y tratamiento, y especialmente del pronóstico a través del cual se les podrá informar si se le puede ofrecer al paciente la curación de su enfermedad, su control, su mejoría o únicamente un manejo paliativo, a fin de que en el momento de presentar los resultados de la atención otorgada, no existan sorpresas desagradables por incongruencia de las expectativas con la realidad, con las consiguientes inconformidades, quejas y demandas. Es muy importante mantener comunicación constante con el paciente y familiares, para hacerles saber las modificaciones que ocurran en el diagnóstico y en el pronóstico, como consecuencia de los estudios realizados o el tratamiento empleado. Es necesario hacer énfasis en el hecho de que debe existir congruencia entre los datos clínicos y el diagnóstico, entre el diagnóstico, el pronóstico y el objetivo de la atención, y entre todos ellos con los resultados obtenidos, para lo cual deberán hacerse constantemente los ajustes y cambios necesarios, a través de una relación médico paciente estrecha.
- A nivel de la Salud Pública, la satisfacción de necesidades de salud de la población, implica disminuir el nivel de morbilidad y mortalidad en general y de algunos padecimientos en particular; control de las enfermedades prevenibles por vacunación; detección oportuna de las crónico-degenerativas y en especial de las neoplasias; disminuir secuelas,

complicaciones y discapacidades y aumentar el tiempo y la calidad de vida de los individuos.

- **Satisfacción de las expectativas del usuario.**

En la actualidad, la satisfacción del usuario con los servicios recibidos ha adquirido una relevancia fundamental. Esta satisfacción se consigue a través del logro o cumplimiento de las expectativas con las que acude a solicitar y recibir atención. Es necesario considerar que las expectativas del usuario son elementos de referencia para brindar calidad en la atención, y por lo mismo deben tomarse en cuenta como elementos que es necesario evaluar.

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, dicha 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 limitantes a la accesibilidad a los servicios por la vigencia de trámites burocráticos cuya realización en ocasiones es 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 debiendo ser otorgada en el momento que médicamente se requiera.

Trato personalizado y amable a través de la atención individualizada a cada paciente y sus familiares, de manera que puedan identificar con certeza a quien acudir y que conozcan el nombre de su médico tratante; de igual manera el personal que participa en el servicio, debe reconocer en forma personalizada a cada paciente; no como un número de cama, ni siquiera hablándole de "tú" 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", etcétera.

Una de las principales manifestaciones de insatisfacción de los usuarios es el hecho de no saber quien es su médico tratante, pues éste no hace acto de presencia o bien son médicos diferentes los que lo atienden en cada consulta, de forma que no

hay una "cabeza" a la cual dirigirse, especialmente cuando la información se emite por diferentes vías y además ésta es discordante.

La mejor forma de identificar la importancia de la amabilidad en el trato, se advierte cuándo somos receptores de la atención, en lugar de ser otorgantes de la misma; resalta su importancia y se hace comprensible la inconformidad del usuario con el trato poco amable, indiferente o agresivo.

La satisfacción de las expectativas involucra un *proceso de atención desarrollado en forma continua*, sin obstáculos, con suficiente personal de salud, debidamente capacitado; disponibilidad de equipo, material y medicamentos requeridos.

La solución del problema de salud que motivó la atención en congruencia con el objetivo a lograr.

Comodidad durante el proceso, incluyendo la climatización, control de ruido, iluminación adecuada, ausencia de malos olores y de fauna nociva.

Alimentación adecuada, bien presentada, con temperatura adecuada y congruente con la prescripción médica.

- Satisfacción de las expectativas del prestador de servicios.
No puede pretenderse que el personal insatisfecho en el desempeño de sus actividades cotidianas, esté dispuesto a desempeñarlas con calidad y eficiencia; por el contrario, la insatisfacción en el desarrollo del trabajo diario da 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 del trabajo con calidad. Si partimos de la base de que la realización del trabajo cotidiano con calidad, es una necesidad inherente a los individuos, debe considerarse la necesidad de un equipamiento y suministro suficientes. Ha sido un hecho de observación cotidiana 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 hacer reconocimientos al trabajo de sus colaboradores, por considerar que sus resultados

corresponden a un aspecto inherente al desempeño de sus responsabilidades, perdiéndose así la oportunidad de otorgar un estímulo al trabajo realizado con calidad y eficiencia y mejorar el nivel de motivación del personal.

Percepción salarial congruente con las características del trabajo desarrollado. Una de las principales circunstancias que han desestimulado la realización del 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 sea poco, mucho o suficiente, con calidad o sin ella; con o sin participación en actividades académicas o de investigación, etc., situación que conduce al trabajador a pensar que no es redituable hacer un esfuerzo adicional y que lleva al individuo que carece de motivación, a desarrollar únicamente el trabajo mínimo indispensable para conservar 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 (servicio civil de carrera).

Capacitación y desarrollo como elemento básico que posibilita incrementar el nivel técnico del personal, y por tanto realizar sus actividades con calidad y eficiencia superiores; ello a su vez facilita tener acceso a opciones para progresar en la escala organizacional y en su nivel tanto laboral como socioeconómico.

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 la sobreprotección contractual y sindical puede ser un incentivo negativo que incline al trabajador a desempeñarse con el esfuerzo mínimo indispensable, ante la seguridad de que no perderá su empleo.

- Satisfacción de las expectativas de la Institución.
La institución que proporciona instalaciones y recursos para la prestación de la atención médica y emite las normas y políticas que regulan la prestación de los servicios, de acuerdo a estándares de calidad y eficiencia, espera que los recursos se utilicen de manera eficiente y que la atención

se otorgue dentro de los estándares de calidad establecidos. Así, se pueden proponer 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 conducir la prestación de los servicios, dentro de los estándares de calidad y eficiencia esperados.

Administración eficiente de los recursos asignados de acuerdo a los lineamientos y estándares marcados por la institución, con costo-beneficio aceptable y posibilidad de que sean verificados por procedimientos de control y auditoría predeterminados.

Ausencia de diferimientos para otorgar la atención, cuya existencia va en detrimento de la oportunidad en la atención y deteriora la imagen institucional.

Ausencia de quejas por deficiencias en la calidad con que se otorga la atención médica.

Equidad en la prestación de los servicios que facilite otorgar atención médica a todos los derechohabientes usuarios, independientemente de su nivel socioeconómico, del tipo de padecimiento que se trate, de la disponibilidad presupuestal, etc.

Mejoría de nivel de salud de la población, determinada por disminución de la morbilidad y valorada en función de la disminución de los índices de incidencia y prevalencia por padecimiento y por 100 usuarios; disminución en el consumo de medicamentos y en la frecuencia de atención hospitalaria; disminución de la mortalidad y la letalidad por determinado padecimiento, así como por incremento del promedio de años de 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 propuestas y que se logre obtener el mayor rendimiento posible de los recursos disponibles.

Evaluación de la calidad de la atención médica

Definición

Análisis metodológico de las condiciones en que se otorga la atención médica, mediante la integración de un diagnóstico situacional que permita conocer las condiciones estructurales para su prestación, las características del proceso y la consecución de los resultados esperados. Implica la identificación de los procesos que requieren ser mejorados, los logros alcanzados y los problemas que es necesario resolver.

El análisis de esta definición hace necesario comentar algunos conceptos:

- Análisis metodológico: el proceso de evaluación debe estar sustentado en un procedimiento formal, objetivo, sistemático y procesal previamente establecido, con conocimiento del mismo, por parte de los evaluadores y los evaluados.
- El punto de partida para mejorar la calidad de la atención médica es conocer las condiciones en que ésta se otorga, a través del diagnóstico situacional ya mencionado.
- La determinación de las condiciones estructurales se refiere a las instalaciones, el equipo, el instrumental y el mobiliario, en cuanto a su suficiencia y estado funcional; alude al suministro de insumos con oportunidad, suficiencia y control de calidad, y a la dotación de personal conforme a plantillas autorizadas, cobertura de plazas y capacitación.
- Las características del proceso incluyen la oportunidad en su otorgamiento, su congruencia con las normas, conocimientos médicos y principios éticos vigentes y el uso adecuado de la tecnología apropiada.
- Los resultados esperados se refieren al logro del objetivo de la atención en materia de salud, con eficiencia y efectividad, que permitan satisfacer las expectativas de usuarios, prestadores de servicios e institución. Los resultados esperados en materia de salud pueden ser considerados en varios niveles. Se proponen los siguientes cuatro:

Curación, cuando sea factible lograr una solución completa y permanente del problema de salud del paciente.

Control de la enfermedad en los casos que no sea factible reservarla en forma completa y permanente y pueda ser resuelta en forma temporal.

Mejoría del paciente cuando sus condiciones no permitan curarlo ni controlar su enfermedad, sino únicamente superar parcialmente sus condiciones generales o específicas.

Paliación cuando la enfermedad por su naturaleza o gravedad, haya rebasado las opciones de tratamiento que permitan ofrecer cuando menos una mejoría, procurando proporcionar una calidad de vida más satisfactoria a través de disminuir las manifestaciones negativas de la enfermedad.

En los casos en que ninguna de estas opciones sea posible, el médico está comprometido a ofrecer **apoyo moral**.

Por último, se debe ofrecer una **muerte digna**, concepto que aún es motivo de controversia, situación en la que cabría reflexionar entre la disyuntiva de prolongar una vida o prolongar una agonía. No se considera admisible la práctica de la eutanasia.

Desde el punto de vista de la Salud Pública los resultados esperados incluyen una mejoría continua en el nivel de salud de la población, con disminución de la morbilidad y mortalidad en general y en algunos padecimientos en particular; asimismo, control de las enfermedades prevenibles por vacunación, menor número y mejor rehabilitación de los discapacitados y en general un mayor nivel en la calidad de vida.

En lo referente a la eficiencia, los resultados esperados se analizan los indicadores de calidad, comparándolos con estándares explícitos, con ello mismos a través del tiempo y con procesos similares, de la misma o de otras unidades médicas.

Dentro de los resultados esperados, debe incluirse la satisfacción de las expectativas de los usuarios por los servicios que les fueron otorgados, de los prestadores de servicios por el trabajo realizado y de la institución por la calidad y eficiencia con la que se otorgó la atención.

- Los criterios para determinar cuándo un proceso genera logros, problemas o requiere ser mejorado, se pueden establecer mediante los siguientes conceptos:

Logro: como resultado de la atención médica se alcanza o se supera el objetivo con oportunidad, calidad en los procedimientos y satisfacción de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución (Calificación: "excelente").

En los casos en que se logre el objetivo de la atención con oportunidad, pero sin satisfacer las expectativas de usuarios, prestadores de servicio e Institución, se considera como un resultado aceptable (Calificación: “Suficiente”).

En los casos en que no se alcance el objetivo de la atención médica, por falta de oportunidad en la atención, deficiencia en el proceso, omisión del acto médico requerido o acto médico realizado en forma incorrecta, con daño para el paciente, para el prestador de servicios o para la Institución, se estará en presencia de un **problema** (Calificación: “insuficiente, no realizado o inadecuado”).

Tanto los procesos que alcancen la calificación de suficiente, como aquellos calificados con los rubros: insuficiente, no realizado o inadecuado, son susceptibles de ser incorporados al proceso de **mejora continua**, con base en los procedimientos de planeación estratégica, análisis comparativo de referencia, reingeniería, etc..

Políticas

- La evaluación se realizará en forma **programada** en cuanto a contenido y calendarización, a fin de que se lleve a cabo apegada 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, no tiene porque ser sorpresiva. El conocimiento anticipado de la fecha y contenido de la evaluación, sobreentiende el riesgo de que el servicio, departamento o unidad médica, se preparen y “monten una escenografía” para el personal de evaluación, es decir, construyan una imagen que no corresponda a la realidad. Indudablemente que este riesgo existe, sin embargo debe tenerse en cuenta que tan sólo para preparar una buena “escenografía” es necesario identificar y caracterizar los problemas, de tal manera que en el proceso de preparación de la escenografía, una buena parte del problema quedaría resuelta. De hecho en la mayoría de los casos el montaje de la “escenografía” es parte de la solución del problema.

- La evaluación debe ser **permanente**, a través de visitas periódicas a las unidades o servicios, con la frecuencia establecida, con base en la normatividad de cada institución, con el propósito de dar continuidad al procedimiento y llevar a cabo el seguimiento de la mejora continua de los

procesos ineficientes o de baja calidad, del avance en la solución de los problemas identificados, en el proceso y en los resultados de atención, hasta que queden resueltos, así como del otorgamiento de reconocimientos a quienes hubieran alcanzado logro.

- La evaluación debe ser **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. La razón principal para la participación del evaluado es que nadie conoce mejor un proceso que el responsable del mismo, por tanto es quien mejor puede identificar los problemas que lo afectan y sus causas, es por tanto 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 evaluado pueden aclarar la situación vigente y evitar que se considere como problema; con ello el evaluador habrá adquirido un conocimiento adicional para enriquecer su experiencia en el área.

Al darse esta interrelación entre evaluador y evaluado durante el análisis de los problemas, hace innecesario esperar a que éste reciba el informe oficial de la evaluación, para iniciar la solución del problema; puede iniciarla de inmediato.

- La evaluación debe ser **objetiva**, evitando introducir prejuicios o consignas en pro o en contra del evaluado, de manera que resten confiabilidad y aceptación al procedimiento.

En caso contrario, la evaluación se desprestigiará, generará rechazo y dejará de contar con la importante participación de los evaluados en la identificación y solución de los problemas.

- Los directivos de las unidades médicas tendrán la responsabilidad de **auto evaluar** la calidad de la atención que se otorgue en la unidad a su cargo, de identificar los problemas que la deterioran, los procesos suficientes o de baja calidad y los logros, y generar las acciones que permitan mejorarla, garantizarla o lograr su acreditación.

Universo de aplicación

El universo de aplicación de la Evaluación de 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 del Sector Privado.

Tiempo de aplicación

La evaluación debe ser un proceso de desarrollo permanente, que con apego 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 necesidades específicas de cada sistema de salud.

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

- Mensual, en las unidades 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 del Sector Salud, a través de la emisión de la Norma Oficial Mexicana correspondiente y de la determinación de criterios generales para la evaluación de la calidad de la atención médica, con la participación de las instituciones que lo 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.

Responsabilidad de la Aplicación

- Los jefes de departamento o servicios clínicos, deben realizar la autoevaluación de su área de responsabilidad para conocer la calidad con que se atiende a los usuarios.

- La autoevaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas, estará a cargo de la Unidad de Calidad de la Atención Médica o del Comité correspondiente.
La organización y funcionamiento de la Unidad de Calidad de la Atención Médica, deberá estar sujeta a un reglamento que defina sus características 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, mediante la verificación de la ejecución 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.
- A nivel institucional se llevará a cabo de acuerdo con las disposiciones y reglamentos vigentes en cada institución, por las estructuras centrales normativas.

Responsabilidad 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 de la Unidad de Calidad de la Atención Médica quien reportará el área zonal o jurisdiccional.
- A nivel jurisdiccional o zonal, por las áreas de planeación y evaluación en coordinación con el área de atención médica reportando al nivel estatal o delegacional.
- A nivel estatal y a nivel delegacional por el jefe o subdelegado de servicios médicos, con reporte al nivel institucional, central o nacional.
- A nivel institucional o nacional por las Secretaría de Salud y por las institucionales que integran el Sistema Nacional de Salud.

Monitoría

Definición

Evaluación periódica del desarrollo de un proceso, mediante el registro, análisis y seguimiento de indicadores seleccionados, por su grado de sensibilidad, especificidad, objetividad y confiabilidad, que permitan identificar cambios significativos en el comportamiento del sistema.

Sería ideal estar en condiciones de dar seguimiento a las evaluaciones con frecuencia mensual, bimestral, cuatrimestral etc., no obstante, en un universo grande de trabajo esto sería poco factible dada la gran cantidad de personal capacitado en evaluación que se requeriría y por ende su alto costo. En tales condiciones es necesario identificar indicadores de gestión que emita regularmente el sistema de información, que permitan identificar variaciones en el proceso de calidad y eficiencia, sin incremento en los costos.

Mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica

Definición

Conjunto de estrategias realizadas en forma constante, sistemática y procesal, con el propósito de incrementar la calidad y la eficiencia en la prestación de la atención médica.

Las estrategias para el mejoramiento continuo de la calidad de atención médica se realizan con base en el diagnóstico situacional, integrado a través del proceso de evaluación. Es conveniente precisar algunos conceptos:

- Para que las estrategias dirigidas a incrementar la calidad y la eficiencia en la prestación de la atención médica sean efectivas, es necesario que se apliquen en forma constante, en congruencia con una metodología preestablecida y conforme al desarrollo sistemático de los procesos que las componen.
Si la elaboración de un diagnóstico situacional a través de la evaluación, no permite contribuir a la superación de la calidad y eficiencia en la prestación de la atención, el proceso de evaluación es inútil y oneroso.

Las acciones dirigidas a mejorar la calidad y la eficiencia en la prestación de la atención médica son:

- Planeación estratégica para el mejoramiento continuo de los procesos cuyos resultados puedan superarse en cuanto a calidad y eficiencia, hasta alcanzar el nivel de excelencia.
- Reconocimiento de los logros previa identificación del responsable del proceso, mediante un sistema predeterminado de estímulos, aplicado en forma continua, que comprenda acciones en forma verbal, por escrito, en especie (becas, licencias, etc.) o estímulos económicos.
- Solución de los problemas que afectan la calidad con que se otorga la atención médica, mediante los siguientes pasos:
 - Registro de los problemas.
 - Establecer prioridades para el abordaje de los problemas en función de su magnitud, trascendencia, factibilidad y vulnerabilidad.
 - Identificar al responsable del proceso donde se ubica el problema.
 - Verificar en forma participativa con el responsable del proceso, las condiciones de la estructura y características del proceso que dieron lugar a resultados inaceptables, para determinar la mejor opción para resolverlo.
 - Otorgar asesoría al responsable del proceso, con base en el conocimiento y comparación con procesos similares que generan resultados con mayor calidad y eficiencia (“*benchmarking*”).
 - Establecer compromisos en forma participativa con el responsable del proceso, para la solución del problema en tiempo y magnitud.
 - Seguimiento de esos compromisos y de los avances en la solución del problema.
 - Los obstáculos que impidan la solución de los problemas se constituyen en un nuevo problema, y estarán sujetos al mismo procedimiento de solución (“*espiral del mejoramiento continuo*”).
 - Verificar la solución del problema y su descargo de la relación de problemas vigentes.

Planeación estratégica

Definición

Determinación de las líneas generales de acción, dirigidas al mejoramiento continuo de los procesos mediante su análisis, identificación de sus fortalezas y debilidades intrínsecas; de las oportunidades y amenazas del entorno y de la reingeniería de aquellos procesos que requieran ser modificados.

Una vez identificados los procesos susceptibles de ser mejorados mediante la revisión de las condiciones de la estructura, las características del proceso y la consecución de los resultados esperados, se debe proceder a:

- Identificar fortalezas y debilidades inherentes al proceso, tanto en los recursos físicos como en los procedimientos; la eficiencia y la satisfacción de usuarios, prestadores de servicios e institución, para impulsar el desarrollo de las fortalezas, determinar las causas de las debilidades y promover su corrección.
- Identificar las oportunidades y las amenazas en el entorno del proceso, para aprovechar las primeras y nulificar las segundas, permitiendo su desarrollo con calidad y eficiencia.
- Someter a reingeniería los procesos cuyos resultados sean inferiores a los esperados, tanto los que representan un problema, como aquéllos que, aun habiendo producido un resultado aceptable, puedan superarse en búsqueda de la excelencia.

Sistemas de información comparativa de referencia (“benchmarking”.)

Definición

Análisis comparativo de procesos semejantes que permite identificar los procedimientos que producen mejores resultados en calidad, eficiencia y satisfacción de las expectativas de usuarios, prestadores de servicios e institución, con el propósito de incorporarlos a los procesos propios.

Una de las principales herramientas de la evaluación y mejoramiento continuo de la atención médica, es transpolar la experiencia obtenida mediante el conocimiento de procesos con resultados exitosos, a procesos cuya calidad

y eficiencia son inferiores a las esperadas, aun en los casos que no lleguen a constituir un problema.

Reingeniería de procesos

Definición

Reprogramación de los procesos susceptibles de ser mejorados en su estructura y en los procedimientos que los integran, con el propósito de alcanzar los resultados esperados, a fin de incorporarlos al proceso de mejoramiento continuo de la calidad y eficiencia.

Con este fin, una vez que se disponga del diagnóstico situacional de un proceso, se deberá proceder a su análisis crítico en forma participativa con el responsable de llevarlo a cabo, tanto en relación con las condiciones de la estructura, como en las características y la organización de los procedimientos que lo integran, utilizando y aprovechando en forma creativa las herramientas que proveen: la teoría de sistemas, la planeación estratégica, el *benchmarking*, la monitoría, el análisis estadístico, el trabajo en equipo y la investigación en sistemas de salud, con el propósito de alcanzar los resultados esperados.

Evaluación y Seguimiento

Como parte integrante del proceso de evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención médica, es necesario dar continuidad al procedimiento, mediante el seguimiento de los avances logrados, de la solución de los problemas identificados y de los progresos alcanzados mediante la reingeniería de los procesos sometidos a ella. Cuando a través de las evaluaciones periódicas se identifiquen obstáculos para el mejoramiento continuo de los procesos o para la solución de los problemas, estos obstáculos pasarán a integrarse al registro de nuevos problemas y por lo tanto a la secuencia de procedimientos dirigidos a su solución.

Retroinformación al Sistema

En aquellos casos en que las modificaciones incorporadas a los procesos mejoren su calidad, eficiencia y sus resultados, debe retroinformarse al nivel

normativo, proponiendo la modificación y actualización de las normas vigentes, con el propósito de incorporar las mejoras logradas a todo el sistema.

Acreditación o certificación

Definición

Aval que se otorga a una institución o servicio de salud que cumple con los estándares mínimos de calidad vigentes, en su estructura, en el proceso y en los resultados, que permitan garantizar una atención médica de calidad.

En la medida que se cumplan los mencionados estándares se podrá otorgar un documento que lo certifique, acreditando así a la institución evaluada como una institución de calidad.

Calidad Total

Cuando se habla de Calidad de la Atención Médica, no puede dejar de mencionar el concepto de Calidad Total. Este término lleva implícito: **la calidad en la estructura, proceso, resultados y en cada uno de sus componentes, así como la participación comprometida de todos los involucrados en el proceso de la atención médica:** directivos, personal operativo, proveedores y personal de apoyo. Es un paradigma indudablemente apasionante, pero difícil de alcanzar, que conlleva un cambio cultural de quienes se comprometan a alcanzarlo, situación a largo plazo, con riesgo de desánimo para quienes esperan y no logren avances a corto plazo, y cuando estos fueran parciales. Por otra parte, puede considerarse que la calidad total no existe, ya que la calidad siempre podrá ser mejorada. Por estas razones hemos decidido comprometernos con el mejoramiento continuo.

SEGUNDA PARTE

METODOLOGÍA

CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN DEL PROCESO Y RESULTADOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA

CAPÍTULO V. METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

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 lo esperado, 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 ASIGNACIÓN DE JUICIOS
DE VALOR, IDENTIFICACIÓN, REGISTRO, SEGUIMIENTO
Y SOLUCIÓN 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 ATENCIÓN" sobre el cual la vamos a realizar:

"Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de sus necesidades de salud y de sus expectativas, las del prestador de servicios y las de la Institución"(70).

Como elemento complementario debemos considerar el concepto de "OBJETIVO DE LA ATENCIÓN". 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

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

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 EVALUACIÓN

- CAPÍTULO VI. PROCESO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA**
- CAPÍTULO VII. INDICADORES DE RECURSOS, EFICACIA, EFECTIVIDAD, CALIDAD Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO**
- CAPÍTULO VIII. EVALUACIÓN DE LA OPORTUNIDAD PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**
- CAPÍTULO IX. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A TRAVÉS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**
- CAPÍTULO X. EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN Y DE LA INVESTIGACIÓN MÉDICA**
- CAPÍTULO XI. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LA ATENCIÓN 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 dio 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 FCAM 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. Para una información más amplia y precisa de este proceso se recomienda consultar un trabajo previo con los resultados de la aplicación de esta metodología(69).

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:

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

- 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	NÚMERO DE PROBLEMAS	PORCIENTO DEL TOTAL	PORCIENTO DE AVANCE
1.1. CENTRAL			
1.2. DELEGACIONAL			
1.3. UNIDAD MEDICA			
TDTAL		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

Instructivo (14).

ÁREAS MÉDICA, DE ENFERMERIA, TRABAJO SOCIAL Y NUTRICIÓN Y DIETÉTICA*

1. RECURSOS FÍSICOS

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.

*Ver cédula de registro (13) al final del capítulo.

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. DOTACIÓN 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. DOTACIÓN DE ARTÍCULOS 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. ORGANIZACIÓN

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 Área, 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 ATENCIÓN

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, etcétera.

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 están 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 la 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 ATENCIÓN

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, etcétera.

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, con base en la utilización de las encuestas de opinión correspondientes.

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____
 SERVICIO _____
 ÁREA _____

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO
1. RECURSOS FÍSICOS					
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 Áreas físicas					
1.10.2 Mobiliario					
1.10.3 Equipo médico e instrumental					
2. DOTACIÓN DE PERSONAL					
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					

EVALUÓ: _____

FCAM-1

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

UNIDAD MÉDICA _____
SERVICIO _____
ÁREA _____

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO
3. DDTACIÓN DE ARTÍCULOS DE CONSUMO					
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					
4. ORGANIZACIÓN					
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					

EVALUÓ: _____

FCAM-2

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

UNIDAD MÉDICA _____
 SERVICIO _____
 ÁREA _____

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO
5. PROCESO DE LA ATENCIÓN					
5.1 Congruencia del envío con el nivel de atención y de regionalización vigantes					
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					
5.9.8 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					

EVALUÓ: _____

FCAM-3

PROCESO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

UNIDAD MÉDICA _____
SERVICIO _____
ÁREA _____

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					

EVALUÓ: _____

FCAM-4

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

UNIDAD MÉDICA _____
 SERVICIO _____
 ÁREA _____

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO
6. RESULTADOS DE LA ATENCIÓN					
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					
7. AMBIENTE ORGANIZACIONAL Y LABORAL					
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					

EVALUÓ: _____

FCAM-5

119

PROCESO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Capítulo VII

Indicadores de Recursos, Eficacia, Eficiencia, Efectividad, Calidad y Satisfacción del Usuario

Dr. Héctor Aguirre Gas

Introducción

Las Instituciones de salud cuentan con instalaciones, recursos tecnológicos y personal destinados a otorgar atención médica y es responsabilidad de su cuerpo directivo, que la atención se otorgue con calidad y eficiencia. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que los recursos disponibles deberán utilizarse para dar solución a los problemas de salud, de una población cada vez mayor, por lo tanto debemos hacer uso de ellos con la mayor eficiencia posible y en un equilibrio perfecto con la calidad, a fin de lograr la satisfacción de los usuarios, de los prestadores de servicio y de la propia Institución.

Si tomamos en cuenta que no solo 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, un proceso de atención realizado con eficiencia y resultados que deberán ser congruentes con los esperados.

La disponibilidad de los recursos para otorgar atención a la salud y a la enfermedad, la cobertura y el número de servicios otorgados, han representado durante mucho tiempo, elementos esenciales de información a las autoridades de las diferentes instituciones y al pueblo de México. En forma sistemática y procesal se analiza cuidadosamente la asignación de presupuestos, se verifica su correcto ejercicio, así como 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 racional de los recursos y de los procesos y la efectividad como el logro de los resultados esperados, tanto desde el

punto de vista cuantitativo como cualitativo, debemos enfocar nuestra atención a la evaluación tanto de los recursos, como de la eficacia, la eficiencia, la efectividad y la calidad con que se otorgan los servicios.

Con el propósito de uniformar los conceptos que se utilizarán en este capítulo es recomendable consultar las definiciones propuestas en el Capítulo III de este libro.

La evaluación implica la necesidad de comparar los resultados obtenidos, con un marco de referencia que permita establecer un juicio de valor.

Los marcos de referencia más utilizados en la actualidad son:

1. Logro de una meta o indicador numérico pre-establecido (eficacia).
2. Mantenerse dentro de los valores de un rango pre-determinado (estándar).
3. Comparación con la media, promedio o rangos de variación de los subsistemas o sistemas donde está incluido (evaluación sistemática).
4. Comparación de la unidad, con unidades médicas de características similares ("benchmarking").
5. Comparación de la unidad médica consigo misma a través del tiempo (tendencia).
6. Comparación con los preceptos normativos o legales vigentes (auditoría).
7. Comparar el avance logrado con el esperado (seguimiento).
8. Comparar el resultado alcanzado con el comprometido (control).

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

- ESTRUCTURA
 - RECURSOS
 - FÍSICOS
 - TECNOLÓGICOS
 - INSUMOS
 - PERSONAL

- PROCESO
 - ORGANIZACIÓN
 - EFICACIA
 - EFICIENCIA
 - CALIDAD

- RESULTADOS**
- EFECTIVIDAD
 - SATISFACCIÓN
 - USUARIOS
 - PRESTADORES DE SERVICIOS
 - INSTITUCIÓN

Para evaluar estos rubros es necesario disponer de indicadores. Al respecto se cuenta con obras muy completas, como la editada por Treviño y sus colaboradores en 1994 (71). En el presente Capítulo, se presenta una propuesta de indicadores, mediante los cuales no se pretende ser exhaustivo, sino únicamente presentar los más representativos y mostrar la metodología para su diseño y cálculo, a fin de que en cada unidad médica, su cuerpo de gobierno seleccione, construya y aplique su propio cuadro básico de indicadores, conforme a sus necesidades particulares, en la medida que representen instrumentos útiles para la toma de decisiones.

Objetivo

Alcanzar niveles óptimos de eficacia, eficiencia y efectividad, en equilibrio armónico con la calidad de la atención, en base a una administración racional de los recursos existentes, con apoyo en un análisis sistemático de la información disponible.

Políticas

- Analizar en forma sistemática la información disponible.
- Fomentar la utilización racional de los recursos.
- Señalar los logros significativos, otorgar el reconocimiento correspondiente; analizar los procedimientos que les dieron origen e implantarlos en forma general, en los procesos similares.
- Identificar problemas y resolverlos en forma participativa con el responsable del proceso involucrado.
- Identificar los procesos ineficientes o con resultados de calidad inferior a la esperada, someterlos a reingeniería y evaluar sus resultados.
- Evitar que se deteriore la calidad en beneficio de la eficiencia o efectividad.

Límites

Geográficos

Servicios médicos y administrativos de las unidades y zonas médicas, jurisdicciones sanitarias, delegaciones, estados, regiones e Instituciones del Sistema Nacional de Salud, a nivel público y privado.

De tiempo

Permanente, con periodicidad congruente con el nivel operativo:

- Mensual para la unidad médica, la zona y la jurisdicción sanitaria.
- Cuatrimestral para el nivel Estatal o Delegacional.
- Anual para el nivel Institucional y Nacional.

Principales Indicadores

Población Usuaría

- Número de usuarios.
Representa el número de personas cubiertas por los servicios de salud; tanto de población abierta como derechohabientes de la seguridad social, a los que debe otorgarse la atención y en quienes deben emplearse los recursos, con base en las acciones del personal.

Evaluación de la Estructura

En la evaluación de la estructura debe tenerse en cuenta tres grandes capítulos: los recursos, el personal y la cobertura de servicios.

Indicadores de Recursos.

Dentro de los indicadores de recursos se considera: la capacidad instalada, la conservación, el abasto de insumos y el presupuesto:

- Capacidad instalada.
 - Consultorios
 - Camas censables
 - Días cama
 - Salas de cirugía
 - Salas de expulsión
 - Peines de laboratorio
 - Salas de radiodiagnóstico
- Conservación
- Abasto de insumos
- Presupuesto

En la evaluación de los recursos, es necesario tener en cuenta su suficiencia, la oportunidad en su suministro (material de consumo) y el control de su calidad.

Indicadores de capacidad instalada

El indicador destinado a evaluar la suficiencia de los recursos relaciona: los recursos necesarios con los recursos existentes, multiplicado por 100. El producto de esta ecuación nos da el porcentaje de suficiencia de los recursos conforme a la siguiente fórmula:

$\frac{\text{Recursos existentes}}{\text{Recursos necesarios}} \times 100 = \% \text{ de suficiencia de recursos}$
--

Con esta fórmula puede calcularse la suficiencia de consultorios, camas de hospitalización, salas de operaciones, salas de expulsión de tococirugía, peines de laboratorio, salas de radiodiagnóstico, equipos, etcétera.

Para estar en condiciones de determinar la magnitud de los recursos necesarios, debe tenerse en cuenta

- El tiempo requerido por procedimiento.
- El número de procedimientos que se requiere realizar.
- El tiempo en horas o días que se encuentra disponible el recurso.

Conforme a las siguientes fórmulas:

$$\text{Tiempo por procedimiento} \times \text{Número de procedimientos} = \text{Tiempo Necesario}$$

Al relacionar el tiempo necesario con el tiempo disponible, se hará:

$$\frac{\text{Tiempo disponible}}{\text{Tiempo necesario}} = \text{Tiempo requerido en exceso o déficit}$$

Cuando el tiempo en horas por día, semana o mes completa una unidad o una fracción superior al 0.5, del recurso de que se trate (consultorio, sala de operaciones, etc.), se deberá incrementar la disponibilidad en el número de unidades del recurso, en una o más unidades.

Estándares: para la determinación de los estándares cuando éstos no están establecidos por la Institución, es necesario llevar a cabo mediciones en un número suficiente para que tengan validez estadística, determinar el valor de la media y el rango de variación aceptable, en forma estimada o aplicando una o dos desviaciones estandar. Antes de llevar a cabo las mediciones, deben establecerse las normas desde el punto de vista cualitativo que debe reunir un acto médico y aplicarlas al tiempo necesario para llevarlo a cabo. El estandar ideal en los recursos físicos es contar con el 100% de ellos o inclusive un margen de seguridad de un 5% a 15%, para casos de urgencia, descomposturas, etc. Por ejemplo, es conveniente tener un 15% de camas no ocupadas en un hospital para lograr su funcionamiento eficiente.

Indicadores de conservación.

Es importante tener en cuenta el hecho de que la efectividad en la utilización de los equipos, depende del número de equipos funcionando y el número de equipos fuera de operación por problemas de conservación. Se propone el siguiente indicador:

$$\frac{\text{Equipos en operación}}{\text{Total de equipos}} \times 100 = \% \text{ del equipos en operación}$$

O bien:

$\frac{\text{Equipos fuera de servicio}}{\text{Total de equipos}}$	X 100 =	% de equipos fuera de servicio
--	---------	--------------------------------

Estándares: el ideal debería ser mantener el 100% de equipos en operación para evitar que afecte la prestación de servicios con calidad y eficiencia. En caso de que existan equipos fuera de servicio, éstos deberán ser substituidos por equipos de reserva propios o proporcionados por los proveedores.

Indicadores de abasto de insumos.

Teniendo en cuenta el ciclo del abasto, la disponibilidad de insumos puede verse afectada en varios niveles: la congruencia de la requisición con los consumos, la magnitud del surtimiento, la oportunidad del surtimiento y el nivel de calidad de los insumos; para evaluarlos se dispone de los siguientes indicadores:

$\frac{\text{Artículos solicitados}}{\text{Artículos necesarios}}$	X 100 =	% de requisición de insumos
--	---------	-----------------------------

$\frac{\text{Artículos surtidos}}{\text{Artículos solicitados}}$	X 100 =	% de surtimiento
--	---------	------------------

$\frac{\text{Artículos surtidos en la fecha programada}}{\text{Artículos solicitados}}$	X 100 =	% de oportunidad en el surtimiento
---	---------	------------------------------------

$\frac{\text{Artículos con calidad deficiente}}{\text{Artículos surtidos}}$	X 100 =	% de artículos con calidad deficiente
---	---------	---------------------------------------

El estándar ideal sería del 100% en todos los casos de acuerdo con las políticas de cada institución, teniendo en cuenta los períodos de surtimiento y la magnitud permitida del inventario disponible (máximos y mínimos).

Indicadores para el análisis del presupuesto.

El presupuesto puede evaluarse en forma global, por partida o por centro de costos, en cifras absolutas o en cifras porcentuales, desde los siguientes enfoques:

- Con relación al año previo.

Presupuesto Solicitado	-	Presupuesto del año previo	=	Variación Absoluta
------------------------	---	----------------------------	---	--------------------

$\frac{\text{Presupuesto solicitado}}{\text{Presupuesto del año previo}}$	X 100	=	% de variación
---	-------	---	----------------

Estándar: El presupuesto solicitado, con referencia al año previo debe tener en cuenta incrementos o decrementos esperados en inflación, incremento o disminución esperada de los servicios otorgados, nuevos programas o programas cancelados, etc. El presupuesto autorizado debe ser similar al solicitado, si la justificación del mismo es correcta.

Indicadores de Personal

Los indicadores de personal se determinan en función de la siguiente fórmula:

$\frac{\text{Personal existente}}{\text{Personal necesario}}$	X 100	=	% de suficiencia de personal
---	-------	---	------------------------------

Para estar en condiciones de determinar la magnitud del personal necesario, debe tenerse en cuenta:

- Número de actividades a realizar.
- Tiempo necesario para realizar cada actividad.
- Tiempo total necesario para realizar las actividades programadas.
- Tiempo disponible por trabajador.

Conforme a la siguiente fórmula:

Tiempo por actividad	X	Número de actividades	=	Tiempo necesario
----------------------	---	-----------------------	---	------------------

Al relacionar el tiempo necesario con el disponible:

$\frac{\text{Tiempo disponible}}{\text{Tiempo necesario}}$	=	Tiempo requerido en exceso o déficit
--	---	--------------------------------------

Cuando el tiempo requerido señala que existe déficit en horas por día, semana o mes, completa una jornada o una fracción superior al 0.5, se debe asignar una o más plazas.

Estándares: para la determinación de los estándares cuando éstos no están establecidos por la institución, es necesario llevar a cabo mediciones de tiempos y actividades en un número suficiente para alcanzar validez estadística, determinar el valor de la media y el rango de variación aceptable en forma estimada o aplicando desviaciones estándar. Antes de llevar a cabo las mediciones, debe establecerse las normas de calidad que debe reunir un acto médico, paramédico o administrativo y aplicarlas correctamente.

En evaluación de la suficiencia del personal los indicadores deben enfocar diferentes niveles del proceso:

- Autorización de plazas.

$\frac{\text{Plazas autorizadas}}{\text{Plazas necesarias}}$	X 100 =	% de autorización de plazas
--	---------	-----------------------------

- Cobertura de plazas.

$\frac{\text{Plazas cubiertas}}{\text{Plazas autorizadas}}$	X 100 =	% de cobertura de plazas
---	---------	--------------------------

- Ausentismo (plazas descubiertas).

$$\frac{\text{Plazas con ausentismo}^*}{\text{Plazas cubiertas}} \times 100 = \% \text{ de ausentismo}$$

- Cobertura de ausentismo.

$$\frac{\text{Plazas con ausentismo cubiertas}^*}{\text{Plazas con ausentismo}^*} \times 100 = \% \text{ de cobertura de ausentismo}$$

* Puede manejarse "jornadas" con ausentismo.

Con frecuencia se requiere relacionar los indicadores de personal con los recursos, con propósitos de evaluación, como ejemplo se presenta el indicador de plazas por cama:

$$\frac{\text{Número de plazas autorizadas}}{\text{Número de camas censables}} = \text{Número de plazas por cama}$$

Calidad del personal

Desde el punto de vista cualitativo, si se pretende otorgar atención con calidad y eficiencia, es importante evaluar el nivel de preparación del personal con que se cuenta. En el área médica en función del número de especialistas calificados, con diplomas expedidos por universidades reconocidas y certificación del Consejo de Especialidad correspondiente; en el área de enfermería el número y por ciento del personal con carrera técnica avalado por el diploma correspondiente o el título de licenciatura, expedido por instituciones reconocidas, etc.

Se considera como indicadores útiles:

- Por ciento de médicos certificados por el Consejo de su Especialidad
- Por ciento de médicos con diploma de especialidad
- Por ciento de enfermeras con licenciatura
- Por ciento de enfermeras con diploma técnico

Como ejemplo se propone la siguiente fórmula:

$\frac{\text{Médicos certificados por el Consejo de Especialidad}}{\text{Total de médicos}} \times 100 = \% \text{ de médicos certificados}$
--

Asignación de juicios de valor cualitativo

Criterios para la evaluación de los recursos

Si tomamos en cuenta como factor más importante, el compromiso de otorgar atención con calidad, conforme a normas y conocimientos médicos vigentes, con satisfacción de usuarios, prestadores de servicios y de la Institución, podemos considerar la siguiente escala cualitativa de la suficiencia de recursos y de personal:

- EXCELENTE** 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, del prestador de servicios y de la Institución.
- SUFICIENTE** Inmueble, equipo, mobiliario, instrumental y personal, que permiten otorgar la atención y lograr el objetivo de la misma.
- INSUFICIENTE** Inmueble, equipo, mobiliario, instrumental y personal, que permiten otorgar la atención, aún cuando no se alcanzó el logro del objetivo propuesto.
- NO REALIZADO** Las instalaciones, equipos, mobiliarios, instrumental y personal disponible, no permiten otorgar la atención.
- INADECUADO** Las instalaciones, equipo, mobiliario e instrumental, no permiten otorgar atención con calidad y generan problemas para la atención, gastos no justificados o representan riesgos para los usuarios o los prestadores de servicios.

Indicadores de la Cobertura de Servicios

La cobertura de servicios se evalúa en base a la disponibilidad de recursos, en función del número de derechohabientes usuarios a quienes están destinados, se toma como marco de referencia su disponibilidad por cada 1000 usuarios.

Número de:

- 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

Se toma como ejemplo el número de camas disponibles:

$\frac{\text{Número de usuarios}}{\text{Número de camas}} \times 1000 = \text{Número de camas por cada 1000 usuarios}$
--

Estándar:

Cuando los estándares no están establecidos por las instituciones, deberán determinarse en base al análisis de la suficiencia de recursos, personal y presupuesto, comparándolos con el número de servicios que demanda la población usuaria, en determinada unidad médica, debiendo quedar satisfecha esa demanda al 100%. Si la cobertura real es inferior a la suficiencia de recursos generándose negativas o diferimientos de la atención, se tendrá una cobertura insuficiente. Para poder afirmar que los recursos son insuficientes para satisfacer la demanda, es necesario que se pueda asegurar un desempeño del personal y una utilización de los recursos, con eficiencia y calidad.

La cobertura también debe evaluarse en función de la población usuaria en relación con el número de plazas de las diferentes categorías, el más común es: "derechohabientes usuarios por médico familiar", la cual se expresaría:

$\frac{\text{Número de derechohabientes usuarios}}{\text{Número de médicos familiares}} = \text{Derechohabientes usuarios por médico familiar}$

Estandar.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se maneja como estandar el de 2400 derechohabientes usuarios por cada médico familiar, si se le asignan más estará sobresaturado; si tiene menos, tendrá margen para recibir más.

Evaluación del Proceso

En la evaluación del proceso debe tomarse en cuenta los indicadores de demanda, los indicadores de eficacia, incluyendo los programas operativos de salud y los indicadores de eficiencia.

Indicadores de Demanda

La demanda se evalúa en función del número de servicios otorgados, relacionados con cada 1000 usuarios, siempre y cuando no exista demanda insatisfecha.

Los indicadores de demanda más utilizados son:

Consultas por 1000 usuarios

Egresos por 1000 usuarios

Cirugías por 1000 usuarios

Partos por 1000 usuarios

Se evalúa relacionando el número de usuarios con el número de acciones realizadas.

$\frac{\text{Número de usuarios}}{\text{Acciones}^*} \times 1000 = \text{Acciones por 1000 usuarios}$

*Consulta, cirugías, egresos, partos, etcétera.

Estándar: no existen estándares preestablecidos, estos se determinan en función del nivel de salud de la población, su accesibilidad a los servicios

y de la eficiencia con que se administran los recursos disponibles. En los programas de inmunizaciones, acciones de planificación familiar y detecciones de enfermedades, la demanda esta determinada por la magnitud de la población susceptible, que es necesario cubrir (cobertura).

Indicadores de Eficacia

En la evaluación de la eficacia, debe tenerse en cuenta: los servicios otorgados y el cumplimiento de los programas operativos de salud. Si consideramos a la eficacia como la magnitud de las acciones realizadas en relación a las acciones programadas, se estaría hablando del logro de una meta. Sin embargo las acciones realizadas también pueden ser evaluadas comparándolas con el período inmediato anterior, el mismo período del año previo, en función de una tendencia (seguimiento), o con las realizadas en unidades, servicios o procesos similares (análisis comparativo de referencia o "benchmarking").

Servicios otorgados

- Número de:
 - Consultas
 - Consultas de urgencia
 - Consultas estomatológicas
 - Egresos
 - Días paciente
 - Intervenciones quirúrgicas
 - Partos
 - Exámenes de laboratorio
 - Exámenes de laboratorio a pacientes ambulatorios
 - Exámenes de laboratorio a pacientes hospitalizados
 - Estudios de radiodiagnóstico
 - Estudios de radiodiagnóstico a pacientes ambulatorios
 - Estudios de radiodiagnóstico a pacientes hospitalizados
 - Acciones en los programas operativos de salud

Se propone las siguientes formulas:

$$\frac{\text{Acciones realizadas}}{\text{Acciones programadas}} \times 100 = \% \text{ del logro de la meta}$$

$$\frac{\text{Acciones realizadas}}{\text{Acciones realizadas en período previo}} \times 100 = \% \text{ de aumento o disminución}$$

$$\frac{\text{Acciones realizadas}}{\text{Acciones realizadas en servicio similar}} \times 100 = \% \text{ de mayor o menor eficacia}$$

Estandar: no existe un estandar, estos indicadores se evalúan en función del logro de la meta propuesta, o bien se relacionan con periodos previos o con procesos o unidades de características similares.

Indicadores para Evaluar los Programas Operativos de Salud

Existe un gran número de indicadores para evaluar los programas operativos de salud, en congruencia con los programas vigentes en cada área, se presentan algunos ejemplos:

Número de Inmunizaciones

Número de acciones de planificación familiar

Número de cirugías ambulatorias

Número de partos con puerperio de bajo riesgo

Número de accidentes de trabajo

Número de detecciones de enfermedades crónico-degenerativas

Los programas operativos de salud deben ser congruentes con el Programa Nacional de Salud vigente, los correspondientes a cada Institución, estado, delegación, jurisdicción sanitaria, zona o unidad médica y deberán ser sujetos a evaluación en función de la meta programada, el logro obtenido y el porcentaje del logro de la meta establecida. Si el programa lo requiere podría ser necesario un seguimiento de los logros en los cinco años previos (Formato CAM14). En algunos programas operativos de salud, como el control de enfermedades

prevenibles por vacunación, el control de la natalidad y la detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas, la meta puede estar dada por la cobertura de la población susceptible (población blanco).

Los principales indicadores son:

- Esquemas completos de vacunación por 1000 usuarios susceptibles.
- Porcentaje de mujeres en edad fértil cubiertas con algún procedimiento de planificación familiar.
- Detección de enfermedades crónico degenerativas por 1000 usuarios susceptibles.

Los programas operativos de salud tendrán vigencia y por lo tanto serán sujetos de evaluación, conforme a las políticas nacionales, sectoriales o instituciones. 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, de las infecciones intrahospitalarias, de las reintervenciones quirúrgicas, de las cesáreas injustificadas, etc.

Asignación de juicios de valor cualitativo.

Criterios para la evaluación de la eficacia y de los programas operativos de salud

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

EXCELENTE Logro o superación de la meta establecida.

SUFICIENTE Logro de 95 al 99% de la meta.

INSUFICIENTE Logro inferior al 95% de la meta

NO REALIZADO No se llevó a cabo el programa

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

Estándar: El cumplimiento de una meta debe alcanzarse al 100% o superarse, aún cuando sería aceptable un 5% menos de lo esperado. La comparación del número de acciones realizadas, con periodos previos, con el periodo inmediato anterior, el mismo periodo del año previo, etc., permite determinar tendencias relacionadas con la eficacia en el desarrollo de los procesos y estar en condiciones de planear los recursos, que serán necesarios para cubrir la demanda de atención. En este rubro no existe un estándar, sino la búsqueda del mejoramiento continuo. Al comparar el número de acciones realizadas como resultado de procesos similares, se establece un “análisis comparativo de referencia o “benchmarking”, en cuyo caso el “estándar de oro” sería la eficacia del proceso con mejores resultados, situación que nos llevaría a revisar los procedimientos que lo componen e incorporar los que se requiera al mejoramiento continuo de nuestro proceso.

Indicadores de Eficiencia

Los indicadores de eficiencia más utilizados se determinan en función de las acciones efectuadas referidas a la magnitud de los recursos utilizados, al tiempo empleado o al personal requerido para su realización, mediante la utilización de los recursos disponibles y en función del número de acciones realizadas por el personal.

En cuanto a las acciones por recurso tenemos:

Número de:

- Consultas por consultorio
- Cirugías por sala de operaciones
- Egresos por cama
- Exámenes de laboratorio por peine
- Estudios de radiodiagnóstico por sala

Si caracterizamos a la eficiencia como la relación numérica entre el número de acciones realizadas y la utilización de los recursos programados para ello, se proponen las siguientes fórmulas para su cálculo:

$\frac{\text{Número de acciones realizadas}}{\text{Número de recursos utilizados}} = \text{Número de acciones por cada recurso}$
--

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

$$\frac{\text{Número de días-paciente}}{\text{Número de días-cama disponibles}} \times 100 = \text{Porcentaje de ocupación de camas}$$

El recurso consultorio y el recurso quirófono pueden ser evaluados en función del tiempo disponible para su utilización.

Con referencia a las acciones realizadas por el personal, los principales indicadores son:

Número de:

- Consultas por médico
- Cirugías por cirujano
- Egresos por cama
- Exámenes de laboratorio por químico
- Estudios de radiodiagnóstico por radiólogo
- Inmunizaciones por vacunador
- Acciones de planificación familiar por médico
- Detecciones de enfermedades crónico degenerativas por médico

Se propone la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Número de acciones realizadas}}{\text{Número de trabajadores por categoría}} = \text{Número de acciones por trabajador}$$

Es necesario con frecuencia evaluar la eficiencia mediante indicadores compuestos como el análisis del número de acciones que es necesario realizar para obtener un resultado, los más frecuentes son:

Número de:

- Consultas subsecuentes por cada una de primera vez
- Altas por cada consulta de primera vez
- Consultas estomatológicas por cada alta
- Exámenes de laboratorio por 100 consultas
- Exámenes de laboratorios por 100 egresos
- Estudios de radiodiagnóstico por 100 consultas
- Estudios de radiodiagnóstico por 100 egresos

Para elaborar estos indicadores se pueden utilizar los ejemplos que se muestran en las siguientes fórmulas:

$$\frac{\text{Acciones realizadas}}{\text{Resultados logrados}} = \text{Número de acciones realizadas por cada resultado}$$

$$\frac{\text{Número de días paciente}}{\text{Número de egresos}} = \text{Promedio de días-estancia}$$

$$\frac{\text{Consultas subsecuentes}}{\text{Consultas de 1a. vez}} = \text{Consultas subsecuentes por cada una de primera vez}$$

$$\frac{\text{Altas}}{\text{Consultas de 1a. vez}} \times 100 = \text{\% de altas por cada 100 consultas de 1a. vez}$$

$$\frac{\text{Exámenes de laboratorio}}{\text{Egresos}} \times 100 = \text{Exámenes de laboratorio por 100 egresos}$$

Existen otros indicadores de eficiencia más complejos como el número de consultas por hora-médico, en que las consultas son el número de acciones realizadas y el recurso es el consultorio expresado en forma de tiempo en horas disponibles, para las actividades del médico:

$$\frac{\text{Consultas otorgadas por el médico}}{\text{Horas de consultas asignadas}} = \text{Consultas por hora-médico}$$

Estándares.- No existen estándares uniformes en todos los rubros debiéndose establecer en función de las características particulares de cada servicio. Un estándar generalmente aceptado es el del 85% de ocupación promedio de un hospital, sin embargo ante los elevados costos de operación actuales, esta cifra podría representar una subutilización del recurso instalado. También se acepta como estándar el de cuatro consultas por hora médico, en la consulta de medicina familiar y tres consultas por hora médico en la consulta de

especialidades, a nivel de medicina institucional. El promedio de días de estancia, la indicación de exámenes de laboratorio o estudios de radiodiagnóstico por 100 consultas o por 100 egresos, etc., dependerán de la complejidad de los pacientes que se atiende en cada tipo de hospital, por lo cual los estándares deberán establecerse con referencia a unidades médicas, servicios o procesos similares (“benchmarking”), ya que son diferentes para segundo y tercer nivel, pediatría y oncología, etc.

Uno de los aspectos relevantes de la eficiencia es la utilización racional de los recursos financieros mediante el análisis de los costos unitarios, a través del análisis del gasto realizado para el otorgamiento de determinado número de acciones de salud. Como elemento fundamental en el análisis de la eficiencia hospitalaria, se tiene la cuantificación del gasto que se genera como consecuencia de la atención de los pacientes. En los sistemas de costos en que se tiene determinado con precisión y en forma individualizada, los costos de operación de un hospital en cuanto a gastos directos e indirectos, éstos se repercuten al usuario en forma de una “renta” por la utilización de sus instalaciones, costo al cual habría de agregar los consumos y los honorarios del médico tratante. Sin embargo en las instituciones del Sector Público en que se manejan dotaciones para grandes servicios y participación en la atención de un número variable de médicos, personal de salud y personal administrativo, se ha separado el gasto en diferentes centros de costos para ser referido al número de atenciones otorgadas en cada uno de ellos, obteniendo costos promedio por servicio otorgado.

Los principales costos unitarios sujetos a análisis son:

Costo por consulta

Costo por día-paciente

Costo por cirugía

Costo por examen de laboratorio

Costo por estudio de radiodiagnóstico

Costo por ración de alimentos

Para el cálculo de los costos unitarios promedio se relaciona el gasto total del centro de costos correspondiente y se divide entre el número de acciones realizadas en un período determinado.

$\frac{\text{Gasto del centro de costos}}{\text{Número de acciones realizadas en ese centro de costos}} = \text{Costo unitario por acción}$

Estandar:

No es factible establecer un estandar, dado el incremento no programado de costos como consecuencia de la variabilidad de la economía; sin embargo debe ser congruente con la inflación y la eficiencia con la prestación de los servicios. El marco de referencia debe ser el promedio de costo del mercado o de unidades médicas de características similares, tendente a buscar el mayor nivel de costo/calidad.

Asignación de juicios de valor cualitativo

Criterios para la evaluación de la eficiencia

Partiendo de la premisa del otorgamiento de atención con calidad, se propone los siguientes criterios para evaluar la eficiencia:

- | | |
|----------------------------|---|
| <u>EXCELENTE</u> | Prestación de servicios con calidad y logro o superación de las metas establecidas, con costo de operación inferior en un 5% o más de lo presupuesto. |
| <u>SUFICIENTE</u> | Prestación de los servicios con calidad y logro entre el 95% y 99% de la meta establecida y costos de operación equivalentes o hasta un 5% más de lo presupuesto. |
| <u>INSUFICIENTE</u> | Prestación de servicios con calidad y logro de menos de un 95% de la meta establecida con costo de operación superior de un 5% a un 20% de lo presupuesto. |
| <u>NO REALIZADO</u> | Prestación de servicios con calidad, con logro de menos del 80% de la meta, o con costos de operación superiores de un 20% a un 50% más de lo presupuesto. |
| <u>INADECUADO</u> | Prestación de servicios con calidad con logros de menos 50% de la meta, o con costos superiores a un 50% de lo presupuesto. |

Evaluación de los Resultados

En la evaluación de los resultados deben ser considerados los indicadores de efectividad, que nos permitan conocer el impacto de las acciones realizadas con eficacia, eficiencia y calidad, dentro de ellos, la evaluación de la mortalidad, representan una trascendencia fundamental. Los resultados en calidad, incluyendo el conocimiento de la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos y las manifestaciones de insatisfacción como las quejas y demandas.

Indicadores de Efectividad

Si consideramos a la efectividad como la expresión cuantitativa del logro de un objetivo, los indicadores de efectividad nos mostrarán por una parte el impacto alcanzado con las acciones de salud y por la otra los resultados financieros, en función del ejercicio adecuado del presupuesto asignado.

Los indicadores de impacto en salud más usados, que se propone son:

En Salud Pública:

- Casos nuevos de enfermedades prevenibles por vacunación
- Casos nuevos de enfermedades transmisibles
- Tasa de natalidad
- Abortos por 100 partos
- Tasa de morbilidad por padecimiento
- Tasa de mortalidad general
- Tasa de letalidad por padecimiento
- Tasa de mortalidad perinatal
- Tasa de mortalidad materno-infantil
- Casos nuevos de accidentes de trabajo
- Enfermedades profesionales
- Pensiones de invalidez

En consulta externa:

- Contrarreferencias a segundo o primer nivel por curación, control o mejoría.
- Disminución de las consultas de urgencia.
- Disminución de la demanda general.
- Disminución de la demanda por padecimiento.

En hospitalización:

- Porcentaje de altas por curación del paciente
- Porcentaje de altas por mejoría del paciente
- Porcentaje de altas por control del padecimiento
- Porcentaje de altas por defunción

En cirugía:

- Porcentaje de cirugías canceladas
- Porcentaje de defunciones por cirugía

En administración:

- Ejercicio presupuestal

Evaluación de la morbilidad y mortalidad.

El conocimiento de los motivos de demanda de atención en consulta de medicina familiar, urgencias, consulta de especialidades, consulta de estomatología, hospitalización, crónico-degenerativas, transmisibles, prevenibles por vacunación, procedimientos quirúrgicos, motivos de defunción, etc., nos permitirá planear los recursos y servicios y conocer el canal endémico cuando corresponda a enfermedades transmisibles, y como consecuencia poner en marcha o reforzar los programas específicos o generales que se requiera.

El conocimiento de la tendencia 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:

- Principales diagnósticos de la demanda de atención en consulta externa de medicina general o familiar.
- Defunciones ocurridas en domicilio (certificación de defunción expedidos por médicos familiares).
- Principales diagnósticos de la demanda de atención en consulta externa de especialidades.
- Principales diagnósticos de atención de urgencia.
- Principales diagnósticos de atención estomatología.
- Principales diagnósticos de egresos de hospitalización.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

- Principales diagnósticos de las intervenciones quirúrgicas realizadas.
- Principales diagnósticos de defunción hospitalaria, incluyendo:
 - Proceso patológico principal o de base.
 - Proceso patológico que motivó el ingreso.
 - Proceso patológico que fue el directamente causante de la defunción
 - Otros procesos patológicos que contribuyeron a la defunción.
- Principales diagnósticos de enfermedades transmisibles.
- Casos de enfermedades prevenibles por vacunación.

Los indicadores de efectividad se calculan relacionando los resultados logrados con los resultados esperados, en cifras absolutas y en cifras porcentuales.

Resultados obtenidos	-	Resultados esperados	=	Logro (cifras absolutas en más o en menos)
----------------------	---	----------------------	---	--

$\frac{\text{Resultados obtenidos}}{\text{Resultados esperados}}$	X 100	=	% de logro del resultado
---	-------	---	--------------------------

Como ejemplos se puede proponer:

Casos nuevos de tétanos	-	Casos esperados de tétanos	=	Casos de tétanos más o menos de los esperados
-------------------------	---	----------------------------	---	---

$\frac{\text{Casos nuevos de tétanos}}{\text{Casos esperados de tétanos}}$	X 100	=	Porcentaje de logro del impacto esperado
--	-------	---	--

Estandar: en general sería deseable lograr un impacto en el cual los resultados obtenidos fueran del 100% o superiores en relación a los esperados, así como que fuera factible abatir la morbilidad y la mortalidad hasta cero y que la totalidad de las altas de consulta externa y egresos hospitalarios fueran por curación. Sin embargo conforme a las tendencias observadas y las acciones realizadas, es razonable esperar determinado número de casos de morbilidad y mortalidad y algunos casos que no será posible curar, mejorar o controlar, por lo cual se esperan resultados de magnitud variable, tratando

de apegarse a la realidad planeada estratégicamente. Es bien sabido que en algunas enfermedades prevenibles por vacunación como poliomielitis, viruela, difteria y sarampión, el número de casos esperados (morbilidad) y por lo tanto de mortalidad, es de cero y cualquier desviación al respecto representaría un impacto negativo inaceptable.

Evaluación de la Morbilidad y Mortalidad

Asignación de juicios de valor cualitativo

Criterios para evaluación de la efectividad

- | | |
|---------------------|--|
| 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.

Evaluación del ejercicio presupuestal

La efectividad se debe evaluar también en función de una administración racional de los recursos, a través de un ejercicio adecuado del presupuesto asignado, mismo que debe ser igual al autorizado en cifras absolutas o con una variación máxima de $\pm 5\%$ en las relativas.

Asignación de juicios de valor cualitativo

Criterios para la evaluación de la efectividad

La evaluación de la efectividad desde un enfoque cualitativo se puede considerar con base en los siguientes criterios:

- EXCELENTE** Se superaron los logros en los resultados previstos como consecuencia de las acciones y programas realizados.
- SUFICIENTE** Se lograron los resultados previstos en un 95 a 99%, como consecuencia de las acciones y programas realizados.
- INSUFICIENTE** Las acciones realizadas y los programas llevados a cabo no permitieron alcanzar los resultados esperados cuando menos en un 95%.
- NO REALIZADO** Los resultados alcanzados no justificaron el presupuesto ejercido.
- INADECUADO** El presupuesto ejercido fue excesivo en relación al resultado alcanzado.

Indicadores de Calidad

Establecer indicadores numéricos de calidad es una tarea difícil por cierto. Existen autores como Vahe Kazandjan (en conferencia presentada en 1999 en el seno de la Jornada Anual de Investigación Médica del IMSS realizada en Oaxtepec, Mor.) y los propios autores de este libro, que asentamos en capítulos previos, en el sentido de que la calidad no puede ser calificada

con números. Inclusive se menciona que a un indicador numérico, debe agregársele un calificativo que denote si esa cifra es de calidad o no. Así, la cifra del por ciento de mortalidad del 5% puede ser aceptable para un hospital general, pero sería excelente para un hospital de enfermos oncológicos o un hospital de traumatología y por supuesto sería inaceptable para un hospital de ginecoobstetricia.

Una vez establecidos los estándares específicos para cada servicio de salud, unidad médica, servicio o proceso, se propone los siguientes indicadores que traducen calidad:

1. Tiempo de espera para recibir atención.
2. Diferimientos en consulta externa, hospitalización y cirugía.
3. Por ciento de satisfacción del usuario.
4. Por ciento de quejas procedentes
5. Subcomité de Evaluación del Expediente Clínico.
 - Congruencia clínico diagnóstica
 - Congruencia diagnóstico-terapéutica
 - Por ciento de complicaciones quirúrgicas
 - Por ciento de infecciones quirúrgicas
 - Por ciento de cesáreas en relación a partos
 - Por ciento de reintervenciones quirúrgicas
 - Por ciento de reingresos
 - Por ciento de secuelas
 - Consultas prenatales por embarazo
9. Subcomité de Tejidos
 - Congruencia clínico patológica
 - Congruencia quirúrgico patológica
 - Tasas de morbilidad hospitalaria
 - Por ciento de infecciones quirúrgicas
 - Por ciento de complicaciones quirúrgicas
 - Por ciento de defunciones posquirúrgicas
10. Subcomité de Mortalidad
 - Tasas mortalidad hospitalaria.
 - Tasa de mortalidad hospitalaria ajustada.
 - Defunciones inesperadas
 - Defunciones inexplicables

- Defunciones injustificadas
11. Subcomité de Infecciones
- Tasa de infecciones intrahospitalarias
 - Porcentaje de defunciones por infecciones intrahospitalarias

Se puede proponer la siguiente fórmula para calcular este tipo de indicadores:

$\frac{\text{Cifra lograda}}{\text{Cifra esperada}} \times 100 = \text{Porcentaje de logro de la calidad esperada}$

Debe tenerse en cuenta que en varios de estos rubros la cifra esperada es el 100% y en otros alcanzar el cero. La magnitud alcanzada del logro determinará el nivel de calidad y al final se le deberá asignar el juicio de valor cualitativo correspondiente en congruencia con el estándar establecido.

Indicadores de Satisfacción del Usuario

La satisfacción de usuario es uno de los indicadores de calidad de mayor relevancia, puede ser analizada conforme a un estándar, comparativamente con unidades o procesos de características similares (referencia), con periodos previos (tendencia), en cifras absolutas o en relación a número de usuarios o número de atenciones. Las dos metodologías más utilizadas son las encuestas de opinión y el análisis de quejas.

Encuestas de opinión.

En el Capítulo XI de este libro se presenta la metodología para la aplicación y análisis de las encuestas de opinión, para evaluar la satisfacción de los usuarios en los diferentes rubros que la determinan, como son la oportunidad, la amabilidad, el proceso y los resultados de la atención, las relaciones con el personal, la información y la comodidad durante la atención, evaluándose el porcentaje de pacientes satisfechos o insatisfechos conforme los criterios establecidos, en cada uno de estos rubros. En lo referente a tiempos de espera para recibir atención y los diferimientos, se requerirá establecer parámetros numéricos, que deberán ser referidos a la cifra esperada y asignarles un juicio de valor cualitativo.

Estandar: Indudablemente el estandar ideal, difícil de conseguir, debería ser un 100% de satisfacción de los usuarios y un 0% de pacientes diferidos o con tiempo de espera superiores a los previstos, sin embargo no debe claudicarse en el intento de lograrlo.

Análisis de quejas

Los principales motivos de queja se refieren a: problemas en la relación interpersonal del usuario y del prestador de servicio, quejas por deficiencias en el proceso y en los resultados de la atención médica o administrativa. El análisis debe hacerse en relación al número de quejas esperadas, en comparación con procesos o unidades similares, con períodos previos, en función del número de usuarios o en función del número de servicios otorgados.

Se propone las siguientes formulas:

$$\frac{\text{Quejas presentadas}}{\text{Quejas esperadas}} \times 100 = \% \text{ de logro}$$

$$\frac{\text{Quejas presentadas}}{\text{Número de usuarios}} \times 1000 = \text{Quejas por 1000 usuarios}$$

$$\frac{\text{Quejas presentadas}}{\text{Número de atenciones}} \times 1000 = \text{Quejas por 1000 atenciones, consultas, egresos, etc.}$$

$$\frac{\text{Quejas presentadas en el periodo de estudio}}{\text{Quejas presentadas en el mismo periodo del año previo}} \times 100 = \% \text{ de variación}$$

Estandar: No existe un estandar previsto, el propósito sería que no se presentara queja alguna; debe considerarse un análisis en relación a unidades de características similares o la tendencia en relación a periodos previos.

En este capítulo se propone un conjunto de indicadores y su estándares como marco de referencia, sin embargo cada sistema de salud, unidad de atención médica, puede seleccionar o incluir indicadores que se consideren pertinentes, a fin de contar la información necesaria para tomar decisiones. Los estándares pueden ser ajustados de conformidad con las políticas institucionales, de la unidad o del servicio, en congruencia con los objetivos que se establezcan en cada caso.

Formatos para Registro

Con el propósito de contar con elementos de trabajo que nos permitan registrar los datos procedentes de las fuentes primarias, la información procedente de los sistemas institucionales y los resultados del análisis de autoevaluación mediante la aplicación de los indicadores seleccionados, realizado por el personal responsable de ello, se diseñaron los siguientes formatos, que permiten concentrar la información para la toma de decisiones, para informar a las autoridades para futuros análisis y para el desarrollo de planeación estratégica, reingeniería de procesos y control.

- En el formato FCAM6, se registra la ubicación de la unidad, así como las titulares del Cuerpo de Gobierno con sus cargos, turnos y teléfonos en unidades de medicina familiar.
- En el formato FCAM7, la regionalización para referencia y contra referencia en unidades de medicina familiar, hospitales, puestos de fábrica y guarderías.
- En el formato FCAM8 se registra a la población adscrita a la unidad y a médico familiar y la población usuaria; los recursos físicos disponibles en unidades de medicina familiar.
- En el formato FCAM9, el personal existente en unidades de medicina familiar y su cobertura.
- En el formato FCAM10, es similar al FCAM6, aplicable a hospitales.
- En el formato FCAM11, permite registrar los recursos físicos, el personal y su cobertura en hospitales.
- Los formatos FCAM 12 y 13, permiten el registro de cifras de eficacia, eficiencia y efectividad en forma mensual y anual respectivamente, conforme a los rubros e indicadores seleccionados.

- El formato FCAM14, permite la evaluación de los programas operativos en periodos sucesivos, con referencia al periodo previo o con referencia al mismo período de años previos.
- Los formatos FCAM 15 y 16 están dedicados a la evaluación de la morbilidad o la mortalidad, en medicina familiar, especialidades, urgencias, egresos, ingresos o defunciones según la cuadrícula marcada en la segunda columna tanto en períodos mensuales comparados con el período previo y con el mismo período del año previo (FCAM15) como en años sucesivos (FCAM16).
- El formato FCAM 17 permite la evaluación de 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 vigente. 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, esto 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. 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.
- El formato FCAM 18 permite concentrar los resultados previos en un resumen final, haciendo juicios de valor cualitativo.

Glosario

Recurso

Instalación, equipo, mobiliario o insumo necesario para la prestación de la atención médica.

Eficacia

Número de acciones realizadas para el logro del objetivo propuesto, en relación al número de acciones programadas (72).

Eficiencia

Relación numérica entre la magnitud del logro obtenido y la magnitud de la utilización de los recursos programados para ello (72).

Efectividad

Expresión cuantitativa de la magnitud en que fue logrado un objetivo o resuelto un problema (72).

Indicador

Expresión numérica de referencia que permite evaluar la estructura, el desempeño y los resultados de los procesos (72).

Estandar

Valor esperado de un resultado y su rango de variación (72).

Día-cama

Número de días que están disponibles las camas censables del Hospital. Se determina multiplicando el número de camas censables por el número de días del mes o año.

Día-paciente

Suma del número de días que cada uno de los pacientes ingresados, permanecieron hospitalizados.

Recurso disponible.

Instalaciones, equipo, instrumental, insumos o mobiliario existentes para la realización del proceso de atención médica.

Recurso necesario.

Instalaciones, equipo, instrumental, insumos o mobiliario que se utiliza para la realización del proceso de atención médica.

Recurso requerido.

Instalaciones equipo, instrumental, insumos o mobiliario que se debe solicitar para la realización del proceso de atención médica.

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

EVALUACIÓN DE ESTRUCTURA

I. UBICACIÓN

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

II. CUERPO DIRECTIVO Y DIRECTORIO

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

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

EVALUACIÓN DE ESTRUCTURA

III. REGIONALIZACIÓN

DERIVA

HOSPITAL GENERAL

CENTRO MÉDICO

OTRA

SUBZONA

ZONA

REGIONAL

ESPECIALIDAD

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

APDYA

UNIDAD AUXILIAR DE
MEDICINA FAMILIAR

PUESTOS DE
FÁBRICA

GUARDERÍA

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

EVALUACIÓN DE RECURSOS

Población Adscrita a la Unidad: _____

Población Adscrita a Médico Familiar: _____

Población Usuaría: _____

IV. RECURSOS FÍSICOS

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: _____	

156

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

* ENFERMERIA MATERNO INFANTIL

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

EVALUACIÓN DE RECURSOS

V. PERSONAL

PLAZAS	TOTALES	CONFIANZA	BASE
Autorizadas			
Cubiertas			
Vacantes			
Sobrantes			

CATEGORÍAS

	*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	_____	_____	_____	_____	Leboratorista	_____	_____	_____	_____
Estomatólogos	_____	_____	_____	_____	Auxiliar de Laboratorio	_____	_____	_____	_____
Químicos	_____	_____	_____	_____	Técnico de Radiodiagnóstico	_____	_____	_____	_____
Enfermeras de Salud Pública	_____	_____	_____	_____	Personal Administrativo	_____	_____	_____	_____
Enfermeras de At'n. Prim. a la Salud	_____	_____	_____	_____	Otros	_____	_____	_____	_____

157

*AUTORIZADAS CUBIERTAS VACANTES SOBRANTES

FCAM-9

INDICADORES

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

HOSPITAL _____

EVALUACIÓN DE ESTRUCTURA

I. UBICACIÓN

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	TELÉFONO	
		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.	_____	_____	_____

158

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

HOSPITAL _____

EVALUACIÓN DE RECURSOS

RECURSOS FÍSICOS

POBLACION USUARIA _____		
CDNSULTORIOS TOTALES: _____	CAMAS TOTALES: _____	GABINETE TOTALES: _____
.CDNSULTA EXTERNA _____	CENSABLES _____	MEDICINA NUCLEAR _____
.URGENCIAS _____	NO CENSABLES _____	TOMÓGRAFO COMPUTADO _____
.ESTOMATOLOGÍA _____	CAMAS DE CUIDADOS INTENSIVOS _____	ANATOMÍA PATOLÓGICA _____
	CAMAS DE LABDR _____	SERVICIO DE TRANSFUSIÓN _____
	CAMILLAS EN URGENCIAS _____	REHABILITACIÓN _____
	SALAS DE CIRUGIA _____	ELECTRODIAGNÓSTICO _____
	SALAS DE EXPULSIÓN _____	DTROS GABINETES _____
	SALAS DE RADIODIAGNÓSTICO _____	
	PEINES DE LABORATORIO _____	

PERSONAL

PLAZAS	TOTALES	CONFIANZA	BASE	MÉDICOS	ENFERMERAS	TRAB. SOCIAL	DIETOLOGÍA	ADMVOS.	OTROS
AUTORIZADAS									
CUBIERTAS									
VACANTES									
SOBRANTES									

ESPECIALIDADES

ALERGIA _____	ENDOCRINOLOGÍA _____	NEUMOLOGÍA _____	RADIOLOGÍA _____
ANESTESIOLOGÍA _____	EPIDEMIOLOGÍA _____	NEUROCIROLOGÍA _____	REUMATOLOGÍA _____
ANGIOLOGÍA _____	ESTOMATOLOGÍA _____	NEUROLOGÍA _____	UROLOGÍA _____
AUDIOLOGÍA _____	GASTROENTEROLOGÍA _____	OFTALMOLOGÍA _____	URGENCIAS _____
CARDIOLOGÍA _____	GINECOLOGÍA Y OBST. _____	ONCOLOGÍA MÉDICA _____	OTRAS _____
CIRUGÍA DE CORAZÓN _____	HEMATOLOGÍA _____	ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA _____	ESPECIALIDADES _____
CIRUGÍA DE TDRAX _____	MEDICINA DEL ENFERMO _____	DRTPEDIA Y TRAUMAT. _____	
CIRUGÍA GENERAL _____	EN ESTADO CRÍTICO _____	OTORRINOLARINGOLOGÍA _____	
CIRUGÍA MAXILOFACIAL _____	MEDICINA DEL TRABAJO _____	PATOLOGÍA _____	
CIRUGÍA PEDIÁTRICA _____	MEDICINA INTERNA _____	PEDIATRÍA _____	
CIRUGÍA PLÁSTICA _____	MEDICINA LEGAL _____	PROCTOLOGÍA _____	
DERMATOLOGÍA _____	NEFROLOGÍA _____	PSIQUIATRÍA _____	

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

**EVALUACIÓN DE EFICACIA Y EFICIENCIA
Y EFECTIVIDAD**

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

160

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

EVALUACIÓN DE EFICACIA Y EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD

CONCEPTO	1999	2000	2001	2002	2003	2004

161

INDICADORES

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS OPERATIVOS DE SALUD
--

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

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD

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

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD

No. PROG.	DIAGNÓSTICO							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.	<input type="checkbox"/>	CIR.	<input type="checkbox"/>	DEF.	<input type="checkbox"/>						

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD

NÚMERO	DIAGNÓSTICO	ÉXITO	SEGURIDAD	ALARMA	EPIDEMIA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

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

EVALUACIÓN 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 FCAM-19).

Asignación de Juicios de Valor Cualitativo

Criterios para evaluar la accesibilidad

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

Asignación de Juicios de Valor Cualitativos

Criterios para evaluar el diferimiento

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:

EXCELENTE	Cuando se otorga para el mismo día en que se requiere.
SUFICIENTE	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. En general se acepta un diferimiento no mayor de 10 días.
INSUFICIENTE	Cuando la demora en la atención por retraso en la cita otorgada implica riesgo para la salud del usuario, se considera cuando rebasa los 10 días.
NOREALIZADO	Cuando no se otorgó la cita.
INADECUADO	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.

Asignación de Juicios de Valor Cualitativo

Criterios para evaluar el tiempo de espera

EXCELENTE	Cuando la atención se otorga de inmediato.
SUFICIENTE	Cuando la atención se otorga de 1 a 15 minutos después de haber estado programada.
INSUFICIENTE	La atención se otorga después de 15 minutos.
NOREALIZADO	Cuando no se otorgó la atención requerida.
INADECUADO	Cuando le hicieron esperar y no le atendieron.

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

UNIDAD: _____
SERVICIO: _____

EVALUACIÓN DE LA OPORTUNIDAD

ACCESIBILIDAD: 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	

DIFERIMIENTO: 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	8 _____ días	11 _____ días	18 _____ días	21 _____ días	PROMEDIO
	2 _____ días	7 _____ días	12 _____ días	17 _____ días	22 _____ días	
	3 _____ días	6 _____ 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	

TIEMPOS DE ESPERA: 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.	18 _____ 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	

RESUMEN DE EVALUACIÓN:	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO

170

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

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 Valdívieso 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), mismos que culminaron en 1998, con la promulgación en el Diario Oficial de la Federación de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico 168-SSAI-1998 (68). No menos numerosos trabajos de investigación, han demostrado 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 quirúrgi-

ca, anatomo-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 **EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**, 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 **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A TRAVÉS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**, 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 **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN POR LOS SUBCOMITÉS**

MÉDICOS CONAPOYO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, 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.

EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO
-MEDICINA FAMILIAR
-HOSPITALES

Instructivos

EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

1. La selección del expediente clínico por evaluar se hará al azar, por tabla de números aleatorios, por problema específico: queja, defunción, pieza quirúrgica incongruente con diagnóstico, etcétera.
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.

Asignación de juicios de valor cualitativos

Criterios para evaluar el expediente clínico

- | | |
|-------------------|--|
| 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 porciento 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 los 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, etcétera. 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, etcétera.

III. HISTORIA CLÍNICA 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, toxicomanias o enfermedades existentes en uno o más de sus integrantes.
15. Antecedentes personales no patológicos. Evaluar sobre tabaquismo, alcoholismo, otras toxicomanias 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 craneo encefálicos 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) EXPLORACIÓN FÍSICA

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 carotídeo 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 MÉDICAS 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 indiquen 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.

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

**EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO
HOJA DE IDENTIFICACIÓN**

UNIDAD: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ CÉDULA: _____ SEXO: _____

FECHA DE INICIACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO: _____

NOMBRE Y CLAVE DEL MÉDICO: _____

NOMBRE Y CLAVE DEL JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO: _____

FECHA Y TIPO DE EVALUACIÓN: _____

REALIZADO POR: _____

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

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

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO	OBSERVACIONES
I. ORGANIZACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL EXPEDIENTE						
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						
II. NOJA FRONTAL DEL EXPEDIENTE						
9 Nombre						
10 Número de afiliación						
11 Número de consultorio						
12 Domicilio						
13 Datos de alarma						
III. HISTORIA CLÍNICA						
A. INTERROGATORIO						
14 Antecedentes familiares						
15 Antecedentes personales no patológicos						
16 Antecedentes personales patológicos						
17 Padecimiento actual						
B. EXPLORACIÓN FÍSICA						
18 Signos vitales, peso y estatura						
19 Inspección general						
20 Cabeza						
21 Cuello						
22 Tórax						
23 Abdomen						
24 Extremidades						

FCAM-21

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL A TRAVÉS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO	OBSERVACIONES
IV. NOTAS MÉDICAS						
25 De evolución, revisión y actualización						
V. REGISTROS ESPECIALES						
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						
VI. NOTAS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA						
CUADRO DE RESUMEN	%	%	%	%	%	
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: Aun 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 CLÍNICA 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 confusiones. 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, emfisema 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, ataráxicos, 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 ocres, 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, incontinenencia, 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, parestias, 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). EXPLORACIÓN FÍSICA

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 está 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 cartílago tiroideos, 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, roncales, 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, etcétera.
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. Órganos 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 CLÍNICAS 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 REVISIÓN O ACTUALIZACIÓN.

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 EVOLUCIÓN

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 apegue 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.

NOTADECIRUGÍA.

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 anesthesiólogo 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 DIAGNÓSTICO 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 radio-diagnóstico, 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. TERAPÉUTICA MÉDICA 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.

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

HDSPITAL _____

**EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO
HOJA DE IDENTIFICACIÓN**

UNIDAD: _____

SERVICIO O DEPARTAMENTO: _____

NOMBRE DEL ENFERMO: _____

EDAD: _____ CÉDULA: _____ SEXO: _____

DEFUNCIÓN: _____

AUTOPSIA: _____

FECHA DE INICIACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO: _____

NOMBRE Y/O CLAVE DEL MÉDICO: _____

FECHA Y TIPO DE EVALUACIÓN: _____

REALIZADO POR: _____

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

HOSPITAL _____

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

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO	OBSERVACIONES
I. ORGANIZACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL EXPEDIENTE						
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						
II. HOJA FRONTAL DEL EXPEDIENTE						
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						
III. HISTORIA CLÍNICA						
A. INTERROGATORIO						
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	NOREALIZADO	INADECUADO	OBSERVACIONES
B. EXPLORACIÓN FÍSICA						
22 Inspección general						
23 Peso y estatura						
24 Signos vitales						
25 Cabeza						
26 Ojos						
27 Oídos, nariz y garganta						
28 Buccodentomaxilar						
29 Cuello						
30 Tórax						
31 Campos pulmonares						
32 Glándulas mamarias						
33 Región precordial						
34 Abdomen						
35 Exploración rectal						
36 Órganos genitales						
37 Extremidades						
38 Columna vertebral						
IV. NOTAS CLÍNICAS						
INICIAL						
39 Resumen de los datos clínicos						
40 Consideraciones diagnósticas						
41 Programa de estudio						
42 Programa de tratamiento						
43 Consideraciones pronósticas						
DE REVISIÓN O ACTUALIZACIÓN						
44 Del diagnóstico y evolución						

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

HOSPITAL _____

ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL A TRAVÉS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

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						
DE EVOLUCIÓN						
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						
DE CIRUGÍA						
55 Preoperatoria: resumen de los datos clínicos, diagnósticos y tratamiento						
56 Técnicas quirúrgicas: descripción						
57 Postoperatoria: result. de la cirugía						
DE ANESTESIA						
58 Preanestesia: resumen orientado						
59 Postanestesia: descrip. e incidencias						
MEDICINA PREVENTIVA						
60 Inmunizaciones: descripción						
61 Detecciones: descripción						
62 Detección y prevención de infecciones e Inestaciones						

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

HOSPITAL _____

ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL A TRAVÉS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO	OBSERVACIONES
ALTA D DEFUNCIÓN						
63 Resumen de datos clínicos principales						
64 Resumen de evolución						
85 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						
V. AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO						
LABORATORIO						
74 Indicación						
75 Informes						
IMAGENDLOGÍA						
78 indicación de radiodiagnóstico						
77 Indicación de ultrasonografía						
78 Indicación de tomografía computada						
79 Indicación de resonancia magnética						
60 Otros						
81 Informes						
ESTUDIOS DE GABINETE						
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						
ANATOMÍA PATOLÓGICA						
91 Indicaciones						
92 Informes						
VI. TERAPÉUTICA MÉDICA						
93 Medicamentos						
94 Posología						
95 Vía de administración						
96 Tiempo de administración						
VÍA PARENTERAL						
97 Soluciones indicadas						
98 Dosis prescrita						
99 Transfusión de hemoderivados						
100 Tiempo de administración						
101 Transfusión de sangre total						
102 Complicaciones y tolerancia						
DIETA						
103 Evaluación nutricional del paciente						
104 Congruencia de prescripción con los alimentos proporcionados						
105 Evaluación de la tolerancia a la dieta						

FCAM-28

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HDJA

HOSPITAL _____

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

CONCEPTO	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO	OBSERVACIONES
CUIDADOS DE ENFERMERÍA						
106 Transcripción de ordenes médicas						
107 Cumplimiento de la terapéutica						
108 Medidas asistenciales						
OTRAS INDICACIONES TERAPÉUTICAS						
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						
119 Resultados						
TRABAJO SOCIAL MÉDICO						
119 Estudio social						
120 Nota social						
CUADRO DE RESUMEN	%	%	%	%	%	
PARTE I						
PARTE II						
PARTE III						
PARTE IV						
PARTE V						
PARTE VI						

213

EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
DE LA ATENCIÓN MÉDICA
A TRAVÉS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO
EN UNIDADES DE
MEDICINA FAMILIAR Y HOSPITALES**

ASPECTOS A EVALUAR

I. EVALUACIÓN 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 ATENCIÓN MÉDICA

- 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 ATENCIÓN MÉDICA

Dentro de la evaluación de resultados, la capacidad resolutoria 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. PLAN A 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.

Asignación de juicios de valor cualitativos

Criterios para la evaluación del expediente clínico

Una vez concluida 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 CLÍNICO

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

II. PROCESO DE LA ATENCIÓN MÉDICA

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

III. RESULTADOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA

- Capacidad resolutive.

IV. PLAN 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.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

NO REALIZADO 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.
- NO REALIZADO** 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.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

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.
- NO REALIZADO** 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).

NO REALIZADO 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 omite el registro de modificaciones en el programa de estudio y tratamiento y en el pronóstico (puntos 4 y 5).

NO REALIZADO 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).

NO REALIZADO 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.

NO REALIZADO 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.

231

DÍA	MES	AÑO

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN
A TRAVÉS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**

CEDULA DE REGISTRO

EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO
-----------	------------	--------------	--------------	------------

I EVALUACIÓN DEL DOCUMENTO

-Requisitos formales
-Captación y registro de la información

II PROCESO DE LA ATENCIÓN MÉDICA

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

III RESULTADOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA

-Capacidad resolutive

IV PLANA SEGUIR

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

FCAM-30

EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

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) EDUCACIÓN MÉDICA

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.

Asignación de juicios de valor cualitativos

Criterios para la acreditación de la educación médica

<u>EXCELENTE</u>	Quando se acreditan los puntos 1, 2 y 3.
<u>SUFICIENTE</u>	Quando 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>NO REALIZADO</u>	Quando no se acredite el punto 1.
<u>INADECUADO</u>	Quando 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.

INDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN 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.

Asignación de juicios de valor cualitativos

Criterios para la acreditación de la inducción y la capacitación para el puesto

<u>EXCELENTE</u>	Quando se cumplan los puntos 1 al 4.
<u>SUFICIENTE</u>	Quando 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>NO REALIZADO</u>	Quando a pesar de la capacitación otorgada al trabajador, no es capaz de cumplir con todos los puntos.
<u>INADECUADO</u>	Quando 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 porcentaje 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).

ACTUALIZACIÓN 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).

Asignación de juicios de valor cualitativos

Criterios para evaluar la actualización permanente

<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>NO REALIZADO</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 FORMACIÓN 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 DIFUSIÓN

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 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.

PROGRAMAS DE EDUCACIÓN MÉDICA, CURSOS, EVENTOS ACADÉMICOS Y DE DIFUSIÓN

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.

Asignación de juicios de valor cualitativos

Criterios para calificar la acreditación de cursos

EXCELENTE	Cumplimiento total de los puntos 1, 2 y de los puntos 3 y 4 en un nivel superior al 90%.
SUFICIENTE	Cumplimiento de los puntos 1 y 2, del punto 3 en un 90% o superior y del punto 4 en un 80% o superior.
INSUFICIENTE	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%.
NOREALIZADO	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.
INADECUADO	Incumplimiento del punto 2.

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

ACREDITACIÓN DE LA INDUCCIÓN Y CAPACITACIÓN PARA EL PUESTO

244

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

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 FÍSICOS, TECNOLÓGICOS E INSUMOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL PUESTO.																									
·CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS INSTITUCIONALES, NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO Y DE OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS PARA EL CORRECTO DESEMPEÑO DE SUS ACTIVIDADES.																									
·CONOCIMIENTOS PROFESIONALES O TÉCNICOS VIGENTES Y HABILIDADES PARA LA REALIZACIÓN 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 INSTITUCIÓN.																									
·CALIFICACIÓN (E.S.I.N.I.)																									
RESUMEN	EXCELENTE					SUFICIENTE					INSUFICIENTE					NO REALIZADO					INADECUADO				
NÚMERO																									
%																									

ELEMENTOS A EVALUAR Y CREDITOS ASIGNADOS

ELEMENTOS A EVALUAR	CREDITOS POR AÑO
ASISTENCIA A LAS SESIONES GENERALES DE LA UNIDAD.	2 CRÉDITOS POR SESIÓN. (máximo 80 créditos).
PRESENTACIÓN DE TRABAJOS EN SESIONES GENERALES DE LA UNIDAD.	10 CRÉDITOS POR TRABAJO. (máximo 40 créditos).
ASISTENCIA Y PARTICIPACIÓN EN SESIONES FORMALES DEL SERVICIO: DISCUSIÓN DE CASOS, BIBLIOGRAFÍA.	1 CRÉDITO POR SESIÓN. (máximo 100 créditos).
ASISTENCIA A CONGRESOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO QUE SE DESEMPEÑA.	10 CRÉDITOS. (máximo 10 créditos).
ASISTENCIA A CONGRESOS PARA PRESENTAR TRABAJOS (con memorias).	10 CRÉDITOS POR ASISTENCIA. 10 CRÉDITOS POR CADA TRABAJO PRESENTADO. (máximo 100 créditos).
PRESENTACIÓN DE TRABAJOS EN SESIONES DE ASOCIACIONES MÉDICAS.	
ASISTENCIA Y ACREDITACIÓN DE CURSOS MONOGRÁFICOS O DE ACTUALIZACIÓN FORMALES, RELACIONADOS CON EL TRABAJO QUE DESEMPEÑA.	100 CRÉDITOS POR ACTUALIZACIÓN. (máximo 100 créditos). 10 CRÉDITOS POR CURSOS MONOGRÁFICOS. (máximo 20 créditos).
IMPARTICIÓN Y ACREDITACIÓN DE CURSOS FORMALES DE ACTUALIZACIÓN.	25 CRÉDITOS PROFESOR TITULAR. 20 CRÉDITOS PROFESOR ADJUNTO. 5 CRÉDITOS CONFERENCISTA. (máximo 50 créditos)
ACREDITACIÓN POR EL CONSEJO MÉDICO CORRESPONDIENTE: CERTIFICACIÓN O RECERTIFICACIÓN (válida por 5 años).	200 CRÉDITOS POR AÑO. (máximo 200 créditos).
REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DOCENTES: PREGRADO TITULAR ADJUNTO. POSTGRADO TITULAR ADJUNTO.	100 CRÉDITOS TITULAR DE POSTGRADO. 75 CRÉDITOS ADJUNTO POSTGRADO. 50 CRÉDITOS TITULAR PREGRADO. 25 CRÉDITOS ADJUNTO PREGRADO. (máximo 150 créditos).
PARTICIPACIÓN EN EL COMITÉ DE CALIDAD Y EFICIENCIA DE LA UNIDAD MÉDICA O EN ALGUNO DE LOS SUBCOMITÉS.	50 CRÉDITOS COMITÉ DE CALIDAD. 25 CRÉDITOS SUBCOMITÉS. (máximo 50 créditos).

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

**ACREDITACIÓN DE LA ACTUALIZACIÓN PERMANENTE
DE LOS TRABAJADORES**

ELEMENTOS A EVALUAR	CRÉDITOS POR TRABAJADOR									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ASISTENCIA A LAS SESIONES GENERALES DE LA UNIDAD.										
PRESENTACIÓN DE TRABAJOS EN SESIONES GENERALES DE LA UNIDAD.										
ASISTENCIA Y PARTICIPACIÓN EN SESIONES FORMALES DEL SERVICIO: DISCUSIÓN DE CASOS, BIBLIOGRAFÍA.										
ASISTENCIA A CONGRESOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO QUE SE DESEMPEÑA.										
ASISTENCIA A CONGRESOS PARA PRESENTAR TRABAJOS (con memorias).										
PRESENTACIÓN DE TRABAJOS EN SESIONES DE ASOCIACIONES MÉDICAS.										
ASISTENCIA Y ACREDITACIÓN DE CURSOS MONOGRÁFICOS O DE ACTUALIZACIONES FORMALES RELACIONADOS CON EL TRABAJO QUE DESEMPEÑA.										
IMPARTICIÓN Y ACREDITACIÓN DE CURSOS FORMALES DE ACTUALIZACIÓN.										
ACREDITACIÓN POR EL CONSEJO MÉDICO CORRESPONDIENTE: CERTIFICACIÓN O RECERTIFICACIÓN (válida por 5 años).										
RELACIÓN DE ACTIVIDADES DOCENTES: PREGRADO TITULAR ADJUNTO. POSTGRADO TITULAR ADJUNTO.										
PARTICIPACIÓN EN EL COMITÉ DE CALIDAD Y EFICIENCIA DE LA UNIDAD MÉDICA O EN ALGUNO DE LOS SUBCOMITÉS.										
SUMA DE CRÉDITOS										
CALIFICACIÓN E.S.I.N.I.										
RESUMEN	E	S	I	N	I					
NÚMERO										
PORCIENTO										

FCAM-33

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HDJA

UNIDAD MÉDICA _____

ACREDITACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN MÉDICA

CONCEPTOS	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO
1. PROGRAMA DE INDUCCIÓN AL PUESTO, CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL PERSONAL DE LA UNIDAD MÉDICA.					
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 FORMACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS PARA LA SALUD: ANOTAR EL NÚMERO 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 DIFUSIÓN: ANOTAR EL NÚMERO DE CURSOS ACREDITADOS.					
3.1 Adiestramiento en servicio					
3.2 Cursos					
3.3 Eventos académicos					
RESUMEN CALIFICACIÓN GLOBAL (E.S.I.N.I.)					

247

EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

ACREDITACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN MÉDICA, CURSOS Y EVENTOS ACADÉMICOS

NOMBRE DEL CURSO O EVENTO	REGISTRO Y AUTORIZACIÓN	CONGRUENCIA CON LOS OBJETIVOS	REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES	LOGRO DE OBJETIVOS	CALIFICACIÓN E.S.I.N.I.
RESUMEN	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO
PORCIENTO DE CALIFICACIONES					

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HDJA

UNIDAD MÉDICA _____

ACREDITACIÓN DEL PRDGRAMA DE DIFUSIÓN

NOMBRE DEL CURSO O EVENTO	REGISTRO Y AUTORIZACIÓN	CONGRUENCIA CON LOS OBJETIVOS	REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES	LOGRO DE OBJETIVOS	CALIFICACIÓN E.S.I.N.I.
RESUMEN	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO
PORCIENTO DE CALIFICACIONES					

B) INVESTIGACIÓN MÉDICA

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.

Evaluación de la Investigación Médica

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 del 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.

Asignación de juicios de valor cualitativos

Criterios para la evaluación de la investigación médica

EXCELENTE	Cumplimiento de los 7 puntos marcados.
SUFICIENTE	Cumplimiento de los puntos 1 al 5, punto 6 superior al 60 %.
INSUFICIENTE	Cumplimiento de los puntos 1 al 5, en rangos inferiores a los propuestos.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

NO REALIZADO	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.

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

EVALUACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1. ORGANIZACIÓN

- 1.1 Existencia de Subcomité de Investigación.
- 1.2 Existencia de Subcomité de Ética.
- 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.

SÍ		NO	
SÍ		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. CALIFICACIÓN

E.S.I.N.I. _____

253

EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

**REGISTRO DE INVESTIGACIONES
PRESENTADAS AL COMITÉ**

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	APROBADA	EN PROCESO	TERMINADA	CONGRUENCIA CON PROBLEMA DE SALUD

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

REGISTRO DE PUBLICACIONES

AUTORES	TÍTULO DE LA PUBLICACIÓN	REVISTA	VOL. AÑO. PÁG.	NAL.	EXT.	INDEX		CALIFICACIÓN
						SI	NO	

FCAM-39

Capítulo XI

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

Dra. Beatriz Baez Gallegos
Dr. Héctor Aguirre Gas

Introducción

En épocas recientes se ha desarrollado un interés creciente 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 y estar en condiciones de mejorarlo continuamente.

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 beneficio económico.

Pero, ¿qué sucede cuando los usuarios son cautivos y no se pueden cambiar con la competencia?, o ¿cuándo no nos preocupamos por saber si el servicio que estamos otorgando es bueno o malo?, ¿si es bien aceptado o no lo es?

Las respuestas serían complejas, pero podríamos hacer varias consideraciones:

- La calidad de los servicios se deterioraría progresivamente.
- El usuario con frecuencia estaría insatisfecho y lo manifestaría a través de agresividad y conflictos con el prestador de servicios.
- Las quejas y demandas 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, 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?, y ¿sabemos si tiene una calidad de vida satisfactoria?, y ¿podemos esperar que un trabajador insatisfecho, genere un servicio con calidad?

Hasta hace poco tiempo, en las instituciones de salud del Sector Público poco se había hecho para conocer la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos y por lo tanto, poco habríamos podido hacer por mejorarlos antes de que se presentara 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 mejorar su satisfacción en lugar de esperar hasta la presentación de un conflicto laboral, para percatarnos de sus problemas que ocasionan baja eficiencia en el trabajo o mala calidad en el servicio, a causa de su insatisfacción.

Es pues necesario, establecer una metodología que nos permita anticiparnos a las manifestaciones de la insatisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios y promover las acciones que se requieran antes de que se presenten los conflictos.

Para conocer la opinión de los usuarios sobre el servicio que estamos otorgando, se propone la realización de encuestas que exploren los principales motivos de insatisfacción que usuarios y trabajadores han expresado previamente; para ser aplicadas en diferentes servicios, diferentes procesos de cada servicio y diferentes funciones en cada proceso. El conocimiento de

la opinión de los usuarios nos permitirá conocer nuestras deficiencias, anticiparnos y prevenir los conflictos, quejas y demandas, así como mejorar continuamente nuestros servicios.

También hemos hecho conciencia de que un trabajador insatisfecho con el trabajo que realiza, seguramente no va a llevar a cabo su mejor esfuerzo para realizarlo con calidad y eficiencia, y estará predispuesto a conflictos con el usuario y a conflictos laborales, por lo cual también es necesario explorar su nivel de satisfacción, mediante encuestas de opinión.

Objetivo

Identificar y analizar las situaciones y los problemas, que generan insatisfacción en usuarios y en prestadores de los servicios, promover su mejora continua, a fin de elevar la calidad y la eficiencia con que se prestan los servicios, mejorar la satisfacción de quienes los reciben y de quienes los otorgan, para contribuir a mejorar continuamente la calidad de la atención y la calidad de vida de ambos.

Periodicidad

La evaluación de la satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios, puede llevarse a cabo por personal supervisor de confianza de la unidad médica, conforme a un programa, con periodicidad cotidiana, semanal, mensual o cuatrimestral, a fin de elaborar un documento que permita al cuerpo de gobierno de la unidad, identificar problemas que afectan la satisfacción del usuario y del prestador de servicios y así estar en condiciones de realizar acciones preventivas y correctivas. Las supervisiones o evaluaciones externas, se realizarán con la periodicidad programada por cada institución, generalmente cuatrimestral, semestral o anual.

Límites del Tiempo

La aplicación de encuestas a los usuarios de los servicios médicos y a los trabajadores de las unidades médicas, deben ser programadas como una

actividad permanente, con la periodicidad que se determine: cotidiana, semanal, mensual, cuatrimestral, semestral o anual.

Universo de Aplicación

Las unidades de atención médica a nivel, zonal, delegacional, jurisdiccional, estatal, del Distrito Federal, institucional y nacional; del sector público y del privado.

Responsabilidad 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 conocer la satisfacción del usuario por los servicios recibidos y del trabajador en el desempeño de su trabajo.

No obstante, como apoyo al cuerpo de gobierno de la unidad médica, puede asignarse la responsabilidad a personal ajeno a los servicios:

- personal del Comité y de la Unidad de Calidad
- personal de Orientación y Quejas
- personal de Trabajo Social
- personal de los propios servicios (autoevaluación)
- encuestadores externos.

En función de visitas de supervisión o evaluación de los niveles zonales, jurisdiccionales, estatales, delegacionales o centrales, las encuestas contenidas en este documento pueden ser utilizadas, por supervisores y evaluadores de las áreas correspondientes o personal ajeno a los servicios ya mencionados. Las encuestas que se presentan, corresponden a una propuesta que se puede reducir, incrementar, modificar o cambiar, a fin de hacerlas acordes a las necesidades particulares de cada área, hospital, servicio o proceso que se desee evaluar y sean útiles para la toma de decisiones conducentes al logro de la mejora continua.

Satisfacción del Usuario

Definición

Grado de concordancia entre las expectativas de calidad en el servicio y la atención recibida, conforme a la percepción del usuario.

Conceptos que se manejan en las encuestas de opinión

Oportunidad en la atención:

Tiempo de espera no mayor de 15 minutos en consulta externa, atención inmediata en urgencias y no más de 10 días de diferimiento para cirugía y hospitalización.

Amabilidad en el trato por el personal de salud:

El médico le recibió de pie en la puerta del consultorio, extendió la mano para saludarle, se dirigió a usted respetuosamente por su nombre; apellido o profesión y le invitó a pasar y a sentarse. El personal de salud o administrativo, escuchó con atención su solicitud, se dirigió a usted en forma cortés y le dio la respuesta requerida.

Proceso de la atención:

El proceso de la atención se llevó a cabo con base en la disponibilidad de los recursos necesarios, personal capacitado y suficiente; identificación y atención del requerimiento del usuario.

El personal de salud y el administrativo llevaron a cabo las acciones necesarias para atender su requerimiento.

El médico realizó una revisión integral: le preguntó los síntomas y los antecedentes del padecimiento, escuchó su respuesta y posteriormente le exploró y le informó acerca del diagnóstico de probabilidad o certeza, le indicó estudios o le extendió una receta, le explicó como tomar sus medicamentos y qué cuidados debería tener; en caso necesario indicó un programa de estudio y tratamiento congruente con su problema de salud, con establecimiento oportuno del diagnóstico y del tratamiento definitivo.

Resultados

Se lograron los resultados esperados con la atención recibida, en congruencia con el estado del paciente, con su diagnóstico y pronóstico,

y con las oportunidades de curación, control, mejoría o paliación de la enfermedad. Como parte de los resultados con calidad, debe considerarse la ausencia de complicaciones y secuelas como consecuencia de la atención recibida y la satisfacción de sus expectativas.

Atención personalizada:

El personal de salud o administrativo se dirigió a usted respetuosamente por su nombre, apellido o profesión en forma individual; con comunicación adecuada en ambos sentidos y respeto mutuo. Es particularmente importante una relación médico paciente adecuada, con confianza y comunicación amplia en ambos sentidos.

Información

Conocimiento oportuno, amplio y claro que el paciente y sus familiares deben tener acerca del diagnóstico probable o de certeza, de los programas de estudio y tratamiento, del pronóstico y de los resultados que se obtengan, de los riesgos de los diferentes procedimientos por realizar y del beneficio esperado; de los diagnósticos finales y el tratamiento y cuidados a seguir en su domicilio.

Comodidad

Estado de bienestar del paciente en función de la utilización de la ropa, del mobiliario y de los espacios físicos durante su atención; orden y aseo de las áreas, áreas de circulación adecuadas, funcionalidad y privacidad; climatización, iluminación, ausencia de ruido y de fauna nociva; mobiliario hospitalario adecuado, en congruencia con los requerimientos de la atención que se otorga.

En virtud de que en la respuesta a preguntas en que existen elementos importantes de subjetividad, se corre el riesgo de perder la confiabilidad, se estructuraron las preguntas a fin de que pudieran ser contestadas en los términos que los propios pacientes utilizan, para manifestar su satisfacción o insatisfacción.

Procesos a evaluar

Se consideró como procesos a evaluar:

- consulta externa

- urgencias
- hospitalización
- cirugía
- auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- farmacia
- administración.

Funciones a Evaluar

Cada uno de los procesos referidos se integró en encuestas de opinión de seis a ocho preguntas, que exploran la satisfacción del usuario, durante la realización de las siguientes funciones:

- recepción
- atención médica en consulta externa
- atención en urgencias
- atención médica en hospitalización
- atención de enfermeras en hospitalización
- atención por el personal de trabajo social
- atención por el personal de nutrición y dietética
- atención quirúrgica
- atención en laboratorios y gabinetes
- suministro de medicamentos
- atención administrativa
- otras funciones.

Formatos FCAM – 40 al 50.

Asignación de juicios de valor cualitativos

EXCELENTE Cuatro o más respuestas se calificaron con el rubro de “excelente” dentro de las cuales deben estar incluidas las correspondientes al proceso y los resultados y el resto pueden haber sido calificadas cuando menos como “suficiente”.

- SUFICIENTE** La totalidad de las respuestas se calificaron cuando menos como “suficiente”.
- INSUFICIENTE** El proceso y los resultados se evaluaron cuando menos como “insuficientes”, en caso de haber calificaciones de “no realizado” estas no fueron más de tres.
- NO REALIZADO** Cualquier omisión en el proceso o resultados (no realizado) y más de tres omisiones en total.
- INADECUADO** Una respuesta en proceso o resultado considerada como “inadecuado”, representando daño para el paciente, independientemente del resto de calificaciones, o más de tres en total consideradas como “inadecuado”.

Estos criterios representan únicamente una propuesta teórica, que deberá ser ajustada a las necesidades de cada sistema, unidad médica, servicio o proceso, a fin de que den respuesta a la necesidad particular de toma de decisiones. No obstante la calificación asignada es secundaria, la utilidad principal de esta información es para identificar problemas con fines preventivos y correctivos, antes de que hagan crisis y den lugar a quejas y demandas.

Satisfacción de los Prestadores de Servicios

Definición

Logro de las expectativas del prestador de servicios, en relación con la calidad de su 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 con oportunidad y control de calidad, para la realización de sus actividades, con la eficiencia y calidad deseadas por los prestadores de servicios.

- reconocimiento de los superiores por los logros alcanzados y por el trabajo realizado con calidad y eficiencia.
- remuneración congruente con la eficiencia, calidad, complejidad y responsabilidad, inherentes al trabajo que se realiza.
- identificación del perfil profesional y capacitación del trabajador, con el trabajo específico que desempeña.
- 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.
- oportunidades para participar en la toma de decisiones y para hacer aportaciones de sus conocimientos y experiencia, con el propósito de mejorar el trabajo en calidad y eficiencia.
- oportunidad para comunicarse con el jefe y con los compañeros de trabajo, para plantear sus problemas y hacer aportaciones.

Formato FCAM – 51 A y 51 B.

Asignación de juicios de valor cualitativos

EXCELENTE	Un mínimo de ocho calificaciones de “excelente” y el resto “suficiente”.
SUFICIENTE	Un mínimo de ocho o más calificaciones de “suficiente” y el resto de “insuficiente”.
INSUFICIENTE	Menos de ocho calificaciones de “suficiente”, ocho o más calificaciones de “insuficiente” y no más de cinco “no realizado”.
NO REALIZADO	Cinco o más puntos evaluados como “no realizado” y no mas de cinco de “inadecuado”.
INADECUADO	Más de cinco “inadecuado”.

Estos criterios representan una propuesta teórica que debe ser ajustada a las necesidades particulares de cada sistema, unidad médica, servicio o proceso a fin de que den respuesta a la necesidad de toma de decisiones.

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, etcétera, 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., a la cual se le puede hacer seguimiento, a través de evaluaciones posteriores, a fin de determinar su evolución, hacia la mejoría o el deterioro.

Encuestas Generales y Específicas

Con objeto de simplificar la evaluación de la satisfacción del usuario, se presenta una encuesta simplificada, de aplicación general a cualquier servicio, independientemente del área de que se trate, dirigiendo las preguntas al servicio correspondiente, (formato CAM-52). 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, (Formatos CAM-40 al 50).

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 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 seis a ocho preguntas en secuencia vertical.

En cada pregunta deberá elegirse la opción que corresponda a la calificación de excelente, suficiente, insuficiente, no realizado o inadecuado (Sistema E.S.I.N.I.). Se han diseñado cuadros que permiten la concentración de información o para ser utilizados en la realización de encuestas por personal capacitado. No obstante el contenido de estas encuestas puede integrarse en formatos individuales que permitan a cada usuario o prestador de servicio, responderlos en forma personal. Como ejemplo se presenta un formato individual, para ser respondido por cada usuario, tomado del "FCAM 52", al que denominaremos "FCAM 52 INDIVIDUAL", conteniendo exactamente las mismas preguntas que el primero. De igual manera se pueden elaborar formatos del FCAM 40 al 51 (A y B) INDIVIDUALES. La información captada en los formatos INDIVIDUALES puede ser incorporada en las cédulas de concentración, como ejemplo se propone el formato 40bis, pudiendo existir uno equivalente del 40 bis al 52 bis.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ENCUESTA DE OPINIÓN CÉDULA DE CONCENTRACIÓN

UNIDAD MÉDICA:
PROCESO: CONSULTA EXTERNA
FUNCIÓN: RECEPCIÓN

ELEMENTOS DE CALIDAD A EVALUAR:
oportunidad, amabilidad, proceso de la atención,
resultados de la atención, relación personal-paciente
(o familiares), información, comodidad.

PREGUNTA	OPCIÓN	CALIFICACIÓN	ENCUESTAS										TOTAL	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
OPORTUNIDAD	De inmediato	Excelente												
La asistencia médica (repcionista) le atendió:	Se tardó un poco	suficiente												
	Se tardó mucho	Insuficiente												
	No le atendió	No realizada												
	Le rechazó	Inadecuado												
AMABILIDAD	Muy amable	Excelente												
La asistencia médica (repcionista) que le atendió fue:	Amable	Suficiente												
	Seris	Insuficiente												
	Indiferente	No realizado												
	A disgusto	Inadecuado												
PROCESO DE LA ATENCIÓN	Muy bien	Excelente												
La asistencia médica (repcionista) le atendió:	Bien	Suficiente												
	Regular	Insuficiente												
	No le atendió	No realizada												
	Le regañó	Inadecuado												
RESULTADOS DE LA ATENCIÓN	Muy bien	Excelente												
La asistencia médica (repcionista) que le atendió le resolvió su problema:	Bien	Suficiente												
	A medias	Insuficiente												
	No se lo resolvió	No realizado												
	Le dificultó su solución	Inadecuado												
INFORMACIÓN	Amplia y clara	Excelente												
La asistencia médica (repcionista) le informó en forma:	Suficiente	Suficiente												
	Superficial	Insuficiente												
	Nula	No realizado												
	Confusa	Inadecuada												
COMODIDAD	Muy cómoda	Excelente												
La sala de espera está:	Cómoda	Suficiente												
	Incómoda	Insuficiente												
	Inadecuada	No realizada												
	Le causó molestia	Inadecuado												
Los baños para pacientes y familiares estaban:	Limpios y funcionales	Excelente												
	Funcionales	Suficiente												
	No funcionaban	Insuficiente												
	No había baños disponibles	No realizado												
	Muy sucios, no se podían usar	Inadecuada												

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ENCUESTA DE OPINIÓN CÉDULA DE CONCENTRACIÓN

UNIDAD MÉDICA:
PROCESO: CONSULTA EXTERNA
FUNCIÓN: ATENCIÓN MÉDICA

ELEMENTOS DE CALIDAD A EVALUAR:
oportunidad, amabilidad, proceso de la atención,
resultados de la atención, relación personal-paciente
(o familiares), información, comodidad.

PREGUNTA	OPCIÓN	CALIFICACIÓN	ENCUESTAS										TOTAL	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
OPORTUNIDAD El médico lo atendió:	De inmediato	Excelente												
	1 a 15 minutos	suficiente												
	Más de 15 minutos	insuficiente												
	No le atendió	Na realizada												
OPORTUNIDAD Le otorgaron su cita en la fecha requerida y se la cumplieron:	Esperó y no logró ser atendida(a)	Inadecuada												
	Siempre	Excelente												
	Casi siempre	Suficiente												
	Algunas veces	Insuficiente												
AMABILIDAD El médico que le atendió fue:	Nunca	Na realizado												
	El retraso le causó problemas	Inadecuado												
	Muy amable	Excelente												
	Amable	Suficiente												
PROCESO DE LA ATENCIÓN La revisión médica que le practicó fue:	Serie	Insuficiente												
	Indiferente	Na realizado												
	A disgusto	Inadecuada												
	Muy completa	Excelente												
RESULTADOS Al final de la consulta le dieron diagnóstico o estudios y receta	Completa	Suficiente												
	Superficial	Insuficiente												
	No me examinó	Na realizado												
	Le causó molestia	Inadecuado												
RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Su médico tratante le atendió:	Diagnóstico y receta	Excelente												
	Estudios	Suficiente												
	Receta	Insuficiente												
	No recibió ninguna	Na realizado												
INFORMACIÓN La información que le proporcionó su médico fue:	El médico le regaló	Inadecuada												
	Todas las veces	Excelente												
	La mayoría de las veces	Suficiente												
	Algunas veces	Insuficiente												
COMODIDAD El consultorio donde le otorgaron la atención está:	No lo conoció	Na realizado												
	Le rechazó	Inadecuado												
	Amplia y clara	Excelente												
	Suficiente	Suficiente												
COMODIDAD El consultorio donde le otorgaron la atención está:	Superficial	Insuficiente												
	Nula	Na realizado												
	Confusa	Inadecuado												
	Muy cómoda	Excelente												
COMODIDAD El consultorio donde le otorgaron la atención está:	Cómoda	Suficiente												
	Incómodo	Insuficiente												
	Inadecuada	Na realizada												
	Le causó molestias	Inadecuado												

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ENCUESTA DE OPINIÓN CÉDULA DE CONCENTRACIÓN

UNIDAD MÉDICA:
PROCESO: ATENCIÓN DE URGENCIAS
FUNCIÓN: ATENCIÓN GENERAL

ELEMENTOS DE CALIDAD A EVALUAR:
oportunidad, amabilidad, proceso de la atención,
resultados de la atención, relación personal-paciente
(o familiares), información, comodidad.

PREGUNTA	OPCIÓN	CALIFICACIÓN	ENCUESTAS										TOTAL		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
OPORTUNIDAD	Oe inmediato	Excelente													
La atención solicitada se le otorgó en forma:	1 a 15 minutos	Suficiente													
	Más de 16 minutos	Insuficiente													
	No le otorgaron la atención	No realizada													
	Esperó y no logró ser atendido	Inadecuada													
AMABILIDAD	Muy amable	Excelente													
El personal que lo atendió fue:	Amable	Suficiente													
	Seris	Insuficiente													
	Indiferente	No realizado													
	A disgusto	Inadecuada													
PROCESO DE LA ATENCIÓN	Completo y sin problemas	Excelente													
El estudio y tratamiento que le otorgaron en urgencias fueron:	Completos	Suficiente													
	Incompletos	Insuficiente													
	No le atendieron	No realizada													
	Le causaron molestias	Inadecuado													
RESULTADOS DE LA ATENCIÓN	Estudiada y controlada	Excelente													
Al concluir la atención el paciente estaba:	Estudiada y en proc. de control	Suficiente													
	Con el tratamiento iniciada	Insuficiente													
	Fallció al ingresar	No realizado													
	Complicada en el servicio	Inadecuado													
RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	Constante	Excelente													
Su médico tratante le revisó y coordinó su estudio en forma:	Frecuente	Suficiente													
	Ocasional	Insuficiente													
	Nunca	No realizado													
	Impersonal	Inadecuada													
INFORMACIÓN	Constante	Excelente													
Su médico le mantuvo informado (a) de su evolución, estudios a realizar y sus resultados:	Casi siempre	Suficiente													
	A veces	Insuficiente													
	Nunca	No realizado													
	Nadie le informó	Inadecuado													
COMODIDAD	Muy cómoda	Excelente													
El lugar donde recibió la atención era:	Cómoda	Suficiente													
	Incómoda	Insuficiente													
	Inadecuada	No realizado													
	Le causó molestias	Inadecuado													

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LDS USUARIOS

**SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS
ENCUESTA DE OPINIÓN
CÉDULA DE CDNCESTRACIÓN**

UNIDAD MÉDICA:
PROCESO: HOSPITALIZACIÓN
FUNCIÓN: ATENCIÓN MÉDICA

ELEMENTOS DE CALIDAD A EVALUAR:
oportunidad, amabilidad, proceso de la atención,
resultados de la atención, relación personal-paciente
(o familiares), información, comodidad.

PREGUNTA	OPCIÓN	CALIFICACIÓN	ENCUESTAS										TOTAL		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
OPORTUNIDAD	De inmediato	Excelente													
Al llegar a su cama el médico le atendió:	1 a 15 minutos	Suficiente													
	Más de 15 minutos	Insuficiente													
	No le atendieron	No realizado													
	Esperó y no logró ser atendido	Inadecuado													
AMABILIDAD	Muy amable	Excelente													
El médico que lo atendía fue:	Amable	Suficiente													
	Serie	Insuficiente													
	Indiferente	No realizado													
	A disgusto	Inadecuado													
PROCESO DE LA ATENCIÓN	Muy completos	Excelente													
El estudio y tratamiento que le otorgaron durante su hospitalización fueron:	Completos	Suficiente													
	Incompletos	Insuficiente													
	Deficientes	No realizado													
	Le causaron molestias	Inadecuado													
RESULTADOS DE LA ATENCIÓN	Curado (a)	Excelente													
Cuando salió del hospital estaba:	Controlado (a)	Suficiente													
	Mejorado (a)	Insuficiente													
	Igual	No realizado													
	Peor	Inadecuado													
RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	Todas las veces	Excelente													
Su médico le atendió:	La mayoría de las veces	Suficiente													
	Algunas veces	Insuficiente													
	No le conoció	No realizado													
	Con desinterés	Inadecuado													
INFORMACIÓN	Amplia y clara	Excelente													
La información que le dió su médico sobre su padecimiento y cuidados a seguir fue:	Suficiente	Suficiente													
	Superficial	Insuficiente													
	Nula	No realizado													
	Confusa	Inadecuado													
COMODIDAD	Muy cómodo	Excelente													
Su área de hospitalización (camas, sillas, baños) es:	Cómodo	Suficiente													
	Incómodo	Insuficiente													
	Inadecuado	No realizada													
	Le causó molestias	Inadecuado													

FCAM 43

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ENCUESTA DE OPINIÓN CÉDULA DE CONCENTRACIÓN

UNIDAD MÉDICA:
PROCESO: HOSPITALIZACIÓN
FUNCIÓN: ATENCIÓN ENFERMERÍA

ELEMENTOS DE CALIDAD A EVALUAR:
oportunidad, amabilidad, proceso de la atención,
resultados de la atención, relación personal-paciente
(o familiares), información, comodidad.

PREGUNTA	OPCIÓN	CALIFICACIÓN	ENCUESTAS										TOTAL	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
OPORTUNIDAD Cuando usted solicitó la atención de enfermería, la recibió:	De inmediato	Excelente												
	1 a 2 minutos después	Suficiente												
	Más de 2 minutos después	Insuficiente												
	No respondía	No realizado												
	Triste y a disgusto	Inadecuado												
AMABILIDAD Las enfermeras que le atendieron fueron:	Muy amables	Excelente												
	Amables	Suficiente												
	Serías	Insuficiente												
	Indiferentes	No realizado												
	A disgusto	Inadecuado												
PROCESO DE LA ATENCIÓN La atención que le otorgaron en enfermería fue:	Excelente	Excelente												
	Aceptable	Suficiente												
	Insuficiente	Insuficiente												
	No le atendieron	No realizado												
	Le causó molestias	Inadecuado												
RESULTADOS DE LA ATENCIÓN Los cuidados que le dieron las enfermeras cubrieron sus necesidades:	Siempre	Excelente												
	Casi siempre	Suficiente												
	Algunas veces	Insuficiente												
	Nunca	No realizado												
	Le causaron problemas	Inadecuado												
RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE Las enfermeras se presentaron con usted y le llamaban por su nombre:	Siempre	Excelente												
	Casi siempre	Suficiente												
	Algunas veces	Insuficiente												
	Nunca	No realizado												
	No mostraron interés	Inadecuado												
INFORMACIÓN La información de sus enfermeras acerca de los cuidados que debería tener fue:	Amplia y clara	Excelente												
	Suficiente	Suficiente												
	Superficial	Insuficiente												
	Nula	No realizado												
	Confusa	Inadecuado												
COMODIDAD Su aseo personal y el cambio de su ropa de cama se realizó	Cada vez que fue necesario	Excelente												
	Diariamente	Suficiente												
	Ocasional	Insuficiente												
	Nunca	No realizado												
	Tuvo problemas por falta de aseo	Inadecuado												

FCAM 44

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

**SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS
ENCUESTA DE OPINIÓN
CÉDULA DE CONCENTRACIÓN**

UNIDAD MÉDICA:
PROCESO: HOSPITALIZACIÓN
FUNCIÓN: TRABAJO SOCIAL

ELEMENTOS DE CALIDAD A EVALUAR:
oportunidad, amabilidad, proceso de la atención,
resultados de la atención, relación personal-paciente
(o familiares), información, comodidad.

PREGUNTA	OPCIÓN	CALIFICACIÓN	ENCUESTAS										TOTAL	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
OPORTUNIDAD	De inmediato	Excelente												
Cuando usted requirió la intervención del (la) trabajador (a) social se presentó:	El mismo día	Suficiente												
	El día siguiente	Insuficiente												
	No se presentó	No realizada												
	Se presentó y no le ayudó	Inadecuada												
AMABILIDAD	Muy amable	Excelente												
El (la) trabajador (a) social que le atendió fue:	Amable	Suficiente												
	Señal (a)	Insuficiente												
	Indiferente	No realizado												
	A disgusto	Inadecuado												
PROCESO DE LA ATENCIÓN	Excelente	Excelente												
La atención que le otorgó el (la) trabajador (a) social fue:	Aceptable	Suficiente												
	Insuficiente	Insuficiente												
	No le atendió	No realizado												
	Le causaron problemas	Inadecuada												
RESULTADOS DE LA ATENCIÓN	Resolver su problema	Excelente												
La intervención del (la) trabajador (a) social le permitió:	Evitar conflictos	Suficiente												
	Estar más tranquilo (a)	Insuficiente												
	Ninguna ayuda	No realizado												
	Complicó la situación	Inadecuado												
RELACIÓN CON (EL) LA TRABAJADOR (A) SOCIAL	Siempre	Excelente												
El (la) trabajador (a) social se presentó con usted y le llamó por su nombre:	Casi siempre	Suficiente												
	Algunas veces	Insuficiente												
	Nunca	No realizada												
	No le conoció	Inadecuado												
INFORMACIÓN	Amplia y clara	Excelente												
La información que le proporcionó el (la) trabajador (a) social fue:	Suficiente	Suficiente												
	Superficial	Insuficiente												
	Nula	No realizada												
	Confusa	Inadecuado												
COMODIDAD	Muy cómodo y privado	Excelente												
El lugar donde le atendió el (la) trabajador (a) social era privado y cómodo:	Privado	Suficiente												
	Cómodo	Insuficiente												
	Incómodo y sin privacidad	No realizado												
	No permitió la entrevista	Inadecuado												

FCAM 45

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ENCUESTA DE OPINIÓN CÉDULA DE CONCENTRACIÓN

UNIDAD MÉDICA:
PROCESO: HOSPITALIZACIÓN
FUNCIÓN: ATENCIÓN DE NUTRICIÓN
Y DIETÉTICA

ELEMENTOS DE CALIDAD A EVALUAR:
oportunidad, amabilidad, proceso de la atención,
resultados de la atención, relación personal-paciente
(o familiares), información, comodidad.

PREGUNTA	OPCIÓN	CALIFICACIÓN	ENCUESTAS										TOTAL		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
OPORTUNIDAD	Oe inmediato	Excelente													
Cuando requirió usted la intervención de la dietista, ella se presentó:	El mismo día	Suficiente													
	Al día siguiente	Insuficiente													
	No se presentó	No realizado													
	Se presentó y no le ayudó	Inadecuado													
AMABILIDAD	Muy amable	Excelente													
La dietista que le atendió fue:	Amable	Suficiente													
	Seria	Insuficiente													
	Indiferente	No realizado													
	A disgusto	Inadecuado													
PROCESO DE LA ATENCIÓN	Prescritos y calientes	Excelente													
Los alimentos que le sirvieron estaban:	Prescritos	Suficiente													
	Aceptables	Insuficiente													
	Friés	No realizado													
	Inaceptables	Inadecuado													
RESULTADOS DE LA ATENCIÓN	Contribuyó a su curación	Excelente													
La alimentación que le proporcionaron:	Le agrada	Suficiente													
	No le agrada	Insuficiente													
	Fuera de prescripción	No realizado													
	Le hizo daño	Inadecuado													
RELACIÓN DIETISTA PACIENTE	Siempre	Excelente													
La dietista se presentó con usted y le llamó por su nombre:	Casi siempre	Suficiente													
	Algunas veces	Insuficiente													
	Nunca	No realizado													
	No la conoció	Inadecuado													
INFORMACIÓN	Siempre	Excelente													
Le informó la dietista los alimentos que tenía permitidos, le preguntó sus gustos y le ofreció algunas opciones:	Casi siempre	Suficiente													
	Algunas veces	Insuficiente													
	Nunca	No realizado													
	Le informó mal	Inadecuado													
COMODIDAD	Fácilmente	Excelente													
La toza y cubiertos le permitieron tomar sus alimentos:	Sin problemas	Suficiente													
	Con dificultad	Insuficiente													
	No le ayudaron	No realizado													
	Le causaron problemas	Inadecuado													

FCAM 46

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

**SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS
ENCUESTA DE OPINIÓN
CÉDULA DE CONCENTRACIÓN**

UNIDAD MÉDICA:
PROCESO: CIRUGÍA
FUNCIÓN: ATENCIÓN QUIRÚRGICA

ELEMENTOS DE CALIDAD A EVALUAR:
oportunidad, amabilidad, proceso de la atención,
resultados de la atención, relación personal-paciente
(o familiares), información, comodidad.

PREGUNTA	OPCIÓN	CALIFICACIÓN	ENCUESTAS										TDOTAL	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
OPORTUNIDAD La hospitalización para su cirugía se realizó:	El día programado	Excelente												
	Un día después del programado	Suficiente												
	Después de una cancelación	Insuficiente												
	Después de varias cancelaciones	No realizado												
	Se complicó por el diferimiento	Inadecuado												
AMABILIDAD El cirujano que le atendió fue:	Muy amable	Excelente												
	Amable	Suficiente												
	Indiferente	Insuficiente												
	No se presentó	No realizado												
PROCESO DE LA ATENCIÓN La cirugía se llevó a cabo:	A disgusto	Inadecuado												
	Conforme a la programado	Excelente												
	Después de resolver problemas	Suficiente												
	Con dificultades	Insuficiente												
RESULTADOS DE LA ATENCIÓN La cirugía concluyó:	Se canceló	No realizado												
	Con evolución del problema de salud	Excelente												
	Se suspendió una vez iniciada	Inadecuado												
	Con complicaciones resueltas	Suficiente												
RELACIÓN CIRUJANO-PACIENTE La explicación del cirujano acerca del procedimiento a seguir, riesgos y resultados esperados le inspiraron:	Con complicaciones no resueltas	Insuficiente												
	Con fuerza absoluta	Excelente												
	Con solución del problema	No realizado												
	Con confianza	Inadecuado												
INFORMACIÓN La información que le dio el cirujano que le operó sobre los resultados de la cirugía, los cuidados a seguir y el pronóstico fue:	Seguridad	Suficiente												
	Tranquilidad	Insuficiente												
	No conoció al cirujano	No realizado												
	Desconfianza	Inadecuado												
COMODIDAD Su estancia en el quirófano fue:	Amplia y clara	Excelente												
	Suficiente	Suficiente												
	Superficial	Insuficiente												
	Nula	No realizado												
Su estancia en el quirófano fue:	Confusa	Inadecuado												
	Muy cómoda	Excelente												
	Cómoda	Suficiente												
	Incómoda	Insuficiente												
Su estancia en el quirófano fue:	Inadecuada	No realizado												
	Le causó molestias	Inadecuado												

FCAM 47

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ENCUESTA DE OPINIÓN CÉDULA DE CONCENTRACIÓN

UNIDAD MÉDICA:
PROCESO: AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
Y TRATAMIENTO
FUNCIÓN: REALIZACIÓN DE ESTUDIOS

ELEMENTOS DE CALIDAD A EVALUAR:
oportunidad, amabilidad, proceso de la atención,
resultados de la atención, relación personal-paciente
(o familiares), información, comodidad.

PREGUNTA	OPCIÓN	CALIFICACIÓN	ENCUESTAS										TOTAL		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
OPORTUNIDAD	Oe inmediato	Excelente													
Se le otorgó la atención:	1 a 15 minutos	Suficiente													
	Más de 15 minutos	Insuficiente													
	No lo atendieron	No realizada													
	Esperó y no logró ser atendido (a)	Inadecuado													
AMABILIDAD	Muy amable	Excelente													
El personal a técnico que le atendió fue:	Amable	Suficiente													
	Serie	Insuficiente													
	Indiferente	No realizada													
	A disgusto	Inadecuado													
PROCESO DE LA ATENCIÓN	Excelente	Excelente													
La atención que le otorgó el personal médico o técnico fue:	Aceptable	Suficiente													
	Insuficiente	Insuficiente													
	No lo (a) atendieron	No realizada													
	Le causaron molestias	Inadecuado													
RESULTADOS	Favorables	Excelente													
El estudio o tratamiento que le practicaron tuvo consecuencias:	Aceptables	Suficiente													
	Insuficientes	Insuficiente													
	Ninguna	No realizada													
	Desfavorables	Inadecuado													
RELACIÓN CON EL PERSONAL	Confianza absoluta	Excelente													
El trato que le dió el médico o el técnico le inspiró:	Seguridad	Suficiente													
	Tranquilidad	Insuficiente													
	No lo conoció	No realizada													
	Desconfianza	Inadecuado													
INFORMACIÓN	Amplia y clara	Excelente													
La información que le dió el médico o el técnico sobre las consecuencias del estudio o tratamiento y cuidados a seguir fue:	Suficiente	Suficiente													
	Superficial	Insuficiente													
	Nula	No realizada													
	Confusa	Inadecuado													
COMODIDAD	Muy cómodo	Excelente													
El área donde le hicieron su estudio o tratamiento era:	Cómoda	Suficiente													
	Incómoda	Insuficiente													
	Inadecuada	No realizada													
	Le causó molestias	Inadecuado													

FCAM 48

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ENCUESTA DE OPINIÓN CÉDULA DE CONCENTRACIÓN

UNIDAD MÉDICA:
PROCESO: FARMACIA
FUNCIÓN: SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

ELEMENTOS DE CALIDAD A EVALUAR:
oportunidad, amabilidad, proceso de la atención,
resultados de la atención, relación personal-paciente
(o familiares), información, comodidad.

PREGUNTA	OPCIÓN	CALIFICACIÓN	ENCUESTAS										TOTAL	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
OPORTUNIDAD	De inmediato	Excelente												
La atención que usted recibió en la farmacia fue:	De 1 a 15 minutos después	Suficiente												
	Más de 15 minutos después	Insuficiente												
	No le atendieron	No realizado												
	Esperó y no logró ser atendido (a)	Inadecuado												
AMABILIDAD	Muy amable	Excelente												
El personal de farmacia fue:	Amable	Suficiente												
	Serio	Insuficiente												
	Indiferente	No realizado												
	A disgusto	Inadecuado												
PROCESO DE LA ATENCIÓN	Interés	Excelente												
El personal de farmacia atendió su solicitud con:	Poco interés	Suficiente												
	Indiferencia	Insuficiente												
	No le atendió	No realizado												
	Descuidado	Inadecuado												
RESULTADOS DE LA ATENCIÓN	Completo	Excelente												
El surtimiento de medicamentos fue:	Faltó uno	Suficiente												
	Faltaron varios	Insuficiente												
	Faltaron todas	No realizado												
	Equivocado	Inadecuado												
INFORMACIÓN	Siempre	Excelente												
El personal de farmacia le informó acerca de los faltantes, cuándo y dónde obtenerlos:	Casi siempre	Suficiente												
	Algunas veces	Insuficiente												
	Nunca	No realizado												
	Le informó mal	Inadecuado												
COMODIDAD	Muy cómodo	Excelente												
Las instalaciones de la farmacia son:	Cómodas	Suficiente												
	Incómodas	Insuficiente												
	Inadecuadas	No realizado												
	Le causaron molestia	Inadecuado												

FCAM 49

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ENCUESTA DE OPINIÓN CÉDULA DE CONCENTRACIÓN

UNIDAD MÉDICA:
PROCESO: ADMINISTRATIVA
FUNCIÓN: REALIZACIÓN DE TRÁMITES

ELEMENTOS DE CALIDAD A EVALUAR:
oportunidad, amabilidad, proceso de la atención,
resultados de la atención, relación personal-paciente
(o familiares), información, comodidad.

PREGUNTA	OPCIÓN	CALIFICACIÓN	ENCUESTAS										TOTAL	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
OPORTUNIDAD	De inmediato	Excelente												
Se otorgó la atención:	1 a 15 minutos	Suficiente												
	Más de 15 minutos	Insuficiente												
	No le atendieron	No realizado												
	Esperó y no lo (a) atendieron	Inadecuado												
AMABILIDAD	Muy amable	Excelente												
El personal que lo atendió fue:	Amable	Suficiente												
	Serio	Insuficiente												
	Indiferente	No realizado												
	A disgusto	Inadecuado												
PROCESO DE LA ATENCIÓN	Excelente	Excelente												
Se atendió su solicitud y se realizaron las gestiones necesarias en forma:	Aceptable	Suficiente												
	Insuficiente	Insuficiente												
	No lo (a) atendieron	No realizado												
	Le causaron molestias	Inadecuado												
RESULTADOS DE LA ATENCIÓN	Resolver el problema	Excelente												
La atención que se le otorgó le permitió:	Realizar el trámite requerido	Suficiente												
	Atención y solución parcial	Insuficiente												
	Ningún resultado	No realizado												
	Complicar el problema	Inadecuado												
INFORMACIÓN	Amplia y clara	Excelente												
Le explicó el personal los trámites a realizar y la documentación requerida para resolver su problema en forma:	Suficiente	Suficiente												
	Superficial	Insuficiente												
	Nula	No realizado												
	Confusa	Inadecuado												
COMODIDAD	Muy cómodo	Excelente												
El área donde le otorgaron la atención estaba:	Cómoda	Suficiente												
	Incómoda	Insuficiente												
	Inadecuada	No realizado												
	Le causó molestias	Inadecuado												

FCAM 50

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ENCUESTA DE OPINIÓN CÉDULA DE CONCENTRACIÓN

UNIDAD MÉDICA:
PROCESO:
FUNCIÓN:

ELEMENTOS DE CALIDAD A EVALUAR:
disponibilidad y calidad de los recursos, reconocimientos,
percepción salarial, capacitación en el puesto, opciones de
superación y comunicación.

Hoja 1

PREGUNTA	OPCIÓN	CALIFICACIÓN	ENCUESTAS										TOTAL	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
DISPONIBILIDAD DEL RECURSO Cuenta usted con todo lo necesario para realizar bien su trabajo:	Siempre	Excelente												
	Casi siempre	Suficiente												
	Algunas veces	Insuficiente												
	Nunca	No realizado												
CALIDAD DE LOS RECURSOS La calidad del material que se le proporciona para realizar un trabajo fue:	Con riesgo por falta de recursos	Inadecuado												
	Muy buena	Excelente												
	Buena	Suficiente												
	Regular	Insuficiente												
DISPONIBILIDAD DEL MATERIAL La disponibilidad de material para trabajar es:	Mala	No realizado												
	Representa riesgo	Inadecuado												
	Oportuna	Excelente												
	Con retrasos que no afectan	Suficiente												
BIENESTAR El desarrollo de su trabajo le causa:	Con retraso que afecta	Insuficiente												
	Inoportuna	No realizado												
	Nula	Inadecuado												
	Placar	Excelente												
RECONOCIMIENTO Recibe usted reconocimiento de sus superiores por el trabajo bien hecho:	Satisfacción	Suficiente												
	Inseguridad	Insuficiente												
	Indiferencia	No realizado												
	Rechazo	Inadecuado												
SALARIO El salario y prestaciones que usted recibe lo motivan a:	Siempre	Excelente												
	Casi siempre	Suficiente												
	Algunas veces	Insuficiente												
	Nunca	No realizado												
SALARIO El salario que usted recibe, en relación al trabajo que realiza es:	A nadie le interesa	Inadecuado												
	Superarse	Excelente												
	Cumplir bien	Suficiente												
	Cumplir	Insuficiente												
CAPACITACIÓN PARA EL PUESTO La capacitación que se le ha dado para realizar su trabajo es:	Conservar el trabajo	No realizado												
	Eludir el trabajo	Inadecuado												
	Excelente	Excelente												
	Suficiente	Suficiente												
CAPACITACIÓN PARA EL PUESTO La capacitación que se le ha dado para realizar su trabajo es:	Insuficiente	Insuficiente												
	Incongruente	No realizado												
	Desmotivante	Inadecuado												
	Excelente	Excelente												
CAPACITACIÓN PARA EL PUESTO La capacitación que se le ha dado para realizar su trabajo es:	Completa	Suficiente												
	Incompleta	Insuficiente												
	Nula	No realizado												
	No sabe hacer su trabajo	Inadecuado												

FCAM 51A

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

**SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS
ENCUESTA DE OPINIÓN
CÉDULA DE CONCENTRACIÓN**

Hoja 2

PREGUNTA	OPCIÓN	CALIFICACIÓN	ENCUESTAS										TOTAL	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
PARTICIPACIÓN	Siempre	Excelente												
Participa usted con otros miembros del equipo de trabajo en la toma de las decisiones del servicio	Casi siempre	Suficiente												
	Algunas veces	Insuficiente												
	Nunca	No realizado												
	Se la impiden	Inadecuado												
PARTICIPACIÓN	Siempre	Excelente												
Aporta usted sus conocimientos y experiencias para resolver problemas o mejorar la calidad y eficiencia de su servicio	Casi siempre	Suficiente												
	Algunas veces	Insuficiente												
	Nunca	No realizado												
	Se le niega la oportunidad	Inadecuado												
PARTICIPACIÓN	Siempre	Excelente												
Se toman en cuenta sus ideas y aportaciones para mejorar el trabajo	Casi siempre	Suficiente												
	Algunas veces	Insuficiente												
	Nunca	No realizado												
	Se rechazan	Inadecuado												
SEGURIDAD EN EL PUESTO	Absoluta	Excelente												
La seguridad de conservar su trabajo es:	Suficiente	Suficiente												
	Incierta	Insuficiente												
	Nula	No realizado												
	En riesgo	Inadecuado												
SUPERACIÓN	Muchas	Excelente												
Existen oportunidades de mejorar su posición en la organización	Algunas	Suficiente												
	Muy pocas	Insuficiente												
	Ninguna	No realizado												
	En riesgo de perder su posición	Inadecuado												
COMUNICACIÓN	Siempre	Excelente												
Cuando usted desea comunicarse con su jefe, ¿Este lo escucha?	Casi siempre	Suficiente												
	Algunas veces	Insuficiente												
	Nunca	No realizado												
	Lo (a) ignora	Inadecuada												

FCAM 51B

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

**SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS
ENCUESTA DE OPINIÓN
CÉDULA DE CONCENTRACIÓN**

UNIDAD MÉDICA:
PROCESO:
FUNCIÓN:

ELEMENTOS DE CALIDAD A EVALUAR:
oportunidad, amabilidad, proceso de la atención,
resultados de la atención, relación personal-paciente
(o familiares), información, comodidad.

PREGUNTA	OPCIÓN	CALIFICACIÓN	ENCUESTAS										TOTAL	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
OPORTUNIDAD La atención se le otorgó:	De inmediato	Excelente												
	De 1 a 15 minutos	Suficiente												
	Más de 15 minutos	Insuficiente												
	No lo (a) atendieron	No realizado												
AMABILIDAD El personal que lo atendió fue:	Esperó y no logró ser atendido	Inadecuado												
	Muy amable	Excelente												
	Amable	Suficiente												
	Serio	Insuficiente												
PROCESO DE LA ATENCIÓN La atención que se le otorgó fue:	Indiferente	No realizado												
	A disgusto	Inadecuado												
	Excelente	Excelente												
	Aceptable	Suficiente												
RESULTADOS DE LA ATENCIÓN La atención recibida le permitió:	Insuficiente	Insuficiente												
	No le atendieron	No realizado												
	Le causaron molestias	Inadecuado												
	Resolver su problema	Excelente												
RELACIÓN CON EL PERSONAL Recibió usted atención personalizada en forma:	Resolver parcialmente su problema	Suficiente												
	Ofertar su problema	Insuficiente												
	Ningún resultado	No realizado												
	Complicar su problema	Inadecuado												
INFORMACIÓN La información que usted recibió acerca de su problema fue:	Constante	Excelente												
	Frecuente	Suficiente												
	Ocasional	Insuficiente												
	Nunca	No realizado												
COMODIDAD El lugar donde se le otorgó la atención era:	Por diferentes personas	Inadecuado												
	Amplia y clara	Excelente												
	Suficiente	Suficiente												
	Superficial	Insuficiente												
	Nula	No realizado												
	Confusa	Inadecuado												
	Muy cómodo	Excelente												
	Cómodo	Suficiente												
	Incómodo	Insuficiente												
	Inadecuado	No realizado												
	Le causó molestias	Inadecuado												

ENCUESTAS DE OPINIÓN CÉDULA INDIVIDUAL

UNIDAD MÉDICA:

PROCESO:

FUNCIÓN:

ELEMENTOS DE CALIDAD A EVALUAR:

Oportunidad, amabilidad, proceso de la atención, resultados de la atención, relación personal-paciente (o familiares), información y comodidad.

OPORTUNIDAD: La atención se le otorgó:

- E De inmediato S 1 a 15 minutos I Más de 15 minutos N No le atendieron I Esperó y no logró ser atendido

AMABILIDAD: El personal que lo atendió fue:

- E Muy amable S Amable I Serio N Indiferente I A disgusto

PROCESO DE LA ATENCIÓN: La atención que se le otorgó fue:

- E Excelente S Aceptable I Insuficiente N No le atendieron I Le causaron molestias

RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: La atención recibida le permitió:

- E Resolver su problema S Resolver parcialmente su problema I Diferir su problema N Ningún resultado I Complicar su problema

RELACIÓN CON EL PERSONAL: Recibió usted atención personalizada del personal que lo atendió en forma:

- E Constante S Frecuente I Ocasional N Nunca I Por diferentes personas

INFORMACIÓN: La información que usted recibió acerca de su problema fue:

- E Amplia y clara S Suficiente I Superficial N Nula I Confusa

COMODIDAD: El lugar donde se le otorgó la atención fue:

- E Muy cómodo S Cómodo I Incómodo N Inadecuado I Le causó molestias

FCAM 52 INDIVIDUAL

CUARTA PARTE

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y EFICIENCIA Y SUBCOMITÉS MÉDICOS

**CAPÍTULO XII. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ
DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y EFICIENCIA
DE LA ATENCIÓN EN LAS UNIDADES MÉDICAS**

**CAPÍTULO XIII. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS
SUBCOMITÉS MÉDICOS CON BASE AL EXPE-
DIENTE CLÍNICO**

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 TÉCNICO:

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 con preceptos 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, 34-43, 73), las Normas de los Comités Médicos: del Expediente Clínico, de Investigación, de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias, de Mortalidad y de Tejidos (73-79), la Evaluación Integral de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas (10-15, 18, 80), la Evaluación Sistemática (81).

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 con base

en este conocimiento generar acciones que requieran, para resolver los problemas 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: **"COMITÉ DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y EFICIENCIA DE LA ATENCIÓN EN LAS UNIDADES MÉDICAS"**.

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 "COMITÉ DE EVALUACIÓN 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

SUBCOMITÉ DE EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Introducción

En el "Hospital de la Raza" inaugurado en 1956 se inició 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 inició la publicación de trabajos muy importantes de investigación sobre Evaluación de la Atención Médica por el Dr. Fernando González 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 múltiples. 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 médica.

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 53 y 54.

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

SUBCOMITÉ DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A TRAVÉS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISIÓN	EVALUACIÓN
<p>JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA O SU REPRESENTANTE</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>JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO, DONDE SEA ATENDIDO EL CASO O EN QUIEN DELEGUE ESTA FUNCIÓN</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>

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

**SUBCOMITÉ DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
DE LA ATENCIÓN A TRAVÉS DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO**

PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISIÓN	EVALUACIÓN				
<p>ANÁLISIS POR EL SUBCOMITÉ.</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					

301

SUBCOMITÉ 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 reditúen los mejores resultados y verificar su cumplimiento.

- Determinar la 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, indicandolas 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-55 y 56.

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

SUBCOMITÉ DE TEJIDOS

PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISIÓN	EVALUACIÓN
<p>JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA O SU REPRESENTANTE</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>JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO, DONDE SEA ATENDIDO EL CASO O EN QUIEN DELEGUE ESTA FUNCIÓN</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>

307

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

SUBCOMITÉ DE TEJIDS

PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISIÓN

JEFE DE DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA O EN QUIEN DELEGUE ESTA FUNCIÓN

Presentación de resultados del estudio histopatológico.

Correlación histopatológica con la clínica.

Congruencia.

EVALUACIÓN

COMENTARIOS:

ANÁLISIS DEL CASO POR EL SUBCOMITÉ

Evaluación de la capacidad resolutive de la cirugía.
 Comentarios sobre deficiencias, errores y omisiones.
 Identificación de problemas.
 Alternativas de solución.
 Responsables de la solución.
 Plan a seguir.
 Seguimiento hasta su solución.

EVALUACIÓN

CONCLUSIONES:

EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	ND REALIZADO	INADECUADO

FCAM-56

SUBCOMITÉ DE MORTALIDAD

Introducción

Como médico es muy difícil abstraerse 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 sobrevivencia 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-57 y 58.

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

SUBCOMITÉ DE MORTALIDAD

PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISIÓN	EVALUACIÓN
<p>JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA O SU REPRESENTANTE</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>JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO, DONDE SEA ATENDIDO EL CASO O EN QUIEN DELEGUE ESTA FUNCIÓN</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-57

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

SUBCOMITÉ DE MORTALIDAD

PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISIÓN	EVALUACIÓN				
<p>JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA O EN QUIEN DELEGUE ESTA FUNCIÓN</p> <p>Presentación de resultados del estudio anatomopatológico.</p> <p>Correlación anatomoclínica.</p> <p>Congruencia de los diagnósticos integrados y el programa de estudio y tratamiento realizado con los resultados de la autopsia.</p>	COMENTARIOS:				
<p>ANÁLISIS DEL CASO POR EL SUBCOMITÉ</p> <p>Comentarios sobre errores y omisiones.</p> <p>Identificación de problemas.</p> <p>Alternativas de solución.</p> <p>Plan a seguir, responsables, fechas de solución.</p> <p>Seguimiento.</p>	EVALUACIÓN				
CONCLUSIONES:					
EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO	

SUBCOMITÉ DE DETECCIÓN, PREVENCIÓN 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

-áreas 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 venoclisis
- 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 catéteres 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 transmisión de la infección a otros pacientes.
- 6.6. Registro en el expediente clínico de la presencia de una infección hospitalaria.

Formatos FCAM-59 y 60.

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

**SUBCOMITÉ DE DETECCIÓN,
PREVENCIÓN Y CDNTROL DE LAS
INFECCIONES HDSPITALARIAS**

PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISIÓN	EVALUACIÓN
<p>JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA O SU REPRESENTANTE</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 y de otros Subcomités participantes en el caso, con especial énfasis en el registro de información relacionado con las infecciones hospitalarias.</p>	<p>COMENTARIOS:</p>
<p>JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO, DONDE SEA ATENDIDO EL CASO O EN QUIEN DELEGUE ESTA FUNCIÓN</p> <p>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.</p>	<p>COMENTARIOS:</p>

327

SUBCOMITÉS MÉDICOS

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

**SUBCOMITÉ DE DETECCIÓN,
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS
INFECCIONES HOSPITALARIAS**

PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISIÓN	EVALUACIÓN				
<p>ANÁLISIS DEL CASO POR EL SUBCOMITÉ</p> <p>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.</p>	CONCLUSIONES:				
	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	ND REALIZADO	INADECUADO

328

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

SUBCOMITÉ DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

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 FCAM-61 y 62.

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

SUBCOMITÉ DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISIÓN	EVALUACIÓN
<p>JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA O SU REPRESENTANTE</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>JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO, DONDE SEA ATENDIDO EL CASO O EN QUIEN DELEGUE ESTA FUNCIÓN</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>

334

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

SUBCOMITÉ DE INVESTIGACIÓN

PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISIÓN	EVALUACIÓN				
<p>ANÁLISIS DEL CASO POR EL SUBCOMITÉ</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>	<p>CONCLUSIONES:</p>				
	EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO

335

SUBCOMITÉS MÉDICOS

SUBCOMITÉ 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 expresamente 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.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA A TRAVÉS DEL ANÁLISIS 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 FCAM- 63 y 64

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

SUBCOMITÉ DE QUEJAS

PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISIÓN	EVALUACIÓN
<p>JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA O SU REPRESENTANTE</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>JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO, DONDE SE ATENDIO EL CASO O EN QUIEN DELEGUE ESTA FUNCIÓN</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>

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

SUBCOMITÉ DE QUEJAS

PARTICIPANTES Y ELEMENTOS DE REVISIÓN	EVALUACIÓN														
<p>JEFES DE DEPARTAMENTOS CLÍNICOS O SERVICIOS MÉDICOS O PARAMÉDICOS 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>ANÁLISIS DEL CASO POR EL SUBCOMITÉ</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>	EVALUACIÓN														
CONCLUSIONES:															
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="875 1125 1028 1230">EXCELENTE</th> <th data-bbox="1028 1125 1164 1230">SUFICIENTE</th> <th data-bbox="1164 1125 1314 1230">INSUFICIENTE</th> <th data-bbox="1314 1125 1459 1230">NO REALIZADO</th> <th data-bbox="1459 1125 1583 1230">INADECUADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO					
EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NO REALIZADO	INADECUADO											

FCAM-64

QUINTA PARTE

ESTRATEGIAS DE APOYO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y EFICIENCIA EN LA ATENCIÓN MÉDICA

CAPÍTULO XIV. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA A TRAVÉS DEL ANÁLISIS DE QUEJAS

Capítulo XIV

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

Sra. Ma. del Carmen Sáenz 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 resolutive.
 - 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 FCAM-65.

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 Dictámen 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 FCAM-66 y 67.

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.

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

CÉDULA DE DICTAMEN DE MOTIVOS DE QUEJAS

CONCEPTO	CALIFICACIÓN				
	E	S	I	N	I
TRATO PERSONALIZADO					
OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN					
PROCESO DE LA ATENCIÓN					
.Captación y registro de datos clínicos					
.Atención integral					
.Congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica					
.Seguimiento de la evolución					
.Capacidad resolutive					
.Información					
.Rehabilitación					
TRATO AMABLE					
INFORMACIÓN SUFICIENTE					
COMODIDAD EN LAS INSTALACIONES					
CONGRUENCIA DE LOS RESULTADOS LOGRADOS CON LOS ESPERADOS					
DICTAMEN					
PROCEDENTE	<input type="text"/>	IMPROCEDENTE	<input type="text"/>		
SERVICIO INVOLUCRADO	_____		PERSONAL INVOLUCRADO	_____	
COMENTARIOS:	_____				

FCAM-65

352

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

**CÉDULA DE DICTAMEN DE MOTIVOS DE QUEJAS
HOJA DE CONCENTRACIÓN**

PERÍODO EVALUADO: CONCEPTO	E		S		I		N		I	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TRATO PERSONALIZADO										
OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN										
PROCESO DE LA ATENCIÓN										
.Captación y registro de datos clínicos										
.Atención integral										
.Congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica										
.Seguimiento de la evolución										
.Capacidad resolutoria										
.Información										
.Rehabilitación										
TRATO AMABLE										
INFORMACIÓN SUFICIENTE										
COMODIDAD EN LAS INSTALACIONES										
CONGRUENCIA CON LOS RESULTADOS ESPERADOS										
TOTAL:										

No. DE QUEJAS: _____ PROCEDENTES: No. _____ % _____ IMPROCEDENTES: No. _____ % _____

353

ANÁLISIS DE QUEJAS

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

HOJA

UNIDAD MÉDICA _____

**CÉDULA DE DICTAMEN DE QUEJAS
ANÁLISIS Y COMENTARIOS**

PERÍODO EVALUADO: _____

MOTIVOS DE QUEJAS No.	SERVICIO (S) INVOLUCRADOS	PERSONAL INVOLUCRADO	QUEJAS PROCEDENTES:
			No. _____ % _____
			QUEJAS IMPROCEDENTES: No. _____ % _____
			QUEJAS CON REINTEGRO DE GASTOS: No. _____ % _____
TOTAL: _____			

ANÁLISIS, COMENTARIOS Y MEDIDAS CORRECTIVAS:

SEXTA PARTE

**CONCEPTOS ACTUALES Y
MODERNIZACIÓN**

**CAPÍTULO XV. CERTIFICACIÓN DE CALIDAD EN LA
ATENCIÓN MÉDICA**

CAPÍTULO XVI. CALIDAD TOTAL

Capítulo XV

Certificación de Calidad en la Atención Médica

Dr. Héctor Aguirre Gas
Dr. José Agustín Díaz López

Introducción

Hablar de certificación 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 Certificación, 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 certificación 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 certificación. La necesidad de mantener un nivel de certificación permanente a través de la vigencia de este procedimiento, le dá continuidad al proceso.

En este libro se pretende concluir con la certificación 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 certificación 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 certificarse 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 certificar 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 certificación debería ser dada en dos aspectos que pueden estar interrelacionados: la certificación de la calidad con que se otorga la atención y la certificación 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 Certificación de Calidad de la Atención o de Certificación de las Unidades Médicas, funcionan-

do en los Estados Unidos de Norteamérica, instituciones que otorgan esta certificación a solicitud de los interesados (46, 47 y 82).

En México en 1999, se creó la Comisión Mexicana de Certificación de Hospitales, dependiente del Consejo de Salubridad General, por acuerdo del Secretario de Salud (83), cuya misión es certificar a hospitales que garanticen una atención médica de calidad, conforme a los criterios marcados por la propia Comisión.

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 consolidado 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).

En 1998, el Instituto Mexicano del Seguro Social estructuró en estrecha coordinación con el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, el Plan Integral de Calidad, dirigido esencialmente a satisfacer las expectativas de usuarios a través de cinco Programas Estratégicos: Oportunidad de la Atención en Medicina Familiar, Oportunidad de la Atención en Urgencias, Oportunidad de la Atención en Consulta de Especialidades, Oportunidad de la

Atención en Cirugía y Suficiencia en el Surtimiento de Medicamentos en las Farmacias.

En 1999, con la participación de la Fundación Mexicana para la Calidad Total el Instituto Mexicano del Seguro Social instituyó el "Premio de Calidad IMSS" (84), para reconocer a sus unidades médicas, administrativas y de prestaciones sociales su desempeño con calidad, con base a criterios determinados por la Fundación Mexicana de Calidad Total.

Se presenta un modelo de certificación en congruencia con la metodología de evaluación de calidad de la atención médica desarrollada en este libro, sin embargo es importante hacer patente el hecho de que la Certificación de Hospitales es competencia de la Comisión Mexicana de Certificación de Hospitales por disposiciones oficiales publicadas en el Diario Oficial de la Federación.

CERTIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

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 oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de sus necesidades de salud, de sus expectativas, las del prestador de servicios y las de la institución" (70) (Ver capítulo III).

Políticas

- La certificación de la calidad se hará en forma objetiva mediante la aplicación de los criterios de calidad establecidos.
- La certificación 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 certificación 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 certificación 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 Certificación

- Para la certificación de la calidad de la atención se incluyen los parámetros inherentes al proceso, resultados de la atención médica y satisfacción del usuario (formato FCAM-68).
- Para la certificación de la unidad médica deben incluirse como factores adicionales los parámetros que contienen las expectativas del trabajador y de la institución (formato FCAM-69).

Los aspectos que están enlazados con la certificación 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 Cualitativos

Certificación 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 FCAM - 70

Conclusión

Debemos tener en cuenta el riesgo que implica la realización de un proceso de certificación 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 certificación al cumplimiento de requisitos que pudieran ser accesibles o no.
- La negativa de una certificación 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 certificación.
- En relación a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, dedicadas al otorgamiento de atención médica, la posibilidad de no otorgar una certificación, 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 certificación 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".

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

ELEMENTOS A EVALUAR

ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

ESTRUCTURA	E	S	I	N	I
RECURSOS FÍSICOS					
.Instalaciones					
.Tecnológicos					
.Mobiliario					
.Instrumental					
.Insumos					
PERSONAL DE SALUD					
.Número					
.Selección					
.Capacitación					
.Actualización					
PROCESO	E	S	I	N	I
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A TRAVÉS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO					
EVALUACIÓN, GARANTÍA Y MEJORAMIENTO DE CALIDAD					
.Comité de Calidad y Eficiencia					
.Subcomités Médico-Asistenciales					
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA					
.Inducción al puesto					
.Capacitación					
.Actualización					
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MEDIANTE VISITA A LAS ÁREAS					
SATISFACCIÓN DEL USUARIO					
RESULTADOS	E	S	I	N	I
CAPACIDAD RESOLUTIVA					
MORBILIDAD					
MORTALIDAD					

**ELEMENTOS A EVALUAR
ACREDITACIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA**

FACTORES ADICIONALES

ESTRUCTURA	E	S	I	N	I
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA .Formación de recursos humanos para la salud* .Difusión* .Investigación y publicación de trabajos*					
PROCESO	E	S	I	N	I
SATISFACCIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS*					
RESULTADOS	E	S	I	N	I
CUMPLIMIENTO DE PROGRAMAS OPERATIVOS* QUEJAS* EFICIENCIA* COSTOS DE OPERACIÓN*					
*Afectan exclusivamente a la acreditación de la Unidad Médica.					

DICTAMEN DE ACREDITACIÓN

DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	E	S	I	N	I
ESTRUCTURA					
PROCESO					
RESULTADO					
ACREDITACIÓN					
EXCELENTE					
SUFICIENTE					
NO ACREDITADO					
DE LA UNIDAD MÉDICA					
	E	S	I	N	I
ESTRUCTURA					
PROCESO					
RESULTADO					
ACREDITACIÓN					
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 82), 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) así como el incremento de la eficiencia y calidad de los procesos que se encuentre por abajo de los estándares esperados (54, 62, 70) para enfocarse después rumbo a CALIDAD TOTAL (85-87).

No obstante, Luigi Valdez en su libro (88) plantea la evolución del concepto de calidad en cuarta generación: el control de calidad por inspección, el aseguramiento de la calidad, el proceso de calidad total, la mejora continua, la reingeniería y la calidad total y una sexta generación con base en el liderazgo, el desarrollo capital intelectual de los participantes, la flexibilidad y el valor agregado.

En 1999, los principios del Premio Nacional de Calidad y de la Calidad Total fueron aplicados en el proceso de Premio de Calidad IMSS, con una nutrida participación de más de 300 unidades médicas, administrativas, guarderías, tiendas y centros vacacionales, con excelentes resultados (84).

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 mas 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 más 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 (85,86), 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:
 - espíritu 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

diagrama de pareto, diagrama de causa efecto, gráfica de estratificación y gráficas de dispersión, etcétera.

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
BIBLIOGRÁFICAS**

1. ORGANIZACIÓN 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. SECRETARÍA DE SALUD: Programa Nacional de Salud, 1984-1988, México. Diario Oficial de la Federación, 9 de agosto de 1984.
4. SECRETARÍA DE SALUD: Programa Nacional de Salud, 1990-1994, México.
5. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: Sistemas Locales de Salud. Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias Tipo. Primera Reunión Nacional. Cocoyoc, Morelos. México, 1989.
6. ORGANIZACIÓN 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. SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA: 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. SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. DIRECCIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL: Mecanismos de Integración Sectorial, 1983; 5:32.
10. SECTOR SALUD, GRUPO BÁSICO INTERINSTITUCIONAL DE EVALUACIÓN: 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. SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA. 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. SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA. 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. SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA. 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. SECRETARÍA DE SALUD. GRUPO BÁSICO INTERINSTITUCIONAL DE EVALUACIÓN: Cuadro Básico de Indicadores para la Evaluación de la Salud. México, 1990.
18. SECRETARÍA DE SALUD. GRUPO BÁSICO INTERINSTITUCIONAL DE EVALUACIÓN: Norma Técnica para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. México, 1990 (no publicada).
19. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO: 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 J.A.M.A., 1988; 260:1743.
22. CÁRDENAS 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. SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA: Auditoría Médica. Bol. Médico I.M.S.S. 1960 (Supl. 6): 19.
24. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA: Auditoría Médica. Instrucciones Médicas y Médico-Administrativas, 1962.
25. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA: Evaluación Médica. Instrucciones, México, 1972.
26. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA: El Expediente Clínico en la Atención Médica. Instrucciones, 1973.
27. INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO. SUBDIRECCIÓN MÉDICA: 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. DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS: Auditoría Médica, 1982.

30. GONZÁLEZ MONTESINOS, F.: Evaluación de la Asistencia Médica. III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, Panamá 12-18 de noviembre de 1972.
31. PÉREZ ÁLVAREZ, J.J.: Evaluación Médica. Bol. Médico I.M.S.S., 1974; 16:281.
32. GONZÁLEZ MONTESINOS, F.; PÉREZ ÁLVAREZ, 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.; GONZÁLEZ MONTESINOS, F.; PÉREZ ÁLVAREZ, 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. HERNÁNDEZ BRITO, O.M.; LEE RAMOS, A.F.; PÉREZ ÁLVAREZ, J.J.; GONZÁLEZ 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.; GONZÁLEZ MONTESINOS, F.; PÉREZ ÁLVAREZ, 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.; PÉREZ ÁLVAREZ, J.J.; LEE RAMOS, A.F.; GONZÁLEZ 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.; LIMÓN DÍAZ, R.; GONZÁLEZ MONTESINOS, F.; LEE RAMOS, A.F.; PÉREZ ÁLVAREZ, 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. HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, F.; MOGOLLAN CUEVAS, R.; ELIZALDO GALICÍA, H.; PÉREZ ÁLVAREZ, J.J.; LEE RAMOS, A.F.; GONZÁLEZ

- 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. ENRÍQUEZ 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 PÉREZ, 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 CHÁVEZ, M.; MARTÍNEZ NARVÁEZ, G.; CALVO RÍOS, J.M.; AGUIRRE GAS, H.; ARANGO ROJAS, R.; LARA CARREÑO, R.; CAMINOS CHÁVEZ, M.I.; ORTÍZ 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.; MELÉNDEZ COLÍNDRES, 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. DURÁN GONZÁLEZ, 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 CALDERÓN, 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. TENNESSEE ASSOCIATES INTERNATIONAL, MANAGING FOR CONTINUOUS IMPROVEMENT. Curso para el Proceso de Calidad IMSS. México, 1990.
66. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. LEY DEL SEGURO SOCIAL. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION. Diciembre 21 de 1995.
67. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, PLAN INTEGRAL DE CALIDAD. México, 1998.
68. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, Sistema de Evaluación y Reconocimiento PREMIO IMSS DE CALIDAD. México, 1999.
69. AGUIRRE GAS, H. Calidad de la Atención Médica. Programa de Mejoramiento Continuo Aplicado a 42 Unidades Médicas de Tercer Nivel

- de Atención: 1992-1994 y su comparación con 1983-1984. Rev. Méd. IMSS, Vol. 37,6,1999.
70. AGUIRRE GAS, H., Administración de la Calidad de la Atención Médica. Rev. Med. IMSS. (Mex); 35(4): 257-264, 1997.
 71. TREVIÑO G.M.N., Valle G.A., Fierro H.H., De la Loza S.A., Indicadores de Servicios de Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. Subdirección General Médica. México 1994.
 72. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Modelo Moderno de Atención a la Salud. México 1994.
 73. SECRETARÍA DE SALUD. Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico 168-SSA1-1998. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION, Diciembre 7, 1998.
 74. 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.
 75. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA: Comités Médico-Asistenciales, México, 1981.
 76. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA: Instructivo de Organización y Procedimientos del Comité de Detección, Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias, México, 1984.
 77. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA. JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN: Instructivo de Investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1986.
 78. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA. JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN: Instructivo para el Registro, Control y Evaluación de

- los Proyectos de Investigación a través del Sistema Automatizado de Información, México, 1984.
79. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA. JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN: Instructivo de Operación para el Manejo del Fondo para Fomento de la Investigación, México, 1986.
 80. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA. JEFATURA DE SERVICIOS DE CENTROS MÉDICOS Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD: Sistema de Evaluación Integral de las Unidades Médicas, México, 1983.
 81. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA. JEFATURA DE SERVICIOS DE HOSPITALES: Evaluación Sistemática de los Hospitales Generales de Zona, México, 1983.
 82. JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HOSPITALS: Manual de Acreditación de Hospitales, México, 1991.
 83. LEY GENERAL DE SALUD, Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General. Programa Nacional de Certificación de Hospitales. Acuerdo del 25 de marzo de 1999.
 84. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Sistema de Evaluación y Reconocimiento "Premio IMSS de Calidad". México 1999.
 85. FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA CALIDAD TOTAL. Monografías 4. El Premio Nacional de Calidad, México, 1991.
 86. FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA CALIDAD TOTAL. Monografía 5. Memorias del Segundo Congreso Internacional de Calidad Total, (Primera parte), México, 1991.
 87. ESPONDA, A.: Calidad Total. Una Vida Mejor. Expansión, junio 1991: 73-81.
 88. VALDEZL. Conocimiento es Futuro. Hacia la Sexta Generación de los Procesos de Calidad. Décima edición. CONCAMIN. Centro para la Calidad Total y la Competitividad. México 1998.

LA EDICIÓN, COMPOSICIÓN, DISEÑO E IMPRESIÓN DE ESTA OBRA FUERON REALIZADOS
BAJO LA SUPERVISIÓN DE GRUPO NORIEGA EDITORES.
BALDERAS 95, COL. CENTRO, MÉXICO, D.F. C. P. 06040
1208940000802529DP92001E