

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.

Calidad, elemento esencial de la Seguridad Social

Alejandro Sotomayor Gallardo

Conferencia Interamericana
de Seguridad Social

Serie Estudios

55



Secretaría General

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Mario Luis Fuentes Alcalá
Presidente

María Elvira Contreras Saucedo
Secretaría General

Luis José Martínez Villalba
Director del CIESS

Coordinación Técnica de la Secretaría General

Ma. del Carmen Alvarez Garcia
José Alberto Cabrera García
Ana Luz Delgado Izazola
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 su(s) autor(es) y no refleja necesariamente la posición de la CISS. Está permitida la reproducción total o parcial de su contenido sólo con mencionar la fuente.

Derechos reservados conforme a la ley

ISBN 968-7346-83-3

***Calidad,
elemento esencial de
la Seguridad Social***

Dr. Alejandro Sotomayor Gallardo

Mexicano. Cursó la carrera de Medicina en la Universidad Nacional Autónoma de México y se especializó en Medicina Familiar en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se desempeñó como médico en los servicios de urgencias y como médico familiar tanto en unidades médicas de campo como en unidades del ámbito urbano. En 1979 realizó una maestría en Salud Pública en la Escuela de Salud Pública de México. A partir de 1980 inició actividades en el área administrativa del Instituto Mexicano del Seguro Social donde ha ocupado cargos como Jefe de la Oficina de Medicina Familiar de la Jefatura de Supervisión y Control del Área Médica; Jefe del Departamento Médico de la Jefatura de Servicios de Medicina Familiar; Jefe del Departamento de Fomento de la Salud de la Jefatura de Servicios de Atención Primaria de la Salud; Jefe del Departamento de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles de la Jefatura de Servicios de Salud Pública; Asesor Técnico del Programa de Fomento de la Salud ante las Adicciones y Asesor Técnico del Programa de Atención Integral a la Diabetes Mellitus de la Coordinación de Salud Comunitaria y actualmente Jefe de Área y Asesor Técnico del Programa de Atención al Adolescente de la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Ha participado en diversos cursos y seminarios relacionados con la calidad de la atención médica y de 1993 a 1999 se ha hecho acreedor al Reconocimiento del Director General por su desempeño y alto espíritu institucional. Es Socio Fundador de The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners Family Physicians y de la Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud. Ha sido Secretario del Comité de Normas del Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar y es Miembro Activo de la Sociedad Mexicana de Salud Pública.

Calidad, elemento esencial de la Seguridad Social

Autor

Alejandro Sotomayor Gallardo

Coordinación Editorial

Rubén Sotomayor Gallardo

Serie Estudios 55

Conferencia Interamericana de Seguridad Social
Secretaría General

Apoyotécnico:
Arcelia Martínez Ramos

INDICE

PRESENTACION	..... 7
PROLOGO	..... 9
CAPITULO I Panorama de la Calidad de la Atención	..... 11
CAPITULO II Los Derechohabientes y la Ley del Seguro Social	..... 27
CAPITULO III La Formación de Profesionales de la Salud	..... 33
CAPITULO IV Selección de Personal e Inducción al Puesto	..... 45
CAPITULO V Area Física, Equipamiento e Insumos	..... 55
CAPITULO VI Normatividad	..... 63
CAPITULO VII Capacitación	..... 71
CAPITULO VIII Supervisión y Asesoría	..... 79
CAPITULO IX Reconocimientos y Sanciones	..... 85
CAPITULO X Evaluación del Impacto en Salud	..... 93

CAPITULO XI	
Evaluación de la Satisfacción de Prestadores y Usuarios	..... 99
CAPITULO XII	
Contención de Costos	..... 121
CONCLUSIONES	..... 129

Presentación

El Estado Mexicano constituido a partir de 1917, ha tenido el indeclinable compromiso de procurar el bienestar para los más desprotegidos, promover el desarrollo integral y crear condiciones de igualdad de oportunidades. Para dar cumplimiento a esto, a partir de la Revolución Mexicana se han construido instituciones de seguridad social.

El Instituto Mexicano del Seguro Social se ha destacado por los grandes esfuerzos que ha realizado en beneficio de los trabajadores y sus familias; sin embargo a pesar de que es indudable que mucho se ha logrado en este sentido, hace 4 años, con fundamento en la fracción I del Artículo 71 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y como una iniciativa para ampliar, fortalecer y modernizar la seguridad social mexicana, se sientan nuevas bases para garantizar el bienestar de la población en la Nueva Ley del Seguro Social.

De esta manera, la obligación estatal de contribuir de un modo más efectivo en el desarrollo nacional, coincide con la necesidad de enfrentar las complejas circunstancias y de resolver urgentemente la necesidad de adecuarse al cambio demográfico; de responder a la transición epidemiológica y satisfacer las crecientes demandas de mayor eficiencia en el uso de los cuantiosos recursos que se le confían para convertirlos en servicios y prestaciones. Con ello se espera superar insuficiencias con la firme voluntad de dar plena vigencia a sus principios y filosofía originales.

Todo eso hace impostergable emprender los cambios necesarios para fortalecer al Instituto y darle viabilidad en el largo plazo. Un elemento es esencial para acrecentar no sólo su cobertura y productividad, sino el bienestar de la población que atiende. Este elemento es la calidad que desde su surgimiento, el Instituto ha buscado afanosamente.

Esta publicación pretende animar a continuar con este esfuerzo y propone de una manera sencilla y clara algunas ideas para que el otorgamiento de los servicios sea más oportuno, eficiente, satisfactorio y efectivo, con lo que estaremos en posibilidades de garantizar un mejor estado de salud en la población derechohabiente al iniciarse el nuevo milenio.

Lic. María Elvira Contreras Saucedo
Secretaria General de la CISS

Prólogo

La calidad de los servicios de salud se ha convertido en una prioridad para la seguridad social. Algunos de los motivos son:

- Cambios epidemiológicos y demográficos
- Incremento en la demanda de servicios
- Mayor exigencia de los usuarios
- Escasez de recursos y
- Altos costos de la atención

Si bien se ha avanzado en la ampliación de la cobertura de los servicios, todavía hay mucho rezago en otros atributos como son:

- La calidad de la atención
- La equidad y
- La eficiencia

Es un hecho indiscutible que en los últimos veinte años, para lograr mejores resultados sin gastar más, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se ha incrementado notablemente el interés, no sólo por “el saber” sobre la calidad, sino también por “el hacer” en favor de ésta.

Para comprender mejor porqué la calidad es un elemento fundamental para la seguridad social es conveniente recordar que si los servicios dirigidos a mantener o recuperar la salud fallan, la trascendencia de dicha falla, reflejada en el costo social y económico que ocasiona será enorme.

Dicho de otra manera, cuando un producto no funciona correctamente, podemos solicitar su reposición y no nos afectará mayormente; lo mismo puede suceder con muchos servicios que si no nos convencen, podemos exigir una nueva atención hasta nuestra total satisfacción.

¿Pero qué sucede cuando un servicio de salud no es otorgado con oportunidad y con la calidad necesaria?

Cuando un servicio de salud no se recibe oportunamente o con la calidad técnica y humana correspondiente, el resultado no es tan solo un enojo o una pérdida de tiempo. Las consecuencias pueden ir desde un agravamiento

agudo del problema de salud, hasta complicaciones serias, secuelas y muerte.

Por eso los servicios de salud deben tener ciertas particularidades:

- Estar cerca de la población
- Tener el mínimo de recursos para atender los problemas de salud más frecuentes
- Proporcionarse con prontitud, al menos para una valoración inicial
- Ser de buena calidad técnica y brindarse con gusto y trato amable
- Satisfacer a los usuarios

Si falta alguna de estas condiciones, la probabilidad de una evolución desfavorable del problema de salud se incrementará.

Por ello, garantizar la oportunidad y calidad de la atención médica es un objetivo prioritario en la planeación de cualquier servicio de salud que se oferte, y dentro de la seguridad social, es un elemento esencial.

Dr. Mario Madrazo Navarro
Director de Prestaciones Médicas del IMSS

CAPITULO I

PANORAMA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Situación en el mundo

En los últimos años, han surgido en varias partes del mundo una serie de movimientos para mejorar la calidad de los procesos destinados a la elaboración de productos industriales. A manera de ejemplo citaremos las Evaluaciones y Auditorías, los Círculos de Calidad, el Mejoramiento Continuo de la Calidad, la Gestión Total de la Calidad, el ISO-9000, los 14 puntos de Deming, la Trilogía de Juran y otros enfoques sobre la calidad, como el de la reingeniería, que es el más reciente. ⁽¹⁾

Tantos enfoques han confundido a los sectores que proporcionan servicios, sobretudo al sector salud que ha tenido dificultad para definir, conceptualizar y unificar términos en torno a la calidad de la atención médica tales como:

- Accesibilidad
- Disponibilidad
- Trato
- Equidad
- Oportunidad
- Calidad técnica
- Satisfacción
- Eficiencia
- Efectividad

A pesar de todo, los métodos industriales también pueden aplicarse en el sector salud, ya que las causas que generan un detrimento en la calidad de los servicios son comunes a cualquier tipo de organización.

Situación en las Américas

Con base en la premisa anterior, el sector de la salud en América Latina y el Caribe ha sido protagonista de un buen número de innovaciones para reforzar los sistemas de atención. Se ha dado énfasis en el concepto de salud integral y satisfacción de los usuarios de servicios y se han creado nuevos modelos

⁽¹⁾ Gilmore C.M. Manual de gerencia de la calidad. Serie HSP-UNI Manuales operativos PALTEX. OPS/OMS, Washington D.C., 1996; 3 (9): 149-156.

operacionales que permiten una mayor cobertura, equidad, calidad y eficiencia que actualmente son prioridad en todas las instituciones sanitarias.

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, evaluó el impacto de dichos modelos a través de una investigación con proveedores de servicios y la comunidad usuaria de los mismos en los países líderes en sistemas locales de salud como México, Bolivia, Brasil, Colombia, Haití y República Dominicana entre otros. Los principales problemas identificados fueron: ⁽²⁾

- Deficiencias en la coordinación intra y extrasectorial
- Sistemas administrativos ineficientes
- Escaso aprovechamiento de la información existente para la adopción de decisiones
- Insuficiente normatividad
- Conocimientos técnicos limitados
- Necesidad de capacitación permanente de los recursos humanos
- Suministro inadecuado de material de curación, medicamentos, reactivos y otros insumos
- Deficiencias en el mantenimiento de instalaciones y equipo
- Resistencia a la descentralización de la autoridad para tomar decisiones en el nivel local
- Falta de motivación y de preparación para trabajar en equipo
- Desconocimiento de las técnicas de evaluación de la calidad

Estos resultados nos muestran un aspecto general del problema, cada punto señalado tiene una larga cadena causal todavía pendiente de descubrir.

Situación en México

El México moderno no puede explicarse sin instituciones de seguridad social, entre las que destacan de manera fundamental, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas

⁽²⁾ Acciones integradas en los sistemas locales de salud: análisis conceptual y apreciación de programas seleccionados en América Latina. Cuaderno Técnico No. 31. OPS/OMS, Washington, D.C., 1990.

Armadas Mexicanas, y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Es innegable que la implementación de una larga cadena de unidades médicas, de formación de recursos y de miles y miles de acciones, han sido y son indispensables para prestar atención a la salud a más de dos terceras partes de la población mexicana; sin embargo ha resultado difícil evaluar la calidad de todo este quehacer. La evaluación cuantitativa de las acciones expresada en cifras absolutas o relativas de acuerdo a metas programadas ha sido la forma usual, pero evaluar la calidad de los procesos o el impacto de las acciones se ha dificultado y por ende no se ha realizado con la profundidad que se debiera ⁽³⁾.

En México, desde 1984, con la introducción del concepto de garantía de calidad se han realizado numerosos esfuerzos en el sector salud para mejorar la calidad de los servicios de atención médica. Para ello se han desarrollado diversas estrategias en instituciones como el Instituto Nacional de Perinatología y el Instituto Nacional de Salud Pública, ambos de la Secretaría de Salud. ⁽⁴⁾

La experiencia obtenida, ha permitido concluir lo siguiente:

- La monitoría es un elemento fundamental para reconocer las desviaciones en el desempeño y
- La capacitación permanente del personal, favorece la mejora continua de dicho desempeño

Para la monitoría se ha planteado, la necesidad de elaborar y difundir indicadores a partir de variables o atributos que puedan ser observables y medibles. A cada indicador se le asigna un valor óptimo que corresponde a su estándar y que permite comparar lo observado con lo esperado. Quien define el estándar es el usuario de los servicios.

Los indicadores que tradicionalmente se han manejado son los de estructura, proceso y resultado, según se refieran a:

⁽³⁾ Longu D.R., Bohr D., Quantitative methods in quality management. American Hospital Association. Chicago, USA; 1991.

⁽⁴⁾ Ruelas BE, Reyes ZH, Zurita GB. Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. Salud Pública de México 32 (1); 1990.

- Recursos y su organización
- Características de los servicios que se brindan a la población o
- Los cambios que se obtienen a partir del otorgamiento de dichos servicios

En términos generales, las diversas instituciones que conforman el sector salud se han mostrado preocupadas por mejorar la calidad de sus servicios y en las estrategias adoptadas, el común denominador ha sido lograr la satisfacción de los usuarios.

La metodología utilizada más frecuentemente para la mejora de la calidad de los servicios de salud, se basa en los siguientes pasos:

- Definir lo que el usuario espera de dichos servicios
- Medir cómo se otorgan
- Identificar si existe una variación entre lo que se espera y lo que realmente ocurre
- Determinar las causas de la variación
- Proponer soluciones viables
- Dar seguimiento a la ejecución de las propuestas
- Evaluar resultados

Las iniciativas para aplicar esta metodología no se hicieron esperar y en 1987, un grupo interinstitucional de trabajo conformado por representantes de la Secretaría de Salud, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y del Instituto Mexicano del Seguro Social, elaboró el documento “Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud”.⁽⁵⁾

El orden de los pasos se cambia y en dicho documento se recomienda primero, evaluar la calidad de la atención médica a partir de la revisión del expediente clínico, visitas a las áreas de la consulta externa, urgencias, hospitalización y cirugía y posteriormente, aplicar cédulas de encuesta tanto a usuarios como a prestadores de los servicios.

⁽⁵⁾ Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. Sector Salud, Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación, Secretaría de Salud, México; 1987.

A partir de una serie de parámetros numéricos, se proponen los siguientes juicios de valor, que según este grupo de trabajo, son considerados útiles para discriminar el grado de calidad de los diferentes conceptos evaluados:

- Excelente
- Suficiente
- Insuficiente
- No realizado
- Inadecuado
- No evaluable

Desgraciadamente estos intentos no pasaron de ser meras recomendaciones y en el mejor de los casos, su aplicación y seguimiento se vio interrumpido con los cambios de administración.

Para identificar las expectativas y necesidades reales de los usuarios de los servicios y en qué grado éstas han sido satisfechas, se han efectuado numerosas encuestas, tanto en las instituciones de seguridad social, como en las públicas y privadas.⁽⁶⁾ Algunas de estas mediciones han tenido el propósito de documentar los estándares para la construcción de los indicadores de desempeño en cada una de estas organizaciones; sin embargo la medición para conocer si dichos indicadores se cumplen no ha sido posible.

Situación en el Instituto Mexicano del Seguro Social

En el Instituto Mexicano del Seguro Social en repetidas ocasiones se ha evaluado el sistema de atención médica para tener una idea más o menos clara de la calidad de los servicios.

Los procedimientos utilizados han ido desde la simple revisión de notas en los expedientes clínicos hasta exhaustivas auditorías médicas para conocer el grado de aplicación de las normas en el proceso de la atención médica.

En paralelo a los distintos diagnósticos elaborados a partir de estas evaluaciones, se ha intentado implantar estrategias que permitan modificar

⁽⁶⁾ Alvarez G.M.C., La Seguridad Social en México. Serie monográfica 4 CISS, México, 1995.

en sentido favorable las desviaciones encontradas. Algunas de éstas han sido, "Círculos de Desarrollo", "Mejora Continua de la Calidad", "Calidad Total", "Aseguramiento de la Calidad en ISO-9000", "Premio García Téllez" y recientemente "Premio IMSS de Calidad".

Círculos de Desarrollo

"Círculos de Desarrollo" pretendía, que grupos de personas se reunieran periódica y voluntariamente con el fin de identificar, analizar y resolver problemas de su área laboral y mejorar la calidad de su trabajo. Se esperaba que los círculos promovieran el cambio y el desarrollo de todos los trabajadores, y fomentaran su participación. ⁽⁷⁾

Los objetivos de los "Círculos de Desarrollo" eran:

- Reducir los errores y mejorar la calidad
- Propiciar el trabajo de grupo
- Fomentar mayor participación en el trabajo
- Desarrollar habilidades para resolver problemas
- Crear la actitud para prevenir los problemas
- Desarrollar buenas relaciones entre jefes y subordinados
- Promover el desarrollo personal y grupal y
- Promover la reducción del costo de operación y el cuidado de los recursos del Instituto

Las técnicas que estos "Círculos de Desarrollo" utilizaban eran:

- Tormenta de ideas
- Recopilación de datos
- Análisis de decisión con el método de Pareto y
- Análisis de las causas y efectos del problema

Mejora Continua de la Calidad

"Mejora Continua de la Calidad" buscaba dentro de la estructura Institucional existente en ese momento, una mejor administración de los procesos, por

⁽⁷⁾ Ishikawa K., Círculos de calidad, Adaptación del Instituto Mexicano del Seguro Social; 1986.

aquellos que eran considerados “dueños” de los mismos. Requería como primer requisito de la concienciación de la alta dirección, la cual predicaría con el ejemplo,⁽⁸⁾ y posteriormente se trabajaría para el logro sostenido de niveles de calidad en donde los defectos y errores serían menores que en el pasado.

Los objetivos que se deseaban alcanzar eran:

- Administrar los procesos en equipo
- Lograr la participación de todos
- Superar permanentemente los servicios
- Mejorar la satisfacción de necesidades y expectativas de los usuarios

Las herramientas que se utilizaban para el análisis de los procesos eran:

- El modelo PEPSU (Proveedor, Entrada, Proceso, Salida, Usuario)
- La recolección de información
- El diagrama de flujo
- El trabajo en equipo
- Las gráficas de control
- El diagrama de Ishikawa en espigas de pescado
- La Tormenta de ideas y
- El diagrama de Pareto

Para la Mejora Continua, se contemplaba la necesidad de desarrollar encuestas con los usuarios de los servicios para confirmar los criterios de adecuación al uso.

Calidad Total

“Calidad Total” hacía alusión a la voluntad de todos los integrantes de la Institución para ofrecer servicios de calidad y lograr la plena satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios.⁽⁹⁾

⁽⁸⁾ Managing for continuous improvement. The leadership program in managing for consistency. Tennessee Associates International, U.S.A., 1990.

⁽⁹⁾ Control total de calidad, XXIV Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social, Acapulco, Guerrero; México; 1992.

Su objetivo era:

- Lograr la calidad en todas partes y por todos

Las etapas para cumplir con esta política de Calidad Total fueron:

- Hacer un diagnóstico de las debilidades y fortalezas
- Proponer un plan fundamentado en las necesidades de los usuarios
- Identificar líderes para que lo pusieran en marcha
- Prever como afrontar las debilidades y superarlas
- Efectuar una prueba piloto
- Evaluar antes y después de la estrategia para saber si se dio un cambio favorable
- Adecuar lo necesario y ampliar la implantación de la estrategia

Algunas de las herramientas que esta estrategia utilizaba para plantear los problemas de calidad eran:

- Investigación de datos (encuestas, hojas de cotejo)
- Gráficos para presentar los datos (polígono de frecuencias, histograma, pastel, columnas, gráficas de control)

Algunas herramientas para analizar y resolver los problemas de no calidad eran:

- Diagrama causa efecto en espigas de pescado
- Tormenta de ideas
- Diagrama de Pareto
- Cuadro de decisión de criterios ponderados

Se hacía hincapié en la necesidad de iniciar la estrategia en la cúspide de la organización.

Aseguramiento de la Calidad en ISO-9000

“Aseguramiento de la Calidad en ISO-9000” se refería al conjunto de acciones planificadas y sistemáticas necesarias para proporcionar la confianza

adecuada en que el servicio dejaría satisfechos los requisitos dados sobre la calidad.⁽¹⁰⁾

Su objetivo era:

- Elaborar y vigilar el cumplimiento de las normas para garantizar que los servicios cumplieran con los criterios destinados a mejorar la calidad y la satisfacción de los usuarios

El plan de calidad se fundamentó en la elaboración, difusión y evaluación de uso y utilidad de los siguientes documentos:

- Manual de calidad
- Procedimientos
- Instrucciones de trabajo y
- Registros

Se esperaba que después de difundirse los documentos anteriores se realizaran auditorías que presentaran las desviaciones, las medidas correctivas y los plazos para su resolución. La estrategia contemplaba además, que en caso de no encontrarse desviaciones se otorgaría la acreditación del sistema de calidad.

Premio García Téllez

“Premio García Téllez” fue una idea que surgió para fomentar una mayor participación de los trabajadores en la mejora de los servicios que se otorgan a la población derechohabiente. El eslogan que se promovía era “Que los trabajadores propongan mejoras en su trabajo”.

El objetivo de esta estrategia era:

- Lograr que donde se generan los problemas, surjan las soluciones

Se fundamentaba en que nadie conoce mejor las causas y la solución de los problemas, que quien tiene que afrontarlos.

⁽¹⁰⁾ Administración de la calidad y elementos del sistema de calidad. Parte 2. Directrices para servicios. NMX-CC-006/2: 1995.

Premio IMSS de Calidad

“Premio IMSS de Calidad” es una iniciativa que pretende apoyar al objetivo del Plan Integral de Calidad y consiste en reconocer y premiar los esfuerzos y logros de calidad en las áreas de trabajo. Busca orientar los servicios de salud hacia un enfoque preventivo, que tome más en cuenta al usuario y mantenga una actitud de mejora continua.

El Plan Integral de Calidad es una apuesta hacia los trabajadores de la Institución, es abrir la válvula de la participación para que demuestren su ingenio, sus ideas, su actitud crítica, propositiva, para que así surjan nuevas y mejores maneras de hacer las cosas.⁽¹¹⁾

El objetivo de este premio es:

- Impulsar los procesos de mejora continua para fortalecer la estrategia de modernización del Instituto

Los criterios de evaluación en torno al proceso de mejora continua son:

- Calidad centrada en crear valor a los derechohabientes
- Liderazgo
- Desarrollo del personal con enfoque de calidad
- Administración de la información
- Planeación
- Administración y mejora de procesos
- Impacto en la sociedad
- Resultados del valor creado para el derechohabiente

Resultados obtenidos

Los “Círculos de Desarrollo” y la “Mejora Continua de la Calidad” por tratarse de modelos industriales que intentan controlar la variación en las características de los productos y no de los servicios, han requerido tiempo para adecuarlos a los procesos de atención a la salud.

⁽¹¹⁾ Borrego E.G., Rocha L.F., El premio IMSS de calidad. Solidaria (134), Instituto Mexicano del Seguro Social; 1994.

En "Calidad Total" el propósito ha sido, que los servicios de salud tengan poca variabilidad para que respondan a los requerimientos establecidos por nuestros derechohabientes. Se ha buscado, no sólo la satisfacción de los usuarios, sino también de los prestadores de los servicios y de la propia Institución, ya que de otra manera, el costo económico y social sería muy alto.

Sin embargo al evaluar los servicios de salud con indicadores de eficiencia y efectividad, hemos encontrado que a pesar de estos intentos, el costo de la atención se ha incrementado y el impacto en salud y la satisfacción de los usuarios no han sido los esperados.

Como en el Instituto Mexicano del Seguro Social los servicios se producen casi al mismo tiempo en que se reciben, quien detecta si hay calidad o no, no es el supervisor sino el derechohabiente. Por ello, hay que hacer calidad, no controlarla.

Las encuestas de opinión permiten reconocer los requerimientos de nuestros usuarios para normar las características o atributos que los servicios deben tener. Para saber si dichos requerimientos han sido satisfechos, hay que colocarlos en un lugar visible para el prestador y el usuario de los servicios y a través de hojas de cotejo o nuevas encuestas verificar su cumplimiento.

Para el "Aseguramiento de la Calidad en ISO-9000" un auditor diría: ...en esta norma dice que para la detección del cáncer cervicouterino usted debe llenar una cédula, muéstreme la que le aplicó a la paciente que acaba de salir del servicio. Enseguida, el auditor verificaría su llenado.

En esa misma situación, la jefa de enfermeras cotejaría por observación que el personal que realiza la detección se ha asegurado por interrogatorio que la paciente cumple con las condiciones necesarias para realizarle el estudio, que sigue paso a paso el procedimiento normado y que informa sobre la fecha o el medio en que se dará a conocer el resultado de la detección.

El informe del auditor y del supervisor puede ser en sentido favorable, es decir que se cumple con la normatividad; sin embargo, una encuesta de opinión aplicada a la usuaria al momento de salir del servicio podría mostrar que:

- El resultado de la citología del año anterior todavía no se le ha comunicado

- Es la tercera ocasión que en este año solicita el estudio, anteriormente no se le había efectuado pues no había material
- La lastimaron y ella piensa que o el espejo era muy grande o no lo lubricaron
- Cuando intentó protestar la señorita la regañó
- No entendió cuándo estarán los resultados
- Le dijo a la enfermera que desde hace mucho tiene flujo y no le hizo caso

Cuando se dispone de esta información es necesario reunirse con el personal responsable del proceso y comunicarle con qué indicadores será evaluado, determinar las causas de la desviación, corregir y efectuar un seguimiento para conocer si el problema se modificó en sentido favorable.

Este ejemplo demuestra que con frecuencia creemos que por el hecho de encontrar un formato debidamente requisitado o por cumplir con ciertas normas técnicas, existe calidad en el servicio; sin embargo esto significa únicamente que ciertos requerimientos de la Institución han sido satisfechos, no así los de los derechohabientes usuarios.

Prevenir más o curar mejor son sólo propuestas de mejora. A menos que exista un nuevo procedimiento de prevención, diagnóstico y tratamiento, se tenga la seguridad de que ha sido incorporado al quehacer cotidiano y se tenga la evidencia de que su desarrollo satisface las necesidades del usuario, del prestador de servicios y de la Institución, este deseo no pasará de ser sólo una política más de salud.

Toda propuesta para mejorar la calidad de la atención, debe contemplar una información permanente, clara y sencilla sobre las medidas anticipatorias a los daños, para que la población conozca y comprenda el proceso salud-enfermedad y asuma la responsabilidad que le corresponde en la prevención, curación y rehabilitación de éstos. Debe quedar claro también, que la salud no depende exclusivamente de las acciones médicas sino de una coordinación entre todos los sectores que al ampliar la cobertura y calidad de sus servicios y converger en una mejora de la calidad de vida, redundará en un mayor bienestar desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

En este sentido y en un afán por buscar las soluciones en los sitios en donde se generan los problemas, se instituyó el "Premio García Téllez". Desgraciadamente perdió su vigencia con un cambio de administración.

Recientemente, el Instituto elaboró un Plan Integral de Calidad (PIC), que se sustenta en la estrategia de unir esfuerzos entre la Institución y su Sindicato en torno a la desconcentración institucional, para elevar la calidad de los servicios. En dicho Plan se estableció el "Premio IMSS de Calidad" que contempla nuevamente las propuestas de la base trabajadora como materia prima para la construcción de modelos que permitan elevar la calidad de los servicios en un ambiente de trabajo más satisfactorio y eficaz. Se busca entre otras cosas, disminuir los tiempos de espera en consulta de medicina familiar y de especialidades, reducir el diferimiento quirúrgico, mejorar el servicio de urgencias y la suficiencia en el abasto de medicamentos y material de curación.

Al inicio del nuevo milenio, las delegaciones cuentan con una estructura y presupuesto para la implantación del Plan y se está desarrollando la fase de sensibilización, a través de la capacitación del personal operativo que intervendrá como facilitador de este proceso.

CAPITULO II

LOS DERECHOHABIENTES Y LA LEY DEL SEGURO SOCIAL

En septiembre de 1942, se celebró la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social en Santiago de Chile, a la cual asistieron delegados de 21 países americanos de la Organización Internacional del Trabajo y de la Oficina Sanitaria Panamericana.

En dicha reunión, se presentó el proyecto de Ley del Seguro Social y una vez aprobada, el 19 de enero de 1943 se publicó por primera vez en el Diario Oficial de la Federación.⁽¹²⁾

A partir de entonces la Ley ha sufrido muchas modificaciones, tanto para ampliar las prestaciones y la cobertura, como para mejorar la calidad de los servicios que otorga.

Es indudable que las prestaciones son cada día mayores y que la cobertura se ha ampliado en forma importante. Baste señalar que al cierre de 1999 el Instituto Mexicano del Seguro Social atendía ya al 57 por ciento de la población total del país, 44 millones 557 mil a través del régimen ordinario, y 11 millones como beneficiarios del Programa IMSS-Solidaridad; su infraestructura era superior a 1800 unidades en el régimen ordinario y más de 3600 en IMSS-Solidaridad; cubría 1 millón 739 mil jubilados y pensionados; recibía en sus 692 guarderías a más de 82 mil niños; asistían diariamente más de 422 mil personas a la consulta externa; se realizaban mas de 5 mil intervenciones quirúrgicas y nacían en sus instalaciones uno de cada tres mexicanos.⁽¹³⁾

Sin embargo, a pesar de sus realizaciones, se debe reconocer que para construir el sistema de seguridad social que requieren hoy los mexicanos y necesitará México en el Siglo XXI, es indispensable corregir deficiencias, superar limitaciones y sentar bases sólidas para avanzar hacia la eficacia plena de los derechos sociales.

La Nueva Ley del Seguro Social busca nuevamente ampliar, fortalecer y modernizar la seguridad social mexicana apegándose a los principios que le dieron origen.

A continuación se transcriben algunos párrafos de los artículos de la Nueva Ley, relacionados con la obligación que tiene el Instituto Mexicano del Seguro Social de brindar servicios de calidad.

⁽¹²⁾ Ley del Seguro Social. Diario Oficial de la Federación del 19 de enero de 1943, México.

⁽¹³⁾ LXXXVI Asamblea General Ordinaria, Instituto Mexicano del Seguro Social. 28 de febrero del 2000.

Garantizar el derecho a la salud

La seguridad social⁽¹⁴⁾ tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud y para ello ofrece los seguros de :

- Riesgos de trabajo
- Enfermedades y maternidad
- Invalidez y vida
- Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez
- Guarderías y prestaciones sociales

(Artículo 2)

Tipos de prestaciones a las que se tiene derecho

Los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social tienen derecho a las siguientes prestaciones:

- Asistencia médica
- Hospitalización
- Medicamentos y material de curación
- Servicios auxiliares de diagnóstico y de tratamiento
- Intervenciones quirúrgicas
- Aparatos de prótesis y ortopedia
- Gastos de traslado del trabajador accidentado y pago de viáticos en su caso
- Subsidios pagados
- En su caso, gastos de funeral
- Indemnizaciones globales en sustitución de la pensión
- Pensión

(Artículo 79)

⁽¹⁴⁾ Ley del Seguro Social, Reformada por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de noviembre de 1996. México.

Forma de prestar los servicios

El Instituto prestará los servicios que tiene encomendados en cualquiera de las siguientes formas:

Directamente a través de su propio personal e instalaciones o indirectamente a través de subsidios, pero siempre bajo la vigilancia y responsabilidad del Instituto.

(Artículo 89)

Calidad en la prestación de los servicios

Cualquier persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión dentro del Instituto, aún cuando fuese por tiempo determinado estará sujeta a las responsabilidades y ética profesionales, buscando alcanzar la excelencia y calidad en la prestación de los servicios y en la atención a los derechohabientes.

El incumplimiento de las obligaciones administrativas que en su caso correspondan, serán sancionadas en los términos de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

(Artículo 303)

Quejas de los usuarios de servicios

El asegurado, sus derechohabientes, el pensionado o sus beneficiarios podrán interponer ante el Instituto queja administrativa, la cual tendrá la finalidad de conocer las insatisfacciones de los usuarios por actos u omisiones del personal institucional vinculado con la prestación de los servicios médicos.

La resolución de la queja corresponderá al Consejo Técnico, a los Consejos Consultivos Regionales, así como a los Consejos Consultivos Delegacionales.

(Artículo 296)

Los Consejos Consultivos

Los Consejos Consultivos Regionales se integrarán en la forma que determine el Consejo Técnico, debiendo estar presentes las representaciones de los trabajadores, de los patrones y del gobierno.

(Artículo 270)

Entre las facultades de los Consejos Consultivos Delegacionales del Instituto están las siguientes:

- Vigilar el funcionamiento de los servicios del Seguro Social en la circunscripción de la delegación y sugerir las medidas conducentes al mejor funcionamiento de los servicios médicos, técnicos, administrativos y sociales a cargo de la misma.

(Artículo 274)

Con la nueva Ley del Seguro Social, ha señalado reiteradamente el Director General de la Institución, está garantizada la permanencia y viabilidad financiera a largo plazo; sin embargo las leyes por sí solas no cambian las cosas, se requiere vigilar su aplicación. Esa es tarea de todos los que trabajamos en esta gran Institución.

Hasta aquí se han resumido los compromisos que legalmente tiene la Institución con la población que ampara y que de alguna manera se relacionan con la calidad de los servicios que otorga; sin embargo no podemos dejar de lado el papel que desempeña el usuario de las prestaciones médicas y sociales, para alcanzar una mayor calidad, eficiencia y efectividad de los mismos. El desconocimiento de cómo obtener los servicios, la prepotencia con que se solicitan y el no cumplimiento de citas, horario o indicaciones médicas, son sólo algunos de los factores inherentes a la población derechohabiente que se asocian con un decremento en la calidad e impacto de la atención.

CAPITULO III

LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Con la llegada del siglo XXI, vence la fecha para cumplir con el compromiso adquirido por México ante la Organización Panamericana de la Salud respecto a la meta "Salud para Todos" incluida en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 del Ejecutivo Federal, en el que se señala la necesidad de una reforma del sistema nacional de salud.

Para la elaboración de dicho Plan, se llevó al cabo una consulta nacional popular a través de 97 foros que comprendieron 516 eventos, en los que se presentaron más de 12,000 ponencias. Además, se recibieron más de 300,000 aportaciones de la población, en los buzones y centros de recepción instalados en todo el territorio nacional.⁽¹⁵⁾

Con esta información se elaboró un diagnóstico para cada capítulo del documento, en el que se precisaron los retos principales y se orientó la formulación de las estrategias generales de acción.

Entre las diversas estrategias generales, se propuso ampliar sustancialmente la dotación de servicios de calidad en salud, educación y vivienda, pues son la base de una vida digna y de un bienestar productivo.

Las instituciones adquirieron el compromiso no sólo de incrementar su cobertura, sino de mejorar la calidad de los servicios mediante su reestructuración.

Un aspecto central del nuevo sistema de salud radicó en estimular la vocación de servicio y garantizar un nivel óptimo de preparación de quienes tienen a su cuidado la salud de millones de mexicanos; sin embargo, la Organización Panamericana de la Salud ha señalado, que en los países que conforman la América Latina y el Caribe aún cuando los programas de garantía de calidad, se enfocan en la mejora técnica de los profesionales de la salud, el uso eficiente de los recursos y la satisfacción del paciente en sus demandas, no han alcanzado las condiciones elementales para una atención médica de calidad.

En México, uno de los factores que limita la calidad en salud, es el tipo de formación que se da a los recursos destinados para este fin. El modelo profesional sigue imperando y asume, que el campo de acción del médico es la enfermedad y su posible evolución desfavorable. Esto define en el médico

⁽¹⁵⁾ Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, Poder Ejecutivo Federal, México.

un patrón de comportamiento expectante, que obliga a esperar a que el individuo sujeto del daño, decida que está enfermo y demande servicios médicos profesionales.

Durante este período de formación, también suele confundirse la calidad con la alta tecnología. El deslumbramiento con el medio, en este caso la tecnología, ha llevado a identificar a la excelencia con la medicina de alta especialidad.

Es indudable que la alta especialización y el equipo sofisticado son necesarios en algunos casos, como son aquellos pacientes con daño avanzado o terminal. Por desgracia la calidad de vida que se les ofrece no es satisfactoria y el costo económico es muy grande.

Aunque la tecnología se suele identificar con los artefactos auxiliares del diagnóstico y del tratamiento, también debe incluir el conjunto de conocimientos que lleven a su utilización correcta.⁽¹⁶⁾

En la atención a la salud, el médico debe ser capaz de:

- Promover a través de actividades educativas el autocuidado
- Detectar factores de riesgo y enfermedades asintomáticas
- Restaurar la salud y limitar la progresión de los daños.⁽¹⁷⁾

Es importante que durante la selección de candidatos a cursar una carrera relacionada con los servicios de salud se apliquen exámenes de conocimientos y pruebas psicométricas, pero además debe realizarse una entrevista individual para valorar la personalidad del aspirante y los motivos por los que seleccionó esa carrera. Esto permitirá detectar oportunamente a quienes no tienen vocación de servicio, pues la consulta médica no significa únicamente el deseo de acabar con un malestar orgánico sino de segar el temor escondido, la angustia inconfesada.

Una atención en el nivel de excelencia debe ser valorada no por los medios que usa, sino por los resultados que produce. Una atención de excelencia es

⁽¹⁶⁾ Díaz del Castillo E.. Utilización de la tecnología moderna en la atención médica. Alcances y limitaciones, Rev. Med. IMSS 25; 151-159; 1988.

⁽¹⁷⁾ Lifshitz A., Perfil del médico general, Gac. Méd. Méx. 134 (I). México, 1997.

aquella que permite conservar la salud, que protege contra la enfermedad o que ayuda a elaborar un diagnóstico con tal antelación que con un tratamiento adecuado evita altos costos y sufrimiento humano. Este es el modelo anticipatorio que tendrá que prevalecer en la formación de las futuras generaciones dedicadas a la salud de la población mexicana.

Ejemplos de este enfoque hay muchos, para muestra basten los siguientes:

1. No lejano está el tiempo en el cual, al hojear una revista de las que edita la Organización Mundial de la Salud, podían encontrarse títulos como los que a continuación se transcriben:

- “Cada año se producen alrededor de 275 000 casos infantiles de poliomielitis”
- “La difteria es mortal para el 15 por ciento de los enfermos”
- “Alrededor de 51 millones de niños contraen la tosferina cada año, y más de 600 000 fallecen por esta causa”
- “Se calcula que el tétanos neonatal produce 800 000 defunciones al año”
- “Cada 15 segundos muere un niño por sarampión, y 2 millones sucumben cada año”
- “La tuberculosis produce hasta 10 millones de víctimas al año y es particularmente letal para los lactantes”⁽¹⁸⁾

La pregunta que surgía entonces era: ¿Porqué si se dispone de la tecnología para inmunizar y prevenir con ello la aparición o evolución desfavorable de estos padecimientos, las coberturas se encuentran en un nivel tan bajo?

Fue hasta 1987 en que las decisiones tomadas por los gobiernos empezaron a favorecer a la población infantil. Se gastaron en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) alrededor de 500 millones de dólares, no más que lo que el mundo gastaba cada seis horas en armamento. A pesar del esfuerzo las coberturas eran aún muy bajas.

Es en la Cumbre Mundial a favor de la Infancia cuando se decide incrementar el número de acciones, mejorar la calidad de las mismas y establecer un

⁽¹⁸⁾ Sotomayor G.A., Programa de Vacunación Universal, Rev. Higiene I(4), México; 1993.

sistema adecuado para su registro. Surge así el Programa de Vacunación Universal.

El Instituto Mexicano del Seguro Social en coordinación con el resto de las instituciones del sector salud, tal vez nunca antes unidas como en ese momento, se dan a la tarea de proteger con un esquema de ocho dosis de vacuna a todos los niños mexicanos, menores de cinco años.

El objetivo de eliminar la poliomielitis y controlar la difteria, la tosferina, el tétanos, el sarampión y la tuberculosis prácticamente se ha alcanzado. Baste señalar que el 18 de octubre de 1990 se registró el último caso de poliomielitis paralítica en el país; desde septiembre de 1991 no se han registrado casos de difteria; de 1994 y hasta la semana 1 del 2000 el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica⁽¹⁹⁾ no reporta casos de sarampión y las demás enfermedades prevenibles por vacunación han sufrido una reducción verdaderamente ostensible en relación con los años anteriores, reportándose durante 1999 sólo 51 casos de tosferina, 13 de tétanos neonatal y 96 de tuberculosis meníngea.

2. El enfoque de riesgo ha sido una estrategia anticipatoria que permite, discriminar en favor de quienes tienen mayor necesidad de atención. Bajo este enfoque, el 30 de octubre de 1992 el gobierno mexicano adquirió el compromiso de controlar las enfermedades diarreicas y estableció como objetivo disminuir en un 50 por ciento la mortalidad por esta causa en los niños menores de cinco años.

Antes de implantar esta estrategia, a través de la aplicación del método "Revisión de la utilización" se determinaron los estilos de práctica médica en la atención de la enfermedad diarreica y se encontró que:

- Se restringía la dieta en el 50 por ciento de los casos
- Se prescribían antibióticos o antiparasitarios al 70 por ciento de los casos de diarrea aguda sin presencia de sangre en heces
- Se indicaba hidratación oral, solamente al 30 por ciento de los casos.⁽²⁰⁾

⁽¹⁹⁾ Epidemiología, Dirección General de Epidemiología, SSA, 17 (I), México; 2000.

⁽²⁰⁾ Gutiérrez T.G., La contención de costos de la atención médica, Contención de costos y desarrollo gerencial en las Instituciones de Seguridad Social, CISS, México; 1992.

Para lograr un cambio favorable en esta situación, se establecieron las siguientes acciones preventivas:

- Educar a las madres de los niños menores de 5 años sobre:
 - La prevención y tratamiento de la diarrea en el hogar
 - La identificación oportuna de signos y síntomas de alarma
 - Qué hacer y qué no hacer ante estos signos y síntomas
- Capacitar al personal de salud sobre el “manejo efectivo” de los niños con enfermedad diarreica para:
 - No restringir la dieta
 - No prescribir antibióticos a menos que hubiera sangre en heces, fiebre y ataque al estado general
 - No prescribir antiparasitarios (antiamibianos) a menos que hubiera sangre en heces, pero sin fiebre ni ataque al estado general
 - Prescribir hidratación oral con sobres “vida suero oral”

Estas acciones pronto generaron cambios favorables en el panorama epidemiológico. Así, a cinco años de implantada la estrategia, disminuyó la mortalidad infantil de manera importante, a expensas de una reducción del 64.8 por ciento en el número de muertes por infecciones intestinales.

3. Recientemente, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) otorgó un reconocimiento especial al Instituto Mexicano del Seguro Social por la dedicación y la calidad con que logró certificar como Hospital Amigo del Niño y de la Madre a las 187 unidades médicas en las que se atienden nacimientos.⁽²¹⁾

La certificación tiene su origen en el marco de la Reunión Mundial “Protección, Fomento y Apoyo a la Lactancia Materna” celebrada en Italia en 1990. El propósito ha sido favorecer una cálida relación entre la madre y su hijo desde el momento mismo de su nacimiento. Entre las acciones para lograrlo destacan las siguientes:

- Capacitar a todo el personal de salud
- Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia materna

⁽²¹⁾ Cardona PA. Lo logramos antes del 2000. Solidaria (133), Instituto Mexicano del Seguro Social; 1998.

- Facilitar desde el nacimiento, el alojamiento conjunto de la madre y el niño
- Mostrar a las madres cómo dar el pecho al niño cada vez que lo demande
- No dar otro tipo de leche a menos que el médico lo indique
- Evitar los biberones y chupones

Como resultado de la sistematización de estas sencillas acciones, en los primeros cinco años de su implantación, se coadyuvó en la disminución de la mortalidad perinatal de 16.6 a 14.0 y la infantil de 14.0 a 12.7 por cada mil nacidos vivos.

Existen mucho más ejemplos de cómo con acciones de bajo costo puede lograrse un importante impacto en salud. Por ello es necesario que en los contenidos académicos se incluyan y analicen éstos, para que los egresados de las escuelas y facultades que tienen como responsabilidad influir positivamente en la salud de la población, dispongan de una metodología y de las herramientas necesarias para promover la salud y prevenir las enfermedades. Es necesario que desaparezca el espejismo del gran hospital implementado con alta tecnología como el equivalente de buena calidad. La calidad puede darse también en el promotor comunitario que observa el entorno y promueve su mejoramiento, escucha pacientemente a quienes lo buscan y aconseja, consuela y no piensa en la retribución por su trabajo. Lo hace por vocación, trabaja por convicción, no por obligación. La comunidad se lo reconoce.

En la formación de los recursos para la salud, es muy importante, como un ingrediente de calidad, que la enseñanza sea supervisada. Es un crimen dejar solo al personal becario, con la responsabilidad de tomar decisiones ante un paciente cuando todavía no tiene ni el conocimiento suficiente ni la experiencia necesaria. Un error puede traer fatales consecuencias.

En los últimos años se han multiplicado los centros de formación de posgrado en el país. Baste señalar que el Instituto Mexicano del Seguro Social ha formado más de 42 mil especialistas; sin embargo su ejercicio profesional, no responde a las necesidades reales de la población que atienden.

En otros países está sucediendo algo similar; los Estados Unidos de Norteamérica por ejemplo, actualmente se han saturado de especialistas en medicina interna, ginecobstetricia, psiquiatría, anestesiología, imagenología y rehabilitación, con un decremento en cirugía general, medicina familiar y

salud pública. En un intento por subsanar esta situación se ofrecen recompensas económicas para aquellos médicos que se dediquen a la medicina familiar.

En México se necesita, también, estimular el interés por la medicina en el primer nivel de atención, ya que en una encuesta realizada a 907 alumnos de cuatro escuelas de medicina sobre su interés en las especialidades, se encontró que sólo 9 deseaban cursar un posgrado en medicina familiar.

El sistema familiar, implantado en el IMSS en 1954, no fue un hecho fortuito, sino un signo fiel de que en los años cincuenta México vive al igual que países desarrollados como Inglaterra, un intenso debate sobre la calidad de la atención médica. Con el propósito fundamental de fortalecer el sistema, 22 años después, se inicia la especialización en Medicina Familiar.⁽²²⁾

Desafortunadamente, los contenidos educativos y las destrezas contempladas en la residencia de medicina familiar distan de la realidad operativa, lo que ocasiona frustración en los egresados y llega a afectar la calidad de los servicios.

En los actuales lineamientos normativos generales de posgrado, se menciona que las actividades específicas del residente de medicina familiar en el área de asistencia son las de proporcionar las consultas de especialidad que sean solicitadas, pero en ningún lugar se dice: con la mayor oportunidad y calidad posible.⁽²³⁾

Algunos elementos que pueden ayudar a una mejora en la calidad de atención después de concluido el postgrado son:

- Una mayor oportunidad para la permanente actualización del médico a través de actividades de educación continua
- La certificación y recertificación de sus conocimientos y destrezas

⁽²²⁾ Irigoyen C.A., y cols., Atención médica familiar en el IMSS, Rev. Méd. IMSS; 31 (4): 290; 1993.

⁽²³⁾ Lineamiento Normativo General de Posgrado, Instituto Mexicano del Seguro Social; 1998, pp. 99-102.

Otro aspecto importante y que en algunos países, que desean mejorar la calidad de los servicios, se le ha dado prioridad, es el que se refiere a la formación de directivos. Directivos que comprendan el concepto de calidad y que lo implanten en sus unidades médicas, dándoles la autoridad necesaria para que después de elaborar y analizar un diagnóstico sobre los problemas y sus causas, junto con todo el personal tomen las decisiones que permitan incrementar la satisfacción de prestadores y usuarios de los servicios. Las decisiones se toman por consenso con el fin de obtener el compromiso de todos, tanto en el desarrollo de las actividades convenidas como en la vigilancia de que se cumplan de la mejor manera posible.

Inicialmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social, los cursos para formación de directivos duraban de uno a seis meses y contemplaban temas como:

- La Seguridad Social
- La Ley del Seguro Social
- El Contrato Colectivo de Trabajo
- Teoría General de Sistemas
- El Proceso Administrativo
- Programas prioritarios y
- Normatividad

La decisión sobre qué temas debían impartirse era centralizada en el nivel normativo.

En alguna ocasión, al realizar un seguimiento de los egresados de estos cursos se encontró que unos cuantos habían sido promovidos y ocupaban un cargo directivo, la mayoría continuaba en su mismo puesto. Quienes habían sido promovidos, expresaban que los contenidos teóricos no eran suficientes para resolver los problemas que cotidianamente tenían que afrontar.

Para evitar esta situación se busca ahora que los directivos en funciones sean los que definan los contenidos, para que los cursos respondan a las expectativas y necesidades reales. De esta manera se incrementará su utilidad.

La Dirección de las Unidades Médicas debe conducir más que dictar; debe motivar más que intimidar; debe educar más que obligar y debe estar

preparada para escuchar y aprender, y no sólo para dar instrucciones. La estructura de la organización en la Unidad Médica debe hacerse menos jerárquica, con menos estructuras verticales, con más conexiones interdepartamentales, así como con una estrecha relación con aquéllos que otorgan los servicios y los que planifican y dirigen.

La estrategia de calidad debe empezar por la cúspide de la organización. Si hablamos de una Unidad Médica, el Director y su cuerpo de gobierno tendrán que predicar con el ejemplo:

Un consejo para los directivos en funciones que deseen mejorar la calidad de los servicios sería:

- Tenga sus puertas siempre abiertas a menos que se requiera lo contrario y salga del área física destinada al cuerpo de gobierno
- Deambule por las salas de espera y platique con alguno de los usuarios. Aprenderá más con esta experiencia que aplicando cientos de encuestas sobre satisfacción
- Entre a los consultorios y simplemente salude a su personal. Esta proximidad psicológica con los demás será de gran ayuda para incrementar la confianza y la comunicación
- Aprenda a escuchar, no es difícil lograrlo. Empiece por quedarse callado mientras el otro habla. Déjelo terminar. Quizá el simple hecho de saberse escuchado logre un cambio de actitud y sea más sencillo llegar a un acuerdo
- Tenga la actitud permanente de dar si está esperando recibir. Ayude a su personal, para que éste le ayude a usted. No confunda sin embargo, el ayudar con solapar
- Reconozca el esfuerzo de su personal. De modo verbal o por escrito, felicite a aquél que se distinga por hacer un esfuerzo adicional. Los demás no querrán quedarse atrás
- Propicie un ambiente de camaradería. Proponga la realización de sesiones culturales. Festeje los cumpleaños o los días dedicados a cada una de las

categorías de su personal. Tenga cuidado únicamente para que los servicios no se descuiden durante estos eventos

- Delegue autoridad en su cuerpo de gobierno. No tenga temor al desplazamiento, por el contrario, acreciente conocimientos y experiencia en su personal de confianza y permita que tomen decisiones. No quiera usted hacerlo todo. De esta manera usted podrá salir de vacaciones tranquilamente o faltar si se sintiera indisposto o tuviera que atender alguna eventualidad fuera de la Unidad
- Promueva el trabajo en equipo cuando surja algún problema. Solicite que participen todos los involucrados en el proceso. Busque soluciones no culpables. Una lluvia de ideas puede culminar en un consenso sobre las causas que generan el problema y las alternativas de solución más factibles
- Haga un seguimiento de los problemas hasta su solución total. Siempre que esté involucrado el usuario de los servicios, permita que también exponga su punto de vista. Ahí podría estar la mejor respuesta
- Una esfuerzos con los representantes sindicales para solucionar los problemas, de otra manera los acrecentarán. Sea imparcial y objetivo. Exija la misma actitud de la parte sindical

Estos son los principios de una dirección participativa. Llevar a la práctica el atributo de la calidad no es fácil. Se requiere comprender el concepto y después aplicarlo. Como en todo, no basta el conocimiento.⁽²⁴⁾

⁽²⁴⁾ Chandezon G., Hacia la calidad total, Ed. Vergara/Granica, Barcelona, España; 1990.

CAPITULO IV

SELECCIÓN DE PERSONAL E INDUCCIÓN AL PUESTO

La calidad es un concepto que debe interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica, representada por la aplicación de conocimientos y habilidades para la resolución de problemas de salud y una interpersonal, representada por la relación afectiva que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo.

Para fines prácticos a la dimensión técnica se le ha denominado "calidad" y a la dimensión interpersonal, "calidez".

A diferencia de la calidad que se establece en el ámbito de la producción como el grado de satisfacción del cliente, en el caso de la atención a la salud la calidad no puede expresarse solamente como satisfacción, ya que un paciente pudo haber expresado que estaba satisfecho con el servicio aún poco antes de morir; pero lo importante es que no debía haber muerto tan prematuramente. ⁽²⁵⁾ Y es que el paciente puede tener la percepción de que lo están atendiendo bien, pero ¿será cierto?

Al controlar el proceso de atención a la salud es frecuente encontrar los errores en forma tardía, es decir cuando los servicios ya fueron otorgados, lo cual representa un alto riesgo. Las empresas que elaboran productos llegan a admitir defectos en algunos de éstos y están dispuestas a sustituirlos por un nuevo producto, pero en empresas como la nuestra que otorga servicios de salud no se pueden admitir errores, pues la salud, la integridad y la vida del individuo están de por medio.

Ahora bien, si la calidad se determina en la medida que los requerimientos de los usuarios son satisfechos, ésta no tendrá fin, pues las necesidades de los usuarios cambian y son cada vez más exigentes. La prestación de servicios de salud es un proceso que debe adecuarse a cada momento, con una visión de mejora continua y anticiparse a las necesidades de la población.

Para ello se requiere que el personal del Instituto tenga una vocación de servicio y los conocimientos y habilidades necesarias para cumplir de la mejor manera con las funciones que le han sido encomendadas, que se le dote de los recursos suficientes y en buenas condiciones de funcionalidad, y que a través de una supervisión permanente, se reconozca el esfuerzo adicional y se estimule de una manera justa.

⁽²⁵⁾ Ruelas B.E., Calidad, productividad y costos, Salud Pública de México, 35 (3); 1993.

Para que el personal que atiende a la población derechohabiente cumpla con la mística institucional de ofrecer servicios con calidad y calidez, es necesario que cumpla con un perfil que contemple, no sólo los conocimientos y destrezas técnicas, sino una actitud de servicio y de humanismo fuera de toda duda.

Cambiar actitudes y conductas tanto en la población derechohabiente como en los trabajadores de la Institución es el reto. Empecemos por cambiar cada uno de nosotros. A nuestros usuarios vamos a sonreírles, a saludarlos, a escucharlos y a comprender sus inquietudes y angustias. Vamos a darles la orientación necesaria para que cuiden y conserven su salud, el estudio cuidadoso y afable para identificar oportunamente sus daños y nuestros conocimientos para que de un modo actual e integral recuperemos el bienestar perdido. En ese momento, aún con todas las limitantes del sistema, estaremos haciendo calidad, pues en buena medida lo que los derechohabientes esperan es un buen trato y comprensión hacia sus problemas. La imagen del Instituto al que tanto queremos mejorará entonces y estaremos orgullosos de nuestro sentimiento de pertenencia.

En lo concerniente a la inducción al puesto, las funciones y actividades de cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario que labora en la unidad de medicina familiar, están descritas en el Contrato Colectivo de Trabajo (CCT).⁽²⁶⁾ Por ejemplo, se asienta que la Asistente Médica debe cumplir con las siguientes actividades:

- a) Atender e instruir dentro y fuera de la unidad, personal o telefónicamente a los derechohabientes respecto a sus derechos y obligaciones
- b) Informar a los derechohabientes de las ausencias e imprevistos del médico, estomatólogo y enfermera materno-infantil
- c) Suministrar los expedientes, equipo de exploración y asistir al personal de salud en la toma y registro de peso, talla y temperatura, así como en la exploración física de los pacientes

Pero nada se señala respecto a la calidad con que deben realizarse esas actividades. Si suponemos que no es necesario, suponemos mal.

El cómo realizar esas actividades con el fin de unificar criterios, se define en la normatividad vigente en la materia y en las guías técnicas para la atención

⁽²⁶⁾ Instituto Mexicano del Seguro Social, Contrato Colectivo de Trabajo, IMSS-SNTSS, México.

de los grupos prioritarios de población y los principales problemas de salud que motivan demanda en la consulta externa.

El problema surge cuando el personal de primer ingreso a un servicio no conoce ni el profesiograma ni las normas y procedimientos relacionados con las actividades a desempeñar. No es infrecuente que como "inducción al puesto", al médico simplemente se le asigne un consultorio y se le envíe a trabajar sin más compañía que un recetario y un block de incapacidades.

Sería muy agradable para cualquier personal de salud que inicia sus labores en una unidad médica, que se le acompañara por los diversos servicios con los que tendrá que interactuar y se le presentara a sus compañeros de trabajo. Posteriormente que a través de una lectura comentada, conociera y comprendiera cuáles son sus funciones y actividades, las normas que las regulan y los formatos para solicitud de servicios complementarios y registro de actividades realizadas. Por último que se le entregara el equipo necesario para ayudarle en sus diagnósticos y ahora sí, su recetario y block de incapacidades.

Un ingrediente más en el quehacer diario de todo el personal que labora en una unidad de medicina familiar es el que se refiere a las actitudes. Para unificar una actitud de servicio orientada a la mejora de la calidad de la atención, se propone la siguiente lista de propósitos en medicina familiar.

Una vez difundidos estos propósitos, es decisión de cada quien aplicarlos; sin embargo es importante recordar que el saber obliga, la pasividad es inexcusable.

Propósitos para la medicina familiar⁽²⁷⁾

- Llevar a la práctica en el terreno operativo y con el mayor apego posible, lo normado en el nivel central. Si existen limitantes, señalarlas a la brevedad posible para que de igual modo se de solución a las mismas
- Facilitar la accesibilidad de la población hacia la atención médica

⁽²⁷⁾ Sotomayor G.A., Nosotros los trabajadores, IMSS-Solidaridad 100; 24-26; México, 1992.

- Incrementar la cobertura de consulta en población de bajo riesgo
- Incrementar el tiempo de atención médica a la población de alto riesgo
- Mejorar el trato interpersonal y la calidad de la atención médica
- Orientar a la población sobre el correcto uso de todos los servicios
- Fomentar el trabajo en equipo
- Identificar oportunamente los problemas y las causas de éstos, tanto de los prestadores de servicios como de los usuarios
- Incrementar las actividades preventivas y promover la investigación clínica
- Racionalizar los recursos para su óptima utilización
- Identificar (a través de supervisión y encuesta) al personal que se distinga por proporcionar atención amable y de buena calidad técnica. Otorgar incentivos

Propósitos del Director de la unidad de medicina familiar

- Evalúa los programas prioritarios de salud, tanto en lo concerniente a cumplimiento de metas como a grado de modificación de los daños expresados en tasas. Informa en forma oportuna y con la periodicidad normada. Evita las excusas por incumplimiento. Si consideras que alguna información no es útil, susténtalo
- No cambies la adscripción a la unidad por razones administrativas, solamente hazlo si así conviene al derechohabiente (por ejemplo, si le queda más cerca de su domicilio)
- No cambies la adscripción a médico familiar a menos que el derechohabiente lo solicite o que la demanda sea inequitativa
- Facilita hasta donde sea posible que el derechohabiente seleccione a su médico familiar sin que pierda el horario que mejor le acomode

- Promueve que la cita se obtenga por vía telefónica para que el derechohabiente no prolongue su tiempo de espera en la unidad
- Promueve las actividades preventivas en la población que asiste a la unidad, mientras espera su turno para pasar a la consulta
- Promueve la identificación de pacientes de alto riesgo para que el médico les dedique mayor tiempo
- Vigila que la atención no se niegue a ningún derechohabiente y que se les resuelva su problema en forma integral y oportuna
- Apoya a tu cuerpo de gobierno para que cuenten con los recursos y capacitación que requieran, a fin de lograr un mejor desempeño de sus funciones
- Reconoce en forma verbal y por escrito al personal que se distinga por su capacidad técnica y por ser quien mejor trate al derechohabiente
- Mantén las puertas y la mente abiertas. Escucha y orienta a quienes busquen tu ayuda. No pierdas la oportunidad de hacer amigos

Propósitos del Jefe de Departamento Clínico en Medicina Familiar

- Durante la supervisión, dedica más tiempo a recorrer las salas de espera y a revisar en forma conjunta a los pacientes con mayor problemática, que a revisar los registros en los expedientes
- Supervisa directamente el proceso de atención médica desde que el derechohabiente solicita un servicio hasta que éste se le proporciona, cuida que se cumpla con las normas, sobretodo en las actividades críticas. Entrega con oportunidad al director de la unidad los resultados de la supervisión. Incluye las desviaciones, las causas, las medidas correctivas y los resultados obtenidos. Evita las excusas por incumplimiento
- Escucha con atención las quejas o sugerencias tanto de los derechohabientes como de los médicos familiares y aplica de manera inmediata y en forma imparcial una solución que satisfaga a ambas partes

- Lucha en forma constante contra todo trámite burocrático que interfiera con la oportuna atención de un derechohabiente
- Promueve que el médico familiar dedique mayor tiempo a la atención de sus pacientes que al registro de datos, sin que por ello se omita lo fundamental
- Identifica a los médicos que tratan en forma inadecuada a los derechohabientes, platica cordialmente con ellos y a quienes requieran de algún recurso o capacitación para el cambio, ayúdales a obtenerlo
- Identifica a los médicos que reinciden en su trato inadecuado hacia el derechohabiente y toma las medidas conducentes de manera conjunta con el representante sindical de la unidad
- Identifica a aquellos médicos que se distinguen por su buen trato y buena calidad técnica en la atención hacia sus pacientes, a fin de que sean tomados en cuenta en cualquier tipo de reconocimiento
- Gestiona ante tu director, los recursos necesarios para la buena atención de los motivos de mayor demanda en medicina familiar
- Promueve la investigación clínica en el módulo de medicina familiar
- Diseña un mecanismo para identificar la calidad de la atención de acuerdo a la modificación de los daños en el derechohabiente
- Orienta hacia el área correspondiente los problemas administrativos y dedica mayor esfuerzo a la solución de las deficiencias eminentemente médicas

Propósitos para el Médico Familiar

- No niegues la atención a ningún derechohabiente
- Demuestra interés por cada paciente como si se tratara de un familiar querido

- Realiza tus actividades en forma integral y con apego a las normas de diagnóstico y tratamiento
- No omitas ninguna pregunta o exploración necesaria y si requieres capacitación para ello, solicítala
- Evita diagnósticos mal definidos
- No anotes en el expediente nada que no hayas investigado
- Evita la prodigalidad en la prescripción de medicamentos y de exámenes de laboratorio y gabinete
- No derroches incapacidades, pero tampoco las limites cuando el criterio médico indique reposo
- Evita comentarios adversos sobre los diagnósticos y tratamientos de otros compañeros
- Facilita conjuntamente con la Asistente Médica la accesibilidad oportuna de quienes más lo requieran, previa aprobación del resto de los pacientes que estén en la sala de espera
- Orienta a cada paciente sobre la enfermedad que tiene y sobre la importancia de cumplir con el tratamiento indicado. Pídele que al menos por vía telefónica te informe sobre su evolución

Propósitos del Derechohabiente

- Antes de exigir, conoce cuales son los derechos y obligaciones del usuario de los servicios
- Apégate hasta donde sea posible al horario que se te asignó
- Llega puntual a las citas y no olvides tus documentos

- Trata con amabilidad a la Asistente Médica del consultorio para que ella también sea amable contigo (empieza por saludarla y preguntarle su nombre)
- No exageres y menos mientas al médico sobre las molestias que te aquejan, pues se podría confundir y esto iría en detrimento tuyo
- Escucha con atención todas las indicaciones que te den sobre la enfermedad que padeces y pregunta sobre las dudas, pues callarlas podría tener graves consecuencias
- Acepta que muchas veces es más conveniente para tu salud no tomar ningún medicamento
- Cumple al pie de la letra la forma y tiempo que debes utilizar los medicamentos que te prescriban. Confía en su calidad
- No solicites que te envíen al laboratorio, a rayos X o con el especialista. Confía en que si no se te envía no es necesario por el momento
- Realiza cita por vía telefónica (solicita el número) para evitar largas esperas. La visita a domicilio es un derecho, pero debes solicitarla solamente cuando la enfermedad te impida acudir a la unidad
- En caso de inconformidad con la forma como te trataron, evita discusiones acaloradas y dirígete al módulo de información y orientación al derechohabiente. Ahí aclararán tus dudas y te orientarán para una mejor solución de tu problema

CAPITULO V

AREA FÍSICA, EQUIPAMIENTO E INSUMOS

Si bien uno de los principales motivos por los que los usuarios de los servicios se quejan es la demora en la atención, las condiciones inadecuadas del área física en la que tienen que esperar suelen acrecentar la insatisfacción. Por el contrario, cuando el entorno es cómodo y agradable, la larga espera no representa mayor problema.

Las salas de espera de muchas unidades médicas han sido descritas por los derechohabientes como desagradables, y algunas de las razones para emitir ese juicio han sido:

- Espacios reducidos
- Asientos incómodos e insuficientes
- Corrientes de aire
- Calor excesivo
- No disponibilidad de agua para beber
- Sanitarios sucios
- No disponibilidad de jabón, toallas y papel sanitario
- Mucho ruido

A los prestadores de los servicios, el área física también puede parecerles incómoda y ocasionarles malestar, pues saben que tienen que pasar la tercera parte de su vida laboral en ella. Los motivos que argumentan para considerar que su área de trabajo no es agradable son muy similares a los que han expresado los usuarios.

En cuanto al equipamiento, el médico familiar no tiene acceso directo a la tecnología automatizada y nuevos procedimientos de diagnóstico en el laboratorio como el rayo láser, la citometría del flujo, la turbimetría de alta sensibilidad, la absorción atómica o los métodos de imagen como la radiología digital, el ultrasonido, la tomografía computada, la medicina nuclear, la resonancia magnética, la tomografía por emisión de positrones, la angiografía por sustracción digital, y los procedimientos intervencionistas; sin embargo, aunque son incuestionables los beneficios aportados por estas neotecnologías, no son necesarias para el diagnóstico en la gran mayoría de los casos que asisten a un primer nivel de atención.⁽²⁸⁾

⁽²⁸⁾ Ruiz R.G., Avelar G.F., El rezago tecnológico en el laboratorio y en métodos de imagen, Gac. Méd. Méx.; 127(6); 484-487; 1991.

Si bien se ha dicho en repetidas ocasiones que el método clínico es la mejor herramienta para establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado, también es cierto que se requiere de un mínimo de recursos de apoyo para su aplicación. Algunos de éstos son:

- Báscula con estadímetro
- Báscula pesa bebé
- Lámpara de pie
- Mesa de exploración
- Estuche de diagnóstico
- Esfigmomanómetro
- Estetoscopio biauricular
- Estetoscopio de Pinard
- Termómetro
- Cinta métrica
- Espejo vaginal
- Guantes
- Lubricante
- Abatelenguas

“El Instituto se obliga a suministrar oportunamente, equipo adecuado, útiles, instrumentos de trabajo, material y herramientas que sean necesarias para el desempeño de las labores, todos ellos de buena calidad” (Clausula 70 CCT)

“Ningún trabajador será responsable de las demoras o trastornos que sufran las labores cuando esto sea ocasionado por la mala calidad o mal estado del equipo, mobiliario, útiles, herramientas o instrumentos de trabajo” (Clausula 71 CCT)

Ahora bien, se suele dar más importancia a la atención del nivel terciario, cuando a nivel primario la atención hospitalaria puede en buena medida, prevenirse o evitarse. Un ejemplo es, el alto costo que representa el tratamiento con antirretrovirales de los pacientes con S.I.D.A. y el alto costo social que significa saber que la sobrevida promedio es de 1 a 2 años. Acciones de bajo costo como son las educativas orientadas a una sexualidad responsable en los adolescentes y el fácil acceso para disponer gratuitamente de condones, resultan de bajo costo y de alta efectividad cuando sabemos

que ocho de cada diez casos adquieren la infección por vía sexual y que un gran número se infecta en la adolescencia.

Pero volviendo al método clínico como la mejor herramienta en el primer nivel de atención, a continuación se presentan algunos ejemplos de enfermedades frecuentes en las que no hace mucho era indispensable, para definir su etiología, el apoyo del laboratorio, y actualmente suele bastar un buen interrogatorio y exploración somera:

- Enfermedad diarreica aguda

Como ya fue mencionado en otro capítulo, el tratamiento de la enfermedad diarreica aguda se ha simplificado de tal manera, que no requerimos del laboratorio para establecer la posible etiología y prescribir el tratamiento más apropiado. Si no hay fiebre ni ataque al estado general y las evacuaciones diarreicas no se acompañan de sangre, lo más probable será que el cuadro diarreico se autolimita y bastará entonces con hidratar oportunamente al paciente. Si no hay fiebre ni ataque al estado general, pero las evacuaciones diarreicas se acompañan de sangre, estará indicado prescribir en primera instancia un nitroimidazol. Si hay fiebre, ataque al estado general y evacuaciones diarreicas con sangre, lo aconsejable será el uso de un antibiótico contra gram negativos como la ampicilina o el trimetoprim con sulfametoxazol.

- Infección respiratoria aguda

Otro ejemplo en el cual la combinación de datos clínicos y epidemiológicos permiten prescindir también de exámenes de laboratorio son las faringitis, rinofaringitis y faringoamigdalitis. Se sospechará etiología bacteriana (*Streptococo B hemolítico*) cuando, exista hipertermia superior a los 38°C, rinorrea purulenta o amígdalas pultáceas, en cuyo caso se justificará el uso de penicilina u otro antibiótico contra gram positivos si el paciente es alérgico a la penicilina.

Es importante señalar esto, pues con excepción de algunos reactivos y equipos que se fabrican en México, la mayor parte de los insumos de laboratorio de uso diario son importados y por lo mismo su costo de adquisición es elevado.

Para incrementar la calidad de la atención no es necesario disponer de tecnología sofisticada. Además la efectividad de la tecnología médica es particularmente difícil de evaluar, entre otras cosas porque hay un alto grado de incertidumbre sobre sus beneficios, costos y riesgos, y porque la evolución que sufre suele ser muy rápida. Los médicos hemos vivido dolorosos ejemplos en los que se han hecho cuantiosas inversiones en tecnología que finalmente resultó inútil.⁽²⁹⁾

Por otro lado, los sistemas de salud han tenido que comprender que lo que es tecnológicamente posible no siempre es económicamente factible. El reto es, elegir el método más útil y a la vez el más económico. Hasta ahora, el método clínico en manos de un médico adiestrado en su uso, parece ser lo más indicado para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios.

Podemos concluir que el área física, debe ser limpia, amplia, ventilada e iluminada para que sea funcional. El equipo y mobiliario debe igualmente ser suficiente y encontrarse en buenas condiciones de funcionalidad, lo cual será mayor si se cumple con un programa de mantenimiento preventivo que incluya la capacitación y adquisición de destrezas del personal y la disponibilidad de la herramienta adecuada y las refacciones necesarias.

Cabe agregar, sin embargo, que aún con la aplicación correcta del método clínico y con un diagnóstico y tratamiento bien sustentado, existen dos circunstancias que pueden limitar la eficacia del quehacer médico y deben ser tomadas en cuenta al implantar una estrategia de calidad. Estas circunstancias son:

- La inexistencia de insumos, como pueden ser los medicamentos prescritos
- El no cumplimiento de las indicaciones médicas

Para la falta de insumos, se requiere:

- Contratar con laboratorios que garanticen una producción suficiente
- Abastecer con suficiencia los almacenes
- Distribuir oportunamente a las farmacias

⁽²⁹⁾ Lifshitz G.A., El rezago tecnológico en medicina, Alternativas, Gac. Méd. de Méx., 127(6), México, 1991.

La solicitud de insumos debe sustentarse en el comportamiento epidemiológico de los daños y anticiparse a la demanda.

Para la adhesión al tratamiento es necesario que los pacientes comprendan su importancia y que no haya duda alguna sobre la vía y tiempo de administración, dosis, contraindicaciones y posibles efectos colaterales. En ocasiones se requerirá del apoyo familiar o de algún personal de salud para garantizar su cumplimiento.⁽³⁰⁾

El paciente quizá no sepa si le estamos aplicando técnicamente lo mejor, pero si no le demostramos que estamos interesados en su salud y le explicamos qué tiene y qué hacer, es muy probable que se vaya insatisfecho y no aplique la terapéutica indicada.

Por otro lado, el paciente puede expresar que está muy satisfecho con el médico porque lo trató muy bien, lo exploró y lo trató de tranquilizar diciendole que con el medicamento prescrito se iba a aliviar, pero, a pesar de cumplir fielmente sus indicaciones, el alivio puede no llegar si hubo un error en el diagnóstico.

⁽³⁰⁾ Villalobos P.J., El hombre médico, Gac. Méd. Méx., 132(2); 1996.

NORMATIVIDAD

CAPITULO VI

Un aspecto que se ha tomado en cuenta para promover la calidad en los servicios ha sido la elaboración e implantación de normas; sin embargo, muchas veces no ha pasado de ser una buena intención para unificar criterios de actuación, ya que las normas no son medidas directas de calidad y el cumplimiento en su aplicación no augura forzosamente un buen desempeño. Las Normas Oficiales a pesar de ser elaboradas por expertos al estar sometidas a actualización tardía las hace obsoletas. Es mejor elaborar e implantar guías y protocolos clínicos pues son más prácticos. Es necesario que paralelamente a la observancia de éstas, se evalúe si aparecen cambios favorables en el proceso de la atención.

Pongamos un ejemplo:

Para unificar criterios en la atención prenatal y aplicar el enfoque de riesgo, se elaboró un sistema de notación que pretendía, primero, que el médico no omitiera ningún dato del interrogatorio, exploración física y laboratorio, segundo, que evaluara oportunamente el riesgo durante la gestación y actuara en consecuencia. Parecían muchos datos, pero se demostró que se invertía menor tiempo que en una nota inicial o de evolución tradicional, ya que en gran parte de esos datos solamente había que cruzar la casilla correspondiente a la característica o circunstancia identificada.

Al poco tiempo, los médicos estaban llenando completamente la hoja para detección del riesgo. A pesar de ello, la referencia al hospital de la paciente con preeclampsia seguía siendo tardía.

Al investigar que era lo que ocurría se encontraron entre otras cosas lo siguiente:

- Los datos registrados no correspondían a la realidad
- Los datos eran reales pero no eran valorados
- Los datos eran valorados pero la referencia a otro nivel de atención era tardía
- La referencia era oportuna pero la paciente no acudía

Estos resultados mostraron que la norma por sí sola no era suficiente para lograr el resultado esperado. Fue necesaria una mayor capacitación del personal médico para que comprendiera la estrategia basada en el enfoque de riesgo, se hizo indispensable elaborar de manera conjunta entre los distintos

niveles de atención criterios de referencia y contrarreferencia y finalmente, establecer un sistema de supervisión para identificar limitantes y actuar oportunamente en su resolución.

De cualquier manera la normatización como parte de la planificación y programación de las prestaciones médicas puede ser un proceso que favorezca la mejora en la calidad de los servicios.

Las normas son un conjunto de pautas explícitas que rigen las actividades de los miembros del equipo multidisciplinario de salud y están dirigidas a garantizar el logro de los objetivos de los programas, que surgen como respuesta a las necesidades prioritarias de la población derechohabiente, identificadas con la aplicación de criterios epidemiológicos en un diagnóstico situacional de salud. Los objetivos se orientan a modificar en forma favorable la situación inicialmente encontrada.

Cuanto más clara sea la definición del "cómo" hacer las cosas, la posibilidad de medir, controlar y mejorar el proceso de la atención será mayor.

Por tal motivo, las normas deben apegarse a los continuos cambios tecnológicos, pero sin alejarse de la realidad local en cuanto a recursos disponibles. Las normas deben entonces, ser factibles de operar y adecuarlas cuando así convenga al paciente.

En el proceso de normatización deben existir algunos parámetros de calidad, que garanticen su aplicación y permitan evaluar su impacto. Para unificar criterios en este sentido, se describen a continuación algunos lineamientos generales:

Características que deben tener las normas⁽³¹⁾

Aplicación de un conocimiento científico actualizado

Las normas que rigen a las prestaciones médicas deben ser la aplicación del conocimiento científico más actualizado, lo que confiere enorme vigencia,

⁽³¹⁾ Sotomayor G.A., Normatización, Cuestión Social, IMSS (37), México; 1995.

pues además del evidente beneficio que esto produce en el usuario, garantiza el respeto técnico hacia ellas por parte del prestador de los servicios.

El conocimiento científico actualizado de ningún modo significa mayor complejidad de las actividades propuestas. Muchas veces, por el contrario, el adelanto científico está dado por la simplificación de las tecnologías.

Aplicables en todos los casos de igual grado de riesgo

La única razón válida para el no cumplimiento de una norma es cuando, debido a características o circunstancias muy especiales del caso, éste es excluido de la norma para brindar al usuario una mejor atención. Una sólida argumentación debe demostrar este hecho.

Asegurar un nivel mínimo de calidad en la atención

La norma debe asegurar un nivel mínimo de calidad al momento de otorgar un servicio de salud. En ocasiones ciertos factores, como la insuficiente capacitación del personal o la falta de recursos, no permiten brindar los “niveles mínimos” normatizados; estas circunstancias no justifican la modificación de la norma, por el contrario, deben estar entre las prioridades de adecuación de efectores, a fin de que puedan operar la norma mínima que garantice la calidad de los servicios.

Adecuadas localmente, de costo razonable y aceptadas por el usuario

Las normas que regulan a las prestaciones médicas deben ser adecuadas a los diferentes niveles de complejidad, resultante de la capacidad de quienes realizan la actividad, así como a la disponibilidad de recursos materiales destinados a ellos.

La opinión del usuario es un aspecto, en general, lamentablemente olvidado, que por las modificaciones que puede introducir en las normas llega a ser fundamental para su efectiva aceptación y aplicación.

La normatización como proceso

Ya se indicó que la normatización de actividades es parte de la programación y constituye todo un proceso. Al elaborar la norma escrita se fijan canales de

operación que aseguren cierta calidad de atención; sin embargo, si la norma no se difunde, adecua, evalúa y actualiza con la participación de todos los usuarios de las mismas, solamente se obtiene un documento escrito, aislado e ignorado por la mayoría, mientras las prestaciones médicas se brindan según criterios individuales o de grupos, de acuerdo con tradiciones o avances tecnológicos adoptados indiscriminadamente.

Elaboración

Uno de los requisitos básicos de la norma es ayudar a la toma de decisiones, al adoptar una conducta preventiva, diagnóstica, terapéutica, de control o de organización de los recursos.

Para los fines de la normatización se considera “experto” a todo individuo con conocimiento y práctica sobre el tema en cuestión. Esta definición indica que pueden y deben participar todos los integrantes del equipo multidisciplinario de salud cuando se vayan a normar sus actividades, siempre y cuando tengan los conocimientos y experiencia reconocida.

Toda vez que se normative, deben formularse y responderse las siguientes preguntas:

- ¿Para qué?..... objetivo
- ¿A quién?..... destinatario
- ¿Quién?..... ejecutor
- ¿Qué?..... contenido
- ¿Dónde?..... lugar
- ¿Cuándo?..... momento
- ¿Cómo?..... modalidad
- ¿Con qué?..... recursos

Antes de la impresión del documento debe realizarse una revisión crítica del preliminar y una prueba de campo para evaluar su factibilidad. Una vez que se tenga el documento final, esté autorizado y sea impreso, debe realizarse su implantación.

Implantación

Esta es la etapa más lenta y difícil porque supone el compromiso de toda la estructura del sistema para su aplicación.

Difusión

El solo envío de los documentos a través de la línea ejecutiva no supone “difusión de la norma”. Esta debe promoverse mediante seminarios, reuniones o algún otro tipo de actividad que permita no únicamente conocer el contenido de la norma, sino comprender su utilidad y analizar lo factible de su aplicación.

Adiestramiento del personal

Un paso crucial, entonces, en la implantación de la norma, es la capacitación del personal para el cumplimiento de la misma. A pesar de ello, casi nunca se le contempla como un aspecto en que radica gran parte del éxito o fracaso de los esfuerzos normativos. El adiestramiento del personal para el buen cumplimiento de las normas requiere la utilización de las técnicas y apoyos didácticos más idóneos. Este es un punto muy importante y debe recibir la máxima atención por parte de los responsables del proceso.

Adecuación local

La aplicación de la norma en el ámbito operativo es posible que requiera de alguna adecuación con base en la realidad de los recursos existentes. Esto ayuda a lograr una actitud favorable, pues aún cuando las bases técnicas no cambian, aprovechar la experiencia y opinión de los que más saben de la realidad local los compromete a vigilar su cumplimiento.

Supervisión

La supervisión del grado de cumplimiento de las normas es responsabilidad del nivel operativo con quien podrá colaborar el personal del nivel normativo central. Debe tener un contenido eminentemente docente ya que, a partir de ella, se está en posibilidad de asesorar y detectar necesidades de capacitación complementaria, así como de evaluar los recursos necesarios para su cumplimiento. Deberá asegurar que la norma se siga correctamente en todos los casos en que esté indicada. Para efectuarla se requiere además de la

observación directa y de un subsistema de información en donde queden registrados los resultados.

Evaluación

Si bien la supervisión contribuye a evaluar el cumplimiento de la norma, para garantizar la calidad del proceso, en el otorgamiento de los servicios, conviene periódicamente examinar también los objetivos de los programas para los cuales se normó. Si éstos no han sido alcanzados, habrá que revisar si se lograron las coberturas planeadas.

Cuando a pesar de cumplir con las normas de atención y lograr una buena cobertura de prestaciones médicas no hay cambio favorable en los daños a la salud, ni incremento en la satisfacción de los usuarios de los servicios, se hace necesario adecuar o actualizar lo normado con base en los avances tecnológicos y las nuevas políticas de salud.

CAPITULO VII

CAPACITACIÓN

El personal de salud, por las obligaciones que tiene con sus pacientes tiene el derecho a recibir una capacitación que le permita actualizarse en conocimientos y destrezas y a contar con los medios necesarios, para dar la atención de la más alta calidad a los que ponen en sus manos su salud y su vida.⁽³²⁾

De acuerdo con el Reglamento de Becas para la Capacitación de los Trabajadores del Seguro Social, la capacitación persigue los propósitos fundamentales siguientes:

1. Satisfacer las necesidades presentes y futuras del Instituto
2. Elevar la cultura general, aumentar los conocimientos y mejorar el rendimiento del personal
3. Estimular el sentido de responsabilidad en el desempeño de sus actividades
4. Contribuir a mejorar la calidad de la atención a los derechohabientes

Dentro de las estrategias de garantía de calidad, está la de fomentar la educación continua en los integrantes del equipo de salud para actualizar sus conocimientos, ya que el deber profesional que se asume frente al hombre y la mujer, sano o enfermo, obliga a corresponder con el estudio y renovación permanente, para evitar caer en la ineficiencia. El médico ayuda con lo que sabe y no con lo que ignora. La ignorancia aumenta el riesgo de iatrogenia, y a pesar de lo involuntaria que pudiera ser, por omisión o por comisión, no deja de ser la antítesis de la medicina que por siempre ha enarbolado una bandera con la sentencia *Primum, non nocere*.

Como decía el Dr. Ignacio Chávez, “dentro de las varias formas de deshumanización médica como la consulta rápida y distanciada, dada hoy por un médico y mañana por otro, siempre impersonales, siempre con rezago o congestión en la realización de exámenes, en ambiente burocratizado, sin gran aliciente ni mística de servicio y con dificultad en asegurar un buen nivel de vida, la no actualización en sus conocimientos es una manera más de mostrar el poco interés hacia quienes se acercan y depositan su confianza para que se les ayude a mantener o recuperar su salud”.⁽³³⁾

⁽³²⁾ García R.H., Los derechos humanos del médico, Gac. Méd. Méx., 131(2); 1996.

⁽³³⁾ Chávez R.I., Nuestro mundo en las postrimerías del siglo XX y del milenio. La medicina y el médico, Gac. Méd. Méx., 129(1); 1993.

Alguna vez un presidente de la Academia Nacional de Medicina⁽³⁴⁾ dijo "tras varias décadas de ascenso continuo de nuestra medicina, se ha iniciado el declive de la misma. El espíritu renovador del médico se merma y el aliento creativo pierde vigor. Antes de la medicina científica, el médico no curaba casi a nadie pero confortaba casi a todos; hoy parecería que la situación es la inversa".

En la actualidad, el médico se ve, cada vez más orillado a tomar una decisión para la cual no ha sido formado: la medicina mercantil necesaria, pero costosa e inequitativa, o la medicina social indispensable, pero burocratizada y afectada por el aumento de los costos.

Así las cosas, los médicos debemos ser protagonistas y no espectadores de la modernización. Modernizar es contender con el desmedido crecimiento de los costos y la centralización excesiva; es también diseñar sistemas innovadores capaces de promover la eficiencia y de atender los reclamos de equidad y calidad.

La especialización en medicina significa fragmentación, visión parcial o limitada de un todo que es el ser humano. Es cierto que es la consecuencia del avance espectacular que ha tenido la medicina y que permite profundizar en un campo del conocimiento, pero se sacrifica la visión integral. El médico familiar, que en la seguridad social es el primer contacto con el paciente, tiene la gran responsabilidad no sólo de ampliar y actualizar sus conocimientos para brindar un buen control prenatal, vigilar el crecimiento y desarrollo de un niño; diagnosticar y tratar una infección de las vías respiratorias altas o una enfermedad diarreica, controlar y limitar la aparición temprana de complicaciones en una hipertensión arterial o una diabetes mellitus, sino que además tiene el compromiso ineludible de entender al individuo como un ser humano temeroso y esperanzado que busca alivio, ayuda y confianza y que está en constante adaptación con su entorno ambiental, familiar, laboral y social. Esta visión tan amplia de la práctica médica, requiere de capacitación permanente en todos los campos de la medicina y de las ciencias sociales. Nada fácil, pues se estima que un gran número de médicos egresados de la residencia de medicina familiar no asisten a cursos de actualización, o asisten

⁽³⁴⁾ Martínez P.A., El médico y la modernización de la medicina, Gac. Méd. Méx., 128(6); 695; 1992.

pero los contenidos de los cursos no responden a las necesidades que tienen que satisfacer.

La capacitación de los médicos, al igual que la de otros recursos humanos, debe obedecer a una racionalidad definida por la planeación de servicios de salud. Debe estar orientada a reforzar las acciones preventivas, anticiparse al daño y actuar sobre los factores de riesgo.

Ahora bien, el hecho de que los contenidos sean congruentes con las necesidades reales de capacitación, no garantiza que los conocimientos se apliquen. Algunas causas de este comportamiento han sido expresadas así, por aquellos que asistieron a algún curso de educación continua:

- Asistí para salir de la rutina
- Asistí para mejorar la curricula
- Todo fue muy teórico, difícil de aplicar
- Me gustaría aplicar lo que aprendí, pero no dispongo de los recursos para hacerlo

Para que la capacitación sea más eficiente y realmente constituya un medio para elevar la calidad de la atención, debe ser planeada de la siguiente manera:

- Supervisar el proceso de la atención médica
- Identificar desviaciones
- Definir las causas de las desviaciones
- Si dentro de las causas está el desconocimiento, programar actividades de educación continua
- Precisar los contenidos educativos, los cuales deben responder a las necesidades detectadas
- Seleccionar a docentes que dominen la temática
- Utilizar correctamente las técnicas y apoyos didácticos para facilitar la comprensión
- Elaborar y aplicar un sistema de evaluación antes y después del curso para medir si hubo cambio en el nivel de conocimientos y en actitudes
- Una nueva supervisión del proceso, permitirá evaluar si se dio el cambio en la conducta

Cuando se supervisa directa o indirectamente el proceso de la atención médica y se encuentra que no se ha cumplido con una actividad normada o

ésta no se apega a los lineamientos que la regulan, tres pueden ser las principales causas:

- Se desconoce que la actividad debe realizarse o cómo debe ejecutarse
- No se dispone del recurso necesario para realizarla
- No se quiere realizar

En el primer caso, la solución será la capacitación; en el segundo, la dotación del recurso y en el tercero habrá que indagar sobre las causas de la negativa.

A veces las cosas que uno debe hacer no las hace simplemente porque no quiere; se habla entonces de un problema de actitud. Esta actitud hacia la negación puede ser la resultante de uno o varios de los siguientes factores:

- Falta de vocación de servicio
- No se está de acuerdo con el qué hacer o el cómo hacerlo y no se ha escuchado el sustento de esa posición. Es probable que no se haya encontrado utilidad en su observancia
- Rechazo a la autoridad. Quizá el único día que cometió la omisión se le llamó la atención

Cualquiera de estas causas, habla de insatisfacción del prestador con los servicios que otorga y curiosamente cuando se pregunta sobre los incentivos para incrementarla, en primer término aparece la capacitación.⁽³⁵⁾

Para evaluar los efectos de la capacitación, se hace necesaria la certificación de conocimientos y destrezas. Un médico certificado teóricamente garantiza una atención de calidad ya que se trata de un profesionista que tiene los conocimientos y destrezas necesarias para ejercer una especialidad, ya que efectuó estudios de posgrado durante el tiempo que exige el plan de estudios de la institución en donde realizó su entrenamiento, lo que le permite otorgar una atención actualizada, responsable y de calidad. Esta garantía se acrecienta cuando el médico se certifica periódicamente ya que traduce una continua renovación de sus conocimientos y destrezas.

⁽³⁵⁾ García R.H., Los derechos humanos del médico. Gac. Méd. Méx., Vol. 131, No. 2. México; 1996.

Aun cuando cada vez es mayor el número de especialistas que se certifican, el 46.5 por ciento de los 65,000 especialistas que había en México en 1994 todavía no se certificaban. Es indudable que al incrementarse esta acción se tendrán importantes repercusiones en el ámbito profesional, tanto nacional como internacional.⁽³⁶⁾

⁽³⁶⁾ Espinosa de los Reyes, S.V., La evolución y el estado actual de la certificación de los especialistas en México, Gac. Méd. Méx., 131 (1), México, 1994.

CAPITULO VIII

SUPERVISIÓN Y ASESORÍA

Ya ha sido mencionada a la supervisión como una herramienta de gran ayuda para vigilar que la atención médica cumpla con los atributos que los usuarios esperan y que de alguna manera deben quedar explícitos en las salidas de los procesos contemplados en los lineamientos normativos generales. Hay que agregar únicamente, que el supervisor debe cubrir los siguientes requisitos:

- Conocer perfectamente las normas y comprender su utilidad, para poder motivar a los integrantes del equipo multidisciplinario en el cumplimiento de las mismas, no por obligación, sino porque estén convencidos de que es lo que más conviene a los usuarios
- Poseer los conocimientos más actuales para brindar una asesoría de calidad cuando así se requiera
- Tratar con la misma cordialidad a prestadores y usuarios, tratando siempre de resolver la problemática de ambos. Es decir, ser imparcial y buscar soluciones, no culpables
- Entender la naturaleza del hombre para considerarlo como una persona capaz de ser buena y sujeta de cambio
- Favorecer la manifestación de sentimientos, y generar confianza al eliminar la imagen estereotipada del jefe al que hay que tener temor
- Eliminar el temor a equivocarse y aceptar que nadie es perfecto, únicamente perfectible en la medida que aceptemos nuestros errores

A la supervisión también se le ha llamado evaluación permanente del proceso de la atención ya que para mejorar la calidad de los servicios se requiere analizar los procesos, más que el desempeño individual.

El Instituto ha elaborado estándares para evaluar casi todos los aspectos de la operación. Estos estándares han sido aceptados en términos generales; sin embargo no siempre son el mejor punto de comparación aun cuando permiten conocer qué tanto se aleja la realidad operativa del ideal establecido por la Institución.

Como sea, es un hecho que no existen estándares para evaluar la calidad de la atención desde el punto de vista del paciente.

La evaluación de los “procesos” de la atención médica tiene como base la revisión de la información contenida en los expedientes clínicos. Tradicionalmente se ha utilizado la revisión del expediente clínico para evaluar la calidad de la atención médica, tanto en la consulta externa como a nivel hospitalario. Mucho se ha debatido cuan completas son las historias y notas clínicas, así como si su contenido refleja realmente la atención prestada. Otra limitante que tiene el revisar notas en el expediente es que éstas reflejan un evento pasado, y en caso de error la enmienda podría llegar demasiado tarde. Pongamos un ejemplo a nivel hospitalario donde se ha evaluado el proceso de atención médico-quirúrgica a través de los siguientes indicadores:

- Regreso no programado a la sala de operaciones durante la hospitalización
- Laceración, perforación o corte de un órgano durante una intervención quirúrgica u otro procedimiento inadecuado de diagnóstico y tratamiento
- Agujas, compresas, gasas o instrumental faltante al compararlo con el número previo a la intervención
- Error de transfusión⁽³⁷⁾

Aquí la ventaja es que el paciente está hospitalizado, y ante un error, por lo general, la respuesta es inmediata, pero cuando se detecta un error en la nota de un expediente de la consulta externa, es más difícil corregirlo oportunamente.

Para verificar si un clínico adopta las decisiones correctas, se han diseñado los algoritmos, que son una secuencia de criterios clínicos científicamente comprobados que facilitan al médico adoptar la conducta que más conviene ante diversas circunstancias.

Una manera de conocer si se acata la secuencia descrita en los algoritmos es el expediente clínico, donde se registran los síntomas, signos, resultados de exámenes de laboratorio o radiológicos, diagnóstico, tratamiento y pronóstico; sin embargo no refleja necesariamente todo el proceso de la atención. Por ejemplo, la relación interpersonal entre el médico y el paciente que debe estar impregnada de un respeto mutuo no puede visualizarse en un registro clínico.

⁽³⁷⁾ The Primer on Indicator Development and Application. Measuring Quality in Health Care. “The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization”, Oakbrook Terrace, IL; 1990.

Para subsanar las situaciones antes descritas, se puede emplear la observación directa y una hoja de cotejo en la que se marquen los pasos que el médico sigue para establecer un diagnóstico y conducta terapéutica. Se compara con la secuencia de pasos que marca el algoritmo, pero también es posible evaluar las actitudes y destrezas. En caso de una desviación es posible su corrección a tiempo, con lo que se evitará una evolución desfavorable.

Quizá no sea factible supervisar directa y permanentemente a todo el personal de salud y menos aún a todos los procesos de atención; sin embargo una muestra puede ayudar a que el supervisor tenga una idea clara de donde y a quienes vigilar más de cerca para identificar causas de las desviaciones y aplicar las medidas resolutorias más convenientes. El uso de rastreadores resuelve el problema de qué seleccionar para evaluar, ya que parte del supuesto de que lo que ocurre con algunos motivos de atención, ocurre con prácticamente todos los motivos. Algunos rastreadores que se han considerado útiles para evaluar calidad y eficiencia son:

- Atención prenatal
- Diagnóstico y tratamiento de infecciones respiratorias agudas
- Control de diabetes mellitus
- Diagnóstico y tratamiento de infecciones de vías urinarias
- Otros motivos de consulta de alta frecuencia o de fácil diagnóstico, tratamiento o control

Por ejemplo, para poder evaluar el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2, se han propuesto los siguientes indicadores de calidad:⁽³⁸⁾

PARAMETRO	BUENO	ACEPTABLE	MALO
-Glucemia Plasmática en ayuno	80 - 109 mg/dl	110 - 125 mg/dl	≥126 mg/dl
-Tensión Arterial	<140/90 mmHg	140 a 160/90 a 95 mmHg	>160/95 mmHg
-Índice de Masa Corporal	<25 en hombres <24 en mujeres	25 a 27 en hombres 24 a 26 en mujeres	>27 en hombres >26 en mujeres
CUANDO SE DISPONGA DEL RECURSO:			
-Hemoglobina Glicosilada (HbA1c)	<6.5%	6.6 a 7.5 %	>7.5%
-Triglicéridos en ayuno	<150 mg/dl	150-200 mg/dl	>200 mg/dl

⁽³⁸⁾ Alpizar SM, Sotomayor GA, Madrazo NM. Acciones anticipatorias ante diabetes mellitus. Rev. Méd. IMSS 36 (1); 1998.

Los rastreadores permiten además, la asesoría permanente y la identificación de necesidades de capacitación. Su única limitante radica en que si la fuente de información es el expediente, los datos consignados pudieran no reflejar fielmente lo que realmente se hizo.

CAPITULO IX

RECONOCIMIENTOS Y SANCIONES

Cuando los servicios de salud otorgados, cumplen con los atributos de calidad establecidos tanto por los usuarios internos como por los usuarios externos, se hace necesario reconocer el esfuerzo realizado en su consecución.

Algunos atributos que se han sugerido para evaluar el desempeño y premiar el esfuerzo de los trabajadores de la salud son:

- Atención efectiva

Grado en que los servicios mejoran las condiciones de salud.

Su evaluación es difícil, porque no sabemos a ciencia cierta en que medida el cambio es atribuible a los servicios. A veces los cambios en sentido favorable se dan con, sin y a pesar de los servicios de salud, pues las ventajas biológicas de cada individuo o el acceso de la comunidad a otros servicios juegan un papel muy importante.

- Atención eficiente

Se refiere al incremento en la producción de servicios de salud con el mínimo gasto de recursos, lo que se traduce en un bajo costo.

Puede ser injusto pensar que un médico es más eficiente y debe recibir un reconocimiento, porque con 8 horas contratadas atiende en promedio a 60 pacientes diariamente, mientras el promedio de sus compañeros es de 32. En sentido estricto es más eficiente, pero es muy probable que dada la demanda y la premura por atender a tantas personas, merme la calidad de la atención y ésta se refleje en un mayor número de consultas subsecuentes, que representarán un costo adicional.

- Atención óptima

Es aquella que logra los máximos beneficios al menor costo posible.

Es posible reconocer que un paciente con una enfermedad de baja complejidad y autolimitada, restablezca su salud sin tener que recurrir a medicamentos. Aquí hablaríamos de un beneficio con bajo costo. La dificultad estriba en el seguimiento de estos casos, pues el hecho de que no exista una consulta subsecuente en el expediente no es sinónimo de curación.

- Atención aceptable

Grado en que los servicios son apreciados por los usuarios como accesibles, acompañados de buen trato, y con respeto a sus preferencias individuales.

Evaluar este atributo es relativamente sencillo, pues basta con preguntarle al paciente al salir del consultorio, si desde su punto de vista considera que lo trataron bien y si regresaría nuevamente en caso de necesitar una nueva atención. La respuesta dependerá de las expectativas de cada usuario entrevistado y aquí habrá que tener cuidado de no premiar al médico que satisface los deseos de sus pacientes por encima de lo que médicamente requieren.

- Atención legítima

Es la atención que no se impone por encima de los principios éticos, valores, normas y creencias de la gente.

Este atributo es también muy difícil de evaluar, porque el médico generalmente desconoce los valores cívicos, éticos, religiosos y culturales de sus pacientes, y una acción justificada desde el punto de vista médico pudiera ser malinterpretada por el paciente. Esto sin embargo no deslinda al médico de su responsabilidad por cuidar estos aspectos.

- Atención equitativa

Es la distribución justa de los recursos y servicios, pues se destinan a quienes más los necesitan.

Una manera de reconocer al personal que brinda una atención equitativa, consiste en indagar quien identifica oportunamente a la población con mayor probabilidad de sufrir un daño o de que éste tenga una evolución especialmente desfavorable y le dedica por principio mayor tiempo en su atención; sin embargo hay que tener cuidado con las interpretaciones erróneas, como pensar que un mayor número de consultas subsecuentes significa mayor control.

Es indudable que reconocer el esfuerzo y los logros del personal de salud es un elemento muy útil para motivar hacia una cultura de calidad, pero si el

sistema de premiación no es evaluado periódicamente para reconocer acciones injustas puede resultar que su efecto sea contrario al esperado.

Es importante que en un sistema para evaluar y reconocer el desempeño, se contemplen entre otros los siguientes criterios:

- Número de cursos a los que asistió, para actualizarse en aspectos relacionados con su práctica diaria:
 - ✧ Resultados de la evaluación antes y después del curso
- Número de cursos en los que participó con actividades docentes:
 - ✧ Si fue titular, adjunto o conferenciante. Tiempo que duró su participación
- Número de investigaciones en las que está participando:
 - ✧ Cual es su participación
 - ✧ Si los resultados se publicaron
- Opinión sobre las relaciones interpersonales, tanto con sus compañeros de trabajo como con las autoridades de la unidad
- Opinión del supervisor respecto a la revisión de notas en el expediente:
 - ✧ Congruencia entre datos clínicos y diagnóstico y entre éste y el tratamiento
 - ✧ Justificación de exámenes de laboratorio y gabinete
 - ✧ Control de pacientes crónicos
- Opinión del usuario:
 - ✧ Tiempo de espera
 - ✧ Trato
 - ✧ Explicación sobre lo que tiene y lo que debe hacer

En cuanto al tipo de reconocimiento, este puede ir desde una palmada en la espalda y una felicitación verbal, hasta un reconocimiento por escrito y un premio en efectivo o en especie entregados públicamente. Lo importante es que nunca se pase por alto una conducta orientada a la superación personal y laboral, sobretodo si se refleja en una mayor satisfacción en la población a la cual servimos.

Ahora bien, así como se ha señalado la importancia de reconocer a quienes se esfuerzan por otorgar una atención de buena calidad, también debe mencionarse lo importante que resulta identificar y sancionar a quienes como

resultado de una actitud desleal y conducta irresponsable ponen en peligro la integridad y la vida de la población que solicita un servicio de salud.

Las Instituciones de Seguridad Social debido en parte al gran volumen de población que atienden y a lo complejo de su organización, llegan a compartir ciertas disfunciones de las organizaciones burocráticas tales como:

- Exagerado apego a las normas. «La gente sirve a la norma. El cumplimiento de la norma es lo relevante»
- Excesivo formalismo y papeleo. «Todo debe quedar documentado. Si no hay papel, el individuo no existe»
- Resistencia al cambio y superconformidad con rutinas y procedimientos. «Es más fácil la rutina. Siempre se ha hecho así»
- Despersonalización de las relaciones. «Los pacientes se convierten en enfermedades o números»
- Exhibición de señales de autoridad. «Sólo el cuerpo de gobierno toma decisiones. Sólo el médico dice quién está enfermo, de qué y cómo curarse»

Algunas de estas disfunciones llevan a la aplicación de sanciones, pero en ocasiones son injustas. Primero conviene analizar las causas de una desviación como resultado de la supervisión o de una queja por parte del usuario externo o derechohabiente. Aquí la premisa sería "No hay que juzgar en primera instancia al individuo, sino al proceso".

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, cuando se verifica que realmente la irresponsabilidad es inherente al trabajador y que generó un problema mayor que aquél que motivo la demanda de atención, la sanción puede ir desde una simple llamada de atención al prestador del servicios hasta la rescisión de su contrato. Estas medidas dejan precedente para que a futuro se preste mayor cuidado en la prestación de servicios.

Por otro lado, si se toleran las deficiencias en la atención médica, tanto en lo personal como en lo técnico, y esta situación es del conocimiento del personal, se generarán reacciones de descontento que pueden culminar en la

desconfianza y no acatamiento de las disposiciones emanadas por las autoridades de la unidad médica. Para evitar esto, cada caso debe ser investigado de manera imparcial tanto por los representantes de la Institución como los del Sindicato.

Cuando un usuario de los servicios se inconforma con la atención recibida, suele suceder lo siguiente:

- Simplemente salir molesto de la unidad médica
- Exponer su inconformidad al personal de salud que lo atendió
- Quejarse ante el supervisor del servicio o el director de la unidad
- Quejarse verbalmente o por escrito ante el área correspondiente a la atención y orientación al derechohabiente
- Poner una queja formal ante otras autoridades competentes

En relación a esta última opción, el 3 de junio de 1996 por decreto presidencial, se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud. El objeto de la CONAMED está perfectamente establecido en el Decreto presidencial de su creación, cuando señala que el mismo es contribuir a resolver los conflictos que se suscitan entre los usuarios de los servicios y los prestadores de dichos servicios.⁽³⁹⁾

Hasta ahora la CONAMED está realizando un buen trabajo y representa una alternativa viable y equitativa a los conflictos que se suscitan entre los prestadores de servicios médicos y el público usuario, con notable ahorro de tiempo y de recursos económicos para ambas partes. Pero, sobretodo, está resultando una forma eficaz de colaborar para garantizar no sólo el derecho de protección a la salud que el Estado mexicano tiene que cumplir, sino la calidad de dicha protección.

⁽³⁹⁾ Soberanes, F.J.L., La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Gac. Méd. Méx., 135 (1), México, 1999.

CAPITULO X

EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN SALUD

Cuando se evalúa la calidad, lo que se persigue es poder mejorarla, lo mismo sucede cuando se evalúa la efectividad.

No hay duda de que hasta ahora no existe un método único o mejor para evaluar la atención a la salud.

Ya Donabedian decía hace 2 décadas, que la calidad de la atención médica podía evaluarse en tres dimensiones: estructura, proceso y resultados.⁽⁴⁰⁾

Evaluación de la estructura

La evaluación de la “estructura” es rápida y objetiva, tomemos como ejemplo el área física y los recursos humanos, materiales y financieros, así como el suministro de insumos, pero cabe recordar que la estructura más perfecta no garantiza la calidad.

Evaluación del proceso

Ya hemos mencionado lo importante que es analizar que todos los elementos que entran en juego en un proceso como son: los materiales, la maquinaria, el método, el medio, las mediciones y las personas, deben interactuar de tal manera que el servicio que resulte, satisfaga las expectativas de los usuarios. Vigilar que se cumplan una serie de atributos que los propios usuarios establecen para que sus demandas sean satisfechas es el reto.

Evaluación de los resultados

La evaluación de los “resultados” de la atención es el objetivo final de los programas de calidad; sin embargo, por influir en dichos resultados muchos factores ajenos a la atención médica (inherentes al propio individuo o a su entorno), se dificulta precisar en qué medida la calidad de la atención influyó para que se dieran los resultados obtenidos.

Por consiguiente, antes de evaluar el impacto en salud es necesario tener en cuenta que la participación de cada individuo que conforma la comunidad juega un papel trascendental si queremos obtener un cambio significativo.

⁽⁴⁰⁾ Donabedian A., Evaluating the quality of medical care, Milbank Mem. Fund Q., 44:166-203; U.S.A., 1966

Lograr el empoderamiento y el autocuidado no es tarea fácil. Aspectos como la autoestima y la asertividad son indispensables para lograrlo.

Todos hemos escuchado alguna vez aquello de “nadie sabe lo que tiene hasta que lo ve perdido”, esto es, mientras poseemos algo, nos acostumbramos tanto a su presencia y lo sentimos tan seguro, que no nos preocupamos por evitar su pérdida. Otro refrán común entre nosotros es aquel de “después del niño ahogado, se tapa el pozo”, con ello podemos señalar que sólo cuando el daño a nuestra salud ha llegado tratamos de remediarlo, pero, para disfrutar de una buena salud ¿por qué no cuidarla?

Cuidar la salud depende de muchas cosas. Depende de las características que hemos heredado, del ambiente en que vivimos, de nuestros hábitos y conductas y de la atención que recibimos por parte del equipo de salud; sin embargo frecuentemente pensamos que las clínicas y los médicos son la única circunstancia que puede y debe mantenernos saludables cuando en realidad si no se les da el uso oportuno y adecuado por el contrario, pueden constituirse en un factor de riesgo más, o en el mejor de los casos en un elemento limitador del daño presente.

Hemos dejado de lado, que existen medidas que llevadas al cabo por nosotros mismos, permiten vernos y sentirnos saludables. Es necesario que nos demos cuenta que existen riesgos potenciales a nuestra salud que van más allá del control médico y que sólo con cambios en nuestra manera de pensar y actuar podremos evitarlos o limitar su presencia. Ni siquiera otros sectores y todos en conjunto han podido modificarlos. Esos riesgos que adoptamos o rechazamos y en cuya decisión interviene de manera importante nuestra voluntad son nuestros “estilos de vida”.

Actualmente se considera que, tanto el medio en que nos desenvolvemos como el estilo de vida de cada persona representan los factores más importantes y que más influyen en el estado de salud.

Al analizar las causas principales de mortalidad en la población usuaria de los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, encontramos que un número importante de ellas, podrían evitarse o retardarse si con buen sentido modificamos un poco nuestros estilos de vida.⁽⁴¹⁾

⁽⁴¹⁾ Sotomayor G.A., Para conservar una buena salud, *Solidaria* 97: 51-52, México; 1991.

Tal inferencia se basa en que si bien no es posible predecir con seguridad, quiénes son los individuos que morirán por esas causas, es posible, sin embargo, examinar las características de aquellos que han muerto y tratar de establecer en que diferían de los sobrevivientes. A estas características se les denomina factores de riesgo.

Algunos ejemplos de factores de riesgo como:

- La malnutrición voluntaria o por desconocimiento
- El fumar cigarrillos
- La vida sedentaria o con poco ejercicio físico
- El manejo inadecuado de la tensión nerviosa
- El consumo irresponsable de alcohol
- La no aplicación de medidas de seguridad
- Relaciones coitales sin protección

...son sólo algunos de los estilos de vida que, según el conocimiento actual, se asocian con un aumento en la probabilidad de muerte en ocho de las diez principales causas de muerte en el Instituto, las cuales son:

- La diabetes mellitus
- La obstrucción crónica de las vías respiratorias
- Los tumores malignos de la tráquea, bronquios y pulmón
- El infarto agudo del miocardio
- Las hemorragias intracerebrales
- La cirrosis hepática
- Los accidentes
- El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (S.I.D.A.)

Ante este panorama, es conveniente reflexionar y hacernos varias preguntas con franqueza:

¿Estamos haciendo todo lo posible por mantener saludable a la población que nos corresponde atender?

¿La población está dispuesta a participar activa y responsablemente en el cuidado de su salud?

Sólo es posible adoptar un estilo de vida sano cuando se dispone además de los conocimientos que da la Educación para la Salud, de las oportunidades y la voluntad de hacerlo.

Antes de evaluar impactos, es necesario evaluar si el nivel de conocimientos se incrementó y si las actitudes y conductas sufrieron cambios favorables. Para ello se requiere medir antes y después de cualquier estrategia educativa.

El impacto en el panorama epidemiológico vendrá por añadidura, pues la población hará lo procedente para no enfermar, asistirá oportunamente para su atención si llega a sufrir algún daño y cumplirá fielmente con las indicaciones que se le den para recuperar su salud. Si no hay impacto, será por carencia de otros servicios que también se asocian con bienestar, tales como: Educación, Trabajo, Vivienda, Alimentación y Saneamiento básico.

CAPITULO XI

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE PRESTADORES Y USUARIOS

Cada vez es más importante para los tomadores de decisiones del Sector Salud tener información confiable y oportuna sobre las opiniones de la población. Actualmente hay muchos datos; pero no se tiene información sistematizada de la opinión pública sobre el funcionamiento y desempeño de los servicios de salud. Hay datos, sobre el número y tipo de quejas a la Comisión Nacional de Derechos Humanos, a la Procuraduría General del Consumidor y a la recientemente creada Comisión Nacional de Arbitraje Médico; sin embargo, en este sistema es demasiado complejo definir en dónde están los mejores servicios y a dónde es más conveniente acudir en busca de atención.⁽⁴²⁾

Así por ejemplo, de las 6,523 quejas atendidas en la Comisión Nacional de Derechos Humanos del 1º de enero al 31 de diciembre de 1998,⁽⁴³⁾ la negligencia médica apareció en 6º lugar al clasificar las veinte principales causas de violación a derechos humanos, y aun cuando la dependencia envió recomendaciones al sector salud y efectuó seguimiento de las mismas al visitar unidades médicas para evaluar la prestación de servicios, así como el material y equipo disponible, al término del informe de actividades el Jefe del Ejecutivo externó "Es bueno que tengamos uno de los sistemas de ombudsman más extenso del mundo; sin embargo, será mucho mejor que este sistema tenga cada vez menos materia de trabajo y que los casos que ahora atiende no se repitan".

Año con año, las instituciones de seguridad social dan a conocer las cifras estadísticas, que muestran, un incremento en el número de consultas otorgadas, de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento realizados, de intervenciones quirúrgicas practicadas, de partos atendidos, de egresos hospitalarios registrados, etc.

Se evalúan los programas médicos a través de:

- Logro de metas, para conocer la cobertura poblacional y de atenciones
- Morbilidad y mortalidad, para conocer el impacto de las acciones generadas

⁽⁴²⁾ Zurita B., Nigenda G., Ramírez T.J., Encuesta de satisfacción con los servicios de salud (ESSSM), México; 1994.

⁽⁴³⁾ Roccatti M., Informe anual de actividades, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México; 1999.

Sin embargo, otorgar muchos servicios y a mucha gente, no es sinónimo de mejora en la salud ya que no existe la garantía de que éstos sean oportunos y de calidad. Por otro lado, la salud no depende exclusivamente de las acciones médicas. El riesgo de enfermar y morir es consecuencia de un sinnúmero de factores que no necesariamente tienen que ver con los servicios que el llamado "sector salud" otorga.

Es necesario reiterar que el bienestar de la población se logra si existen buenos niveles de calidad de vida en términos de derechos elementales para el ser humano, tales como:

- Nutrición
- Educación
- Recreación y oportunidad para el uso del tiempo libre
- Derecho al trabajo
- Vivienda
- Derecho a participar en decisiones políticas
- Buena salud física y mental

Un elemento en cambio, que con frecuencia se olvida al evaluar las Instituciones de Seguridad Social es el de la satisfacción de los usuarios, y si ésta depende directamente de la calidad técnica e interpersonal con que se otorgan los servicios. Hoy podemos afirmar por ejemplo, que el IMSS cubre con servicios médicos al 57% de la población total del país y que las miles de acciones que diariamente realiza en favor de la salud, han coadyuvado en el abatimiento de graves problemas de salud.

Pero, ¿qué tan satisfechos están los derechohabientes con la atención recibida en las unidades médicas?

Una investigación realizada hace 10 años⁽⁴⁴⁾ muestra no sólo la magnitud de la insatisfacción, sino las características o circunstancias asociadas con ésta.

Además de las cédulas de encuesta, cada una de las 37 delegaciones que participaron, enviaron propuestas de mejora que los propios prestadores y usuarios entrevistados manifestaron.

⁽⁴⁴⁾ Valdés D.J., Arias E.N., Sotomayor G.A., Satisfacción de prestadores y usuarios con los servicios otorgados en el primer nivel de atención del IMSS. Documento no publicado; 1990.

Después de someter a un análisis cuidadoso los resultados de la encuesta, se identificaron los factores asociados estadísticamente con insatisfacción y se jerarquizaron con base en su fuerza de asociación. Frente a cada uno de estos factores de insatisfacción, se listaron las propuestas de mejora. El valor del producto obtenido radica en que surge del sitio en donde se generan los problemas, que durante tantos años han sido motivo de preocupación para el Instituto.

Las propuestas tienen como objetivo:

1. Disminuir la prevalencia de los factores asociados con insatisfacción en los usuarios, tales como:

- Información nula o insuficiente para utilizar los servicios
- Inaccesibilidad geográfica
- Trámites lentos para autorizar los servicios
- Negativa o demora para recibir los servicios
- Estancia desagradable
- Mal trato
- Descuido en la atención médica

2. Disminuir la prevalencia de los factores asociados con insatisfacción en los prestadores, tales como:

- No inducción al puesto
- Desconocimiento de las normas
- Area física desagradable
- Insuficiencia o no funcionalidad de recursos materiales
- Distribución no equitativa de la demanda
- Sobredemanda
- Exceso de registros
- Limitación en el tiempo disponible para la atención al paciente
- Supervisión punitiva
- No asesoría técnica
- No capacitación complementaria
- No estímulos ni reconocimientos

Las sugerencias que los usuarios y prestadores de servicios entrevistados expresaron para enfrentar estas circunstancias asociadas con insatisfacción, fueron las siguientes:

Reto

- Información nula, insuficiente o deficiente para el uso adecuado de los recursos instalados en la unidad de medicina familiar
- Demanda de consulta banal o trivial que sobrecarga los servicios

Sugerencia

Dentro de las estrategias básicas para lograr la meta “salud para todos” están la de fomentar ambientes que permitan el máximo desarrollo personal y social y modificar los valores, creencias, actitudes y conductas que aumentan la probabilidad de ocurrencia de un daño.⁽⁴⁵⁾

En general puede decirse, que las acciones de promoción de la salud más exitosas han sido aquéllas en que la comunidad ha participado activamente; sin embargo, no debe confundirse esto con la ingenua esperanza de que la comunidad resolverá por sí sola los problemas sociopolíticos y económicos que inciden en su salud.

Se constituirán 2 brigadas para fomento de la salud en la comunidad (una para turno matutino y otra para turno vespertino).

Cada brigada se integrará por:

- 1 trabajadora social
- 1 epidemiólogo
- 1 técnico de saneamiento
- 2 auxiliares de enfermería
- 1 líder de la comunidad

Las actividades de la brigada serán fundamentalmente de promoción y asesoría en el autocuidado y la autogestión para disponer de los recursos instalados en la comunidad (La selección de la comunidad para que la brigada

⁽⁴⁵⁾ Cergueira, M.T., Promoción de la salud: evolución y nuevos rumbos, Bol. Oficina Panam, 120(4); OPS, Washington, D.C.; 1996.

realice sus funciones dependerá de una programación según riesgo o ante algún evento crítico).

Se enfatizará en el uso adecuado de los servicios disponibles a la unidad de medicina familiar.

Las actividades se enfocarán a crear grupos de reflexión para que el autocuidado se lleve a la práctica por convicción.⁽⁴⁶⁾

Se capacitarán promotores en la comunidad para la vigilancia y control de pacientes sanos y manejo inicial de la patología banal, así como del envío oportuno a la unidad médica ante la evidencia de signos o síntomas de alarma.

En las actividades educativas a la población de esas comunidades, un aspecto que debe contemplarse es el uso adecuado de los servicios en la unidad de medicina familiar.

Tanto el personal institucional como los líderes y promotores comunitarios deben vigilar el cumplimiento de las actividades y evaluar cambios en los conocimientos, actitudes y conductas con la consecuente disminución de los factores de riesgo y los daños.

Al personal que se distinga por su esfuerzo para lograr estos cambios, se le reconocerá en forma escrita y verbal públicamente.

Reto

- Inaccesibilidad geográfica a la unidad de medicina familiar

Sugerencia

Es inevitable que parte de la población ubicada en el área de influencia de una unidad médica tenga problemas de acceso, que puede estar condicionado por largas distancias, vías de comunicación inadecuadas, transporte insuficiente, falta de recursos económicos, etc.

⁽⁴⁶⁾ Chávez A.V., García M.A., La atención integral en medicina familiar, Rev. Méd. IMSS, 33:167-171, 1995..

¿Qué hacer para salvar esta situación?

Con base en un perfil sociodemográfico y epidemiológico cada unidad de medicina familiar debe seleccionar las comunidades con mayor riesgo a la salud y con problema de accesibilidad.

En estas comunidades deben identificarse los principales daños a la salud y los factores que se asocian con la presencia de éstos.

Es necesario realizar y evaluar acciones de fomento de la salud orientadas a modificar en sentido favorable los estilos de vida de esas poblaciones.

Debe capacitarse como se mencionó anteriormente, a promotores que vivan en las comunidades identificadas como de alto riesgo o con problema de accesibilidad, y que sean reconocidos por la misma, para la vigilancia y control de pacientes sanos o con bajo riesgo y manejo inicial de la patología de baja complejidad, aplicación de medidas preventivas como sería que la población susceptible de padecer enfermedades evitables por vacunación esté protegida en su totalidad y referencia oportuna a la unidad médica más cercana ante la evidencia de alguna complicación.

Idealmente las nuevas unidades en el primer nivel de atención deben ser pequeñas. Cada unidad contará con 5 médicos familiares, 5 auxiliares de enfermería, 5 médicos becarios, 2 enfermeras para manejo de casos estables o de bajo riesgo, 2 auxiliares universales de oficina, 1 personal de intendencia, 1 de mantenimiento y 1 director.

Cada unidad o varias unidades estará (n) respaldada (s) por servicios de odontología, trabajo social, dietología, medicina del trabajo, optometrista, laboratorio, rayos X y electrocardiografía.

Con el fin de que los recursos de otros niveles de atención se acerquen también a la población, deben desconcentrarse aquellos que por demanda sean más requeridos como pediatría, ginecobstetricia, cirugía general, oftalmología y otorrinolaringología, y ubicarlos en la unidad de medicina familiar que más convenga.

Se promoverá la concertación de esfuerzos de la comunidad con los representantes de los sectores competentes, para mejorar vías y medios de acceso a los servicios.

Reto

- Negativa o demora
- Largas esperas
- Estancia desagradable

Sugerencias

El mejoramiento constante de la oportunidad en la atención médica depende en buena medida de la simplificación de trámites y descentralización de servicios.

¿Cómo utilizar en forma óptima la infraestructura?

En primer término se requiere que el personal de primer contacto con el derechohabiente, cumpla con un perfil previamente definido que contemple no solamente el conocimiento técnico-normativo y demostración de habilidades y destrezas, sino también una actitud de vocación y servicio.

Los diversos niveles de decisión, a través de sus diferentes instrumentos de control y evaluación deben dar seguimiento para asegurar el cumplimiento de las disposiciones anteriores.

En el proceso de simplificación administrativa para agilizar los trámites que permiten acceder a los servicios, se requiere de la participación corresponsable de los usuarios de éstos, a través de sus opiniones y sugerencias para conocer sus necesidades reales.

Al igual que para las brigadas, el personal de la unidad deberá cumplir con un perfil previamente definido que contemple no solamente el conocimiento técnico y la demostración de habilidades y destrezas sino también una actitud de servicio.

Personal auxiliar universal de oficina recibirá a la población demandante de servicio, si no está adscrito, se adscribirá inmediatamente y se verificará vigencia del que traiga su credencial consigo.

En caso de presentarse algún problema, se orientará y se invitará a recibir por lo pronto acciones de promoción, protección específica y detección.

Para acceder inmediatamente al sistema, el primer título será la índole de la enfermedad: un caso de urgencia crítica y evidente siempre será el primero, independientemente de la persona afectada. De igual manera una enfermedad contagiosa. En segundo término, los asegurados y en tercero los grupos prioritarios o los portadores de algunas patologías seleccionadas. El resto recibirá la atención según demanda. Nunca se negará una atención y si fuera necesario se dará la orientación para una mejor utilización de los servicios.

Debe fomentarse la cita telefónica y respetar hasta donde sea posible la hora asignada para recibir la consulta.

A cada usuario de los servicios se le debe informar en qué consultorio va a ser atendido, qué médico lo va a atender, en qué turno va a pasar y en caso de probable larga espera se le informará, para que pueda aprovechar su tiempo en hacer otras cosas dentro o fuera de la unidad, sin que por ello pierda su lugar. Únicamente tendrá que estar atento a la pizarra donde aparecerá el número de turno del paciente que está siendo atendido.

En caso de permanecer en la unidad, se aprovechará esa oportunidad para realizar acciones de educación para la salud, de protección específica o de detección de factores de riesgo o de daños a la salud.

A fin de evitar las largas esperas condicionadas por la gran demanda en algunos consultorios, una opción es adscribir población a un módulo de 5 ó 10 médicos familiares y distribuir dicha demanda en forma equitativa conforme se vaya solicitando el servicio. Con esta medida, cada médico atenderá el mismo número de pacientes.

Cada médico dispondrá de tiempo para que en forma escalonada atienda a los pacientes citados. (Se sugiere no más de 8 por día en un máximo de 2 horas). Durante ese período no se le pasará consulta ordinaria.

Para que la estancia durante la espera sea agradable, además de colocar cuadros y plantas de ornato, se contará con un televisor o música ambiental.

A la asistente médica, se le podrá solicitar una revista de interés general y de fácil lectura con mensajes propositivos de fomento de la salud que contengan imágenes que llamen la atención. Si se requiere utilizar los sanitarios también se le podrá solicitar jabón, toallas desechables y papel sanitario.

Por último, el jefe de departamento clínico deberá con la mayor periodicidad posible, vigilar las salas de espera para detectar necesidades de atención inmediata como pudieran ser un diabético con descompensación aguda, un niño deshidratado, una embarazada con edema importante o un niño o anciano deshidratado, para tomar las medidas conducentes.

Reto

- Mal trato
- Descuido en la atención médica

Sugerencia

En la medida que se atiendan las demandas sentidas de la población , las unidades crecerán en imagen. Para ello, es necesaria la acción vigilante y de denuncia por parte de los usuarios de los servicios con el fin de mejorar la relación interpersonal, aun con todo lo subjetivo que puedan tener estas opiniones.

¿Qué hacer para lograr un mejor trato interpersonal y una mejor calidad técnica en la atención?

- Debe definirse el perfil del puesto del personal de recepción, lo mismo que de los candidatos para realizar la especialidad en Medicina Familiar
- Para el resto del equipo de apoyo médico-administrativo también deberá definirse su perfil para la selección
- Deben adecuarse los contenidos de la residencia de Medicina Familiar con base a la realidad operativa y normativa

- Los egresados de la residencia de Medicina Familiar deben demostrar periódicamente que poseen los conocimientos para prevenir y manejar de manera integral los principales motivos de demanda en la consulta externa. Su actitud frente al paciente y la congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica serán los dos mejores indicadores de su vocación médica
- Se seleccionará a los egresados de la residencia con base en su actitud ante quien demanda sus servicios y el nivel de conocimientos para atender los principales motivos de demanda, así como la aplicación de éstos en su tránsito por la consulta y la comunidad
- A todo personal de nuevo ingreso se le debe inducir en el puesto desde el primer día de labores, para que conozca el área donde va a trabajar, a sus compañeros de trabajo, las funciones y actividades a realizar, así como las normas que regirán su desempeño
- El desempeño de las funciones y actividades de todo el personal deberá ser supervisado diariamente para identificar necesidades de asesoría, capacitación complementaria y dotación de recursos
- Se reubicará al personal que desempeña la función de asistente médica, cuando reincida en el mal trato hacia la población que demanda servicios
- Se efectuará una evaluación periódica de los conocimientos y destrezas del médico familiar
- Se hará del médico familiar un personal de confianza
- Se evaluarán las quejas en forma conjunta por el director y el equipo multidisciplinario de salud

Reto

- Capacitación técnica deficiente

Sugerencias

Se identificarán por parte del director de la unidad, las necesidades de capacitación, tanto del personal de las brigadas como del ubicado en la misma.

Se propiciarán reuniones de los médicos con el resto del personal para revisión de casos problema con el fin de establecer medidas correctivas. En estas reuniones se actualizarán o aclararán los criterios de diagnóstico, tratamiento y referencia de los principales motivos de demanda en medicina familiar.

En coordinación con otros niveles de atención, se capacitará al personal que lo requiera para incrementar sus posibilidades resolutivas, por ejemplo: en exploración e interpretación del fondo de ojo, toma e interpretación de electrocardiogramas, etc.

La capacitación será eminentemente práctica y la evaluación se efectuará en forma mediata a través de observación directa de los cambios de actitud o adquisición de habilidades y destrezas.

Reto

- No inducción al puesto
- Desconocimiento de las normas

Sugerencias

Se establecerá en las normas, un mínimo de acciones que garanticen la calidad de la atención. Se establecerá el objetivo que se persigue, en quién se van a aplicar, quién las ejecutará, su contenido será claro y preciso, se señalará el dónde, cuándo, cómo y los recursos necesarios para aplicarlas.

Las normas deberán ser difundidas mediante capacitación y adiestramiento del personal. Un elemento que sustenta la necesidad de aplicarlas, son los resultados de la investigación que sobre las características locales de la atención a los problemas de salud se hayan encontrado. La finalidad es que el prestador de los servicios vea en la norma un apoyo para mejorar la calidad de la atención.

En la inducción al puesto, se contemplará no sólo el conocimiento de la organización, sino también el contenido normativo de los programas prioritarios.

Reto

- Supervisión deficiente
- No retroinformación sobre la calidad del trabajo
- No asesoría
- No capacitación complementaria
- No estímulo ni reconocimiento

Sugerencias

En la consulta externa de primer nivel, al paciente lo atiende un solo prestador de servicios que no puede discutir el caso con otros colegas. El tiempo destinado a la consulta es corto, por lo que si algo es omitido tendrá que verse en otra consulta, si es que el paciente vuelve.⁽⁴⁷⁾

Tanto el personal encargado de supervisar, como los prestadores de los servicios deben conocer y comprender la utilidad de los lineamientos normativos tanto para unificar criterios desde el punto de vista técnico, como para no omitir acciones relevantes.

¿Qué y cómo supervisar?

Se deben supervisar los eventos críticos, es decir aquellos que al ser omitidos o interpretados de manera incorrecta pueden poner en peligro la salud y la vida del paciente. Por ejemplo, durante la vigilancia de una embarazada, los eventos que deben ser vigilados son: la búsqueda intencionada de edema, aumento de la tensión arterial, albuminuria, sangrado trasvaginal, hipertermia y alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal. En una nota médica debe quedar claramente especificado que estos datos fueron investigados y cuales fueron los hallazgos. Del mismo modo, debe existir una interpretación de los mismos y la conducta terapéutica adoptada.

⁽⁴⁷⁾ Heather P.R., Actividades de la comunidad para mejorar la calidad de la atención de primer nivel. Calidad de la Atención a la Salud, 1(2), Harvard School of Public Health; 1994.

En un paciente con diabetes mellitus tipo 2, los eventos críticos que deben ser supervisados son: la medición del peso corporal y estatura, tensión arterial, colesterol total, triglicéridos en ayuno y glucosa plasmática en ayuno o hemoglobina glucosilada. En la nota médica deberá anotarse con base en los hallazgos, si existe control metabólico. Dependiendo del resultado, se establecerán las medidas pertinentes.

Una manera de reforzar la difusión de los criterios establecidos en las guías o protocolos normativos consiste en presentar diariamente ante el equipo de médicos del módulo, la última nota de un expediente tomado al azar y someterla a su consideración. Todos los comentarios son en primera instancia por parte de los propios médicos familiares. Una vez que se discute si lo que se hizo era lo más conveniente para el paciente, el jefe de departamento, de manera confidencial llama al médico responsable del caso y, de ser necesario, le asesora, promueve su capacitación complementaria o dota de recursos, dependiendo de las causas que hayan motivado las desviaciones identificadas. Si no hubiera desviaciones, reconoce su trabajo y lo felicita.

La supervisión del apego a las normas es factible si se cuenta con una técnica experta que sea creíble para los médicos porque han participado en el proceso.⁽⁴⁸⁾

El personal que realiza la función de supervisión y evaluación deberá surgir preferentemente de una propuesta de sus compañeros de trabajo y recibir capacitación antes de ocupar el cargo.

La retroinformación sobre el cumplimiento de los mínimos de calidad se efectuará preferentemente en forma inmediata y se asesorará y dotará de recursos si fuera necesario para corregir la desviación detectada.

Algunos mínimos de calidad que se sugieren son: no quejas, utilización correcta de los recursos para la atención y diagnóstico, tratamiento y envío a otros niveles de servicio acorde a las normas vigentes.

El personal médico y paramédico debe recibir un sueldo base de acuerdo a su preparación, sus destrezas, nivel de responsabilidad y nivel de resolución.

⁽⁴⁸⁾ Donabedian A., Calidad de la atención a la salud, 1(2), U.S.A.; 1994.

Por ejemplo los Estomatólogos, Médicos Familiares y Médicos Especialistas deben tener el mismo sueldo base. Un sobresueldo debe otorgarse a quien trabaje más y mejor.

Los parámetros para obtener dicho sobresueldo pueden ser:

- Trato amable
- Calidad técnica
- Satisfacción en la población
- Cumplimiento de normas institucionales

Los tres primeros se deben evaluar a través de encuestas de opinión a la población demandante de los servicios, un poco antes de abandonar la unidad.

La atención con base a las normas, se evaluará por medio de los registros en el expediente clínico.

Independientemente del estímulo económico, periódicamente se debe entregar un reconocimiento por escrito al trabajador de cada área que se haya distinguido por la calidad de su trabajo.

Aquel personal que de manera consistente se haya hecho acreedor a reconocimiento por su calidad en la atención, al separarse del Instituto, será candidato para que su nombre aparezca de manera permanente en una placa metálica situada a la entrada de la unidad con el título "Personal que demostró durante su vida institucional una gran capacidad técnica y humana para atender a nuestros derechohabientes usuarios".

Otros tipos de estímulo o reconocimiento que se sugieren son:

- Días extras de vacaciones
- Reconocimiento público por su buen desempeño

Cualquiera de estos estímulos o reconocimientos tienen más valor cuando se dan en un ambiente de camaradería. El personal que cumple funciones directivas, debe propiciar el trabajo en equipo a través de canales de comunicación permanente en ambos sentidos.

Por otro lado, al personal con desviaciones a las normas de atención que persista en su actitud a pesar de la asesoría, capacitación y dotación de recursos, se le destituirá de su cargo previa investigación y podrá ser rescindido si fuera necesario sin que para ello intervenga decisión sindical.

Reto

- Area física desagradable
- Insuficiencia o no funcionalidad de los recursos materiales

Sugerencias

Se permitirá que cada trabajador de la salud, haga de su área de trabajo un sitio confortable. Puede llevar por ejemplo, una silla más cómoda, puede colocar en la pared su título, diplomas o algún paisaje enmarcado, adornar con plantas o llevar un reproductor de música ambiental. Colocar una cubierta de cristal en su escritorio, un portarretratos con la foto familiar, un personificador, etc.

Cada trabajador debe disponer del mínimo necesario de recursos con opción a que con fundamento, solicite y se le asignen otros para otorgar una atención de mejor calidad.

Cada trabajador deberá reportar inmediatamente el mal funcionamiento de los recursos materiales que utiliza para que sean arreglados a la brevedad posible.

La limpieza de la unidad y la funcionalidad de los sanitarios son responsabilidad del personal de intendencia, pero la vigilancia en el cumplimiento de esta función deben realizarla prestadores y usuarios.

El cuidado preventivo del equipo e instrumental de la unidad es responsabilidad del personal de mantenimiento y conservación.

De no darse en forma satisfactoria estas dos condiciones, deben subrogarse los servicios y previa investigación destituir o rescindir al personal que no cumpla con sus obligaciones.

La solicitud oportuna de recursos materiales debe ser responsabilidad de todo el equipo multidisciplinario de salud. Por ejemplo, el encargado de la farmacia debe solicitar con toda oportunidad los medicamentos que por la demanda puedan agotarse. Si por alguna razón no se abasteciera a tiempo un medicamento, avisará sobre el faltante al personal médico y a los usuarios, a los primeros para que de ser posible prescriban otro con similares efectos y a los segundos para que surtan la receta en otra unidad y se eviten la molestia ocasionada por formarse y no recibir el medicamento.

Reto

- Distribución no equitativa de la demanda
- Sobredemanda
- Exceso de registros
- Limitación en el tiempo disponible para la atención del derechohabiente

Sugerencias

Otra opción aparte de la que ya se señaló de distribución equitativa de la consulta según demanda a cada uno de los 5 consultorios, es: quitar el servicio de visitas a domicilio y por lo tanto, no se sectorizará para que pueda adscribirse población a médico familiar de las diferentes características socioeconómicas y demográficas del área de influencia.

Se simplificarán los registros y definirá quién, dónde, cuándo y cómo los anotaré a fin de evitar duplicidad de los mismos. Se dedicará mayor tiempo a la atención que a los registros, para lo cual se anotaré sólo aquello que permita fundamentar el diagnóstico y tratamiento.

Todas las sugerencias que la propia operación plantea pueden ponerse en práctica; sin embargo antes de llevar a cabo una estrategia de mejora de los servicios, es necesario responder a las siguientes preguntas para tener un diagnóstico previo y poder después evaluar si hubo cambios favorables.

- ¿Pueden mejorarse las modificaciones hechas hasta ahora al sistema de atención a la salud?
- ¿Las quejas o reclamaciones sobre los servicios se han incrementado o no han sufrido cambios significativos?

- ¿Los representantes sindicales están de acuerdo en que se requieren modificaciones para incrementar la satisfacción de usuarios y prestadores de los servicios?
- ¿Predomina aún el estilo autocrático o caótico en la dirección de las Unidades Médicas
- ¿Existen limitaciones en la autoridad para la toma de decisiones tanto a nivel de directores como de jefes de servicio?
- ¿La capacitación al personal que lo requiere es insuficiente o no cubre las necesidades identificadas?
- ¿Se continúa evaluando la atención médica a través de la revisión de expedientes?
- ¿El área física de trabajo desagrada a los prestadores de servicios?
- ¿El instrumental y equipo es insuficiente o no funcional?
- ¿Existen antagonismos que dificultan el trabajo en equipo?
- ¿Hay problemas recurrentes que no han sido resueltos por ignorar las causas que los generan?
- ¿El índice de ausentismo está por arriba del promedio?
- ¿Existe un clima de incertidumbre?
- ¿Las quejas de los usuarios son frecuentes?
- ¿Se quejan de largas esperas?
- ¿Se quejan de la estancia en las salas de espera?
- ¿Se quejan de mal trato?
- ¿Se quejan de poco interés en su salud por parte del médico?

- ¿Se quejan de carencia de medicamentos, vacunas, reactivos o material de curación?
- ¿Se quejan de que se hace caso omiso a sus quejas?

Mientras mayor sea el número de respuestas afirmativas, mayor será la necesidad de establecer una estrategia de calidad.

Las propuestas hasta aquí señaladas, pueden inicialmente aplicarse en unidades piloto y dependerá de los resultados obtenidos que su aplicación se extienda.

Fundamentalmente están enfocadas al quehacer del médico familiar; sin embargo en un buen número de ellas se incluye las actividades del personal que labora en Fomento de la Salud, Medicina Preventiva, Archivo, Recepción, Trabajo Social, Enfermería, Estomatología, etc.

Abarcan tanto a personal de base como de confianza y en su desarrollo, directa o indirectamente participan los niveles operativo, directivo y técnico normativo.

Para cada una de las propuestas, entra en juego la creatividad del nivel local para adecuarlas con base en su experiencia.

Beneficios y trascendencia

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social, llevar recursos técnicos a la comunidad y desconcentrar los de segundo nivel a las unidades de medicina familiar, resuelve en parte el reto de la inaccesibilidad geográfica y funcional, ya que fomenta el autocuidado y la atención en el hogar de los problemas frecuentes y de baja complejidad. Se incrementa también la capacidad de resolución en el primer nivel de atención.

Al disminuir la demanda trivial, se dispone de mayor tiempo para atender a quien más lo necesite, esto es, a la población con alto riesgo.

Simplificar trámites administrativos con la cita telefónica, la reubicación y organización de los recursos según riesgo, así como distribución de la

demanda a consultorio según orden en la solicitud de servicios, resuelve en parte el reto de las largas esperas, ya sea porque éstas disminuyan o porque se aprovechan para actividades de educación para la salud, protección específica y detección de riesgos.

Establecer mínimos de calidad para las prioridades de salud a través de la definición de actividades críticas, orienta mejor los esfuerzos, disminuye los registros y facilita la supervisión.

La evaluación que los médicos familiares realizan a través del análisis de los registros en el expediente, inducido por el jefe de departamento clínico, evita la inconformidad, generalmente fundamentada, hacia la autoridad y facilita la asesoría y el convencimiento de satisfacer necesidades de capacitación.

El analizar la congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica por los propios médicos familiares, favorece el entendimiento para evitar el dispendio de recursos y la prodigalidad terapéutica.

Al disminuir la supervisión indirecta o documental, el jefe de departamento dispone de mayor tiempo para efectuar supervisión directa en las salas de espera, lo cual permite oportunamente resolver problemas de atención.

Al permitir que tanto usuarios como prestadores de servicios dispongan de áreas o estancias más agradables y demostrar que se tiene interés por satisfacer sus necesidades personales, propicia una mejor comunicación.

Al mejorar la comunicación, el personal con funciones directivas tiene más posibilidades de detectar problemas y, junto con el personal operativo, identificar las causas y la manera de atacarlas.

Reconocer el esfuerzo de quienes trabajan más y mejor y proporcionar estímulos económicos o en especie, favorece los cambios de actitud y la superación personal por otorgar servicios de mejor calidad.

La distribución equitativa de la demanda y los incentivos económicos grupales, propicia que los médicos se responsabilicen más por la salud de la población que les fue encomendada y mejoren el trato y la calidad técnica.

Estos son algunos de los beneficios que se infiere pueden lograrse con estas medidas. Finalmente la satisfacción de usuarios y prestadores de los servicios otorgados en las unidades de medicina familiar, será la meta a alcanzar y tendremos que medirla para conocer la verdadera trascendencia de estas propuestas.

CAPITULO XII

CONTENCIÓN DE COSTOS

La contención de costos representa una alta prioridad para la sobrevivencia de la seguridad social contemporánea y dos han sido las estrategias propuestas para obtener mejores resultados con el menor gasto de recursos:

- Fomentar la cultura de la salud y
- Mejorar la calidad de la atención médica

Para fomentar la cultura de la salud, se debe reorganizar el proceso educativo en la población para que ésta se responsabilice de su cuidado, atienda en el hogar la patología de baja complejidad y utilice los servicios cuando realmente se requiera y a la brevedad posible ante la presencia de signos de alarma.

Para mejorar la calidad de la atención médica, hay que capacitar a directivos en la administración de los recursos. No se trata de disminuir el gasto en salud, sino gastar de manera más racional, al tomar mejores decisiones a partir de información oportuna y confiable. El personal operativo, también, debe capacitarse para la aplicación ética de los conocimientos científicos y técnicos más actuales y una mejor relación interpersonal con los usuarios. Se evitarán los estudios no sustentados y las prescripciones innecesarias. Debe aplicarse un sistema de incentivos que otorgue una remuneración proporcional al desempeño, en el que la eficiencia sea un indicador a considerar.

Por último, es importante que no se adquieran tecnologías costosas que no beneficien a la mayor parte de la población usuaria y que la evaluación pase de lo cuantitativo a lo cualitativo, esto es cambiar productividad por eficiencia.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, han sido múltiples los esfuerzos por contener los gastos sin detrimento de la calidad de la atención a la salud. Ejemplo de ello han sido, la implementación de: personal de enfermería habilitado para atender población con bajo riesgo y daños de baja complejidad; la cirugía ambulatoria; el puerperio de corta estancia hospitalaria; etc. Sin embargo, son aún muchos los retos que presenta la organización de los servicios de salud del Instituto no sólo para disminuir los costos, sino sobre todo, para satisfacer las necesidades y expectativas de la población usuaria.

Cuando la atención es ineficaz se produce un incremento de los costos y no de los beneficios. Ejemplo de ello, como ya se ha citado, es la solicitud de

exámenes de laboratorio injustificados que aumentan el costo del diagnóstico, pero hay que tener cuidado de no caer en los extremos como la actitud de algunos administradores que en un afán por ahorrar, olvidan que el objetivo es lograr el bienestar de la población y no el gastar menos.

Cuando la atención es más dañina es cuando la calidad es deficiente, como sucede cuando un medicamento no está disponible y aumenta la probabilidad de una evolución especialmente desfavorable de la enfermedad. Por situaciones como ésta se ha dicho que el medicamento más caro es aquél que no se otorga a tiempo.

Algunas iniciativas como el "Programa para el uso racional de medicamentos" que pretendía mejorar su prescripción a nivel de consulta externa y hospitalización y abatir con ello el gasto por este concepto, se sustentaba en los siguientes hechos:

- Inexistencia de criterios normativos para la mejor elección de medicamentos en los padecimientos de mayor demanda
- Insuficiente supervisión de la congruencia clínico-diagnóstico-terapéutica
- Incremento en el costo de medicamentos y prescripción innecesaria y en tal cantidad que favorecía posteriormente la automedicación en el domicilio

La estrategia fue insuficientemente difundida o mal interpretada y se restringió la prescripción, se suministraron los medicamentos a granel y muchas veces en cantidad insuficiente lo que ocasionó descontento en prestadores y usuarios de los servicios de salud.

Cuando se piensa que la alta tecnología es sinónimo de calidad puede suceder que los profesionales quieran el mejor y más sofisticado equipo aunque no lo usen con frecuencia, lo cual eleva el costo de la atención sin que necesariamente se incrementen los beneficios.

Por otro lado, cuando los problemas de salud de baja complejidad son atendidos en el hogar, se abaten los costos y puede aumentar la efectividad si se capacita y adiestra sobre el manejo adecuado de estos casos. Una atención más temprana resulta ser más efectiva debido a que muchos

padecimientos son autolimitados mediante cuidados generales e intervenciones sencillas.

Si bien los servicios de salud no deben ser evaluados en términos de ahorro, la búsqueda de la eficiencia, es decir el logro de los mayores beneficios con el mínimo uso de recursos es una necesidad actual de las instituciones de Seguridad Social ya que garantiza su permanencia. Los recursos son limitados.

Medir los costos de una intervención y los beneficios obtenidos, permite tomar mejores decisiones respecto a varias alternativas.

La ineficiencia clínica se juzga por el grado en que se somete al paciente a procedimientos por diagnósticos que no se justifican o se prescribe un tratamiento innecesario.

La atención ineficaz produce un incremento de los costos y no de los beneficios. Los costos pueden disminuir sin alterar la calidad con sólo limitar la atención dispendiosa.

Ahora bien, cualquier ganancia en calidad, a cualquier costo, también mejora la salud aun cuando hay que reconocer que hay un punto después del cual los beneficios agregados ya no justifican el costo adicional.⁽⁴⁹⁾

Como ya se ha mencionado, la tecnología *per se* no es suficiente para elevar la calidad de la atención e, inclusive, en muchos casos resulta contraproducente. Así, el uso indiscriminado de recursos de alta tecnología aumenta el costo del ejercicio médico, disminuye la relación médico paciente, y lleva a la superespecialización.⁽⁵⁰⁾

En estos conceptos se incluye la respuesta negativa de los pacientes cuando se les somete a un estudio sin explicación o cuando el procedimiento es el

⁽⁴⁹⁾ Donabedian A., Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica, Perspectivas en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1992.

⁽⁵⁰⁾ Kumate J., Consecuencias de la tecnificación de la medicina, Gac. Méd. Méx., 126(6), México, 1996.

escape por la falta de diagnóstico clínico. Por consiguiente, se insiste en que la clínica ha sido y es, el recurso más eficiente en el ejercicio de la medicina.⁽⁵¹⁾

Prueba de lo anterior es que tecnologías como la telemática y la cibernética se han aplicado con el propósito de mejorar la calidad de la atención médica, pero hasta ahora no se han demostrado sus bondades.

Se han implementado algunas unidades de medicina familiar con computadoras, que si bien han eliminado papeles y trámites en el control de las prestaciones, con lo que se ha agilizado el proceso de afiliación y vigencia, salvo que ahora las notas son muy legibles, su contenido técnico no ha mejorado, ni la relación interpersonal con los usuarios ha cambiado.

Esta tecnología resulta además muy costosa, en un momento en que hay carencia de otros recursos que a pesar de su bajo costo son realmente efectivos, como son los materiales para la difusión de mensajes educativos dirigidos a la promoción de la salud, las vacunas, tiras reactivas, reactivos de laboratorio, placas de rayos X y medicamentos.

Hay que invertir en el equipo y material necesario para brindar una atención oportuna y de calidad, en la capacitación y actualización permanente del personal de salud, así como en incentivos para reconocer el esfuerzo agregado que muchos realizan para otorgar una atención de mejor calidad. Estas inversiones abatirán costos y aumentarán la efectividad de las acciones.

Para terminar este capítulo, sólo basta agregar que los incrementos de productividad no sólo no conducen hacia la mejoría de la calidad, sino que incluso la pueden deteriorar. No se trata de hacer mucho, sino hacerlo bien. Si desde la primera vez otorgamos una atención de buena calidad, la subsecuencia disminuirá y por ende los costos; pero sobretudo la posibilidad de mantener la salud o restaurarla, se incrementará considerablemente.

⁽⁵¹⁾ King R.C., Technology and the doctor-patient relationship, Int. J of Technology Assessment in Health Care, 3:11-18; 1997.

Para Deming⁽⁵²⁾ la relación es muy clara, ya que las estrategias para mejorar la calidad conducen hacia un decremento en los costos, debido a:

- La disminución en el número de eventos o procedimientos que deben repetirse por haberse realizado mal la primera vez
- La disminución en los retrasos de procesos y procedimientos
- La mejor utilización de los recursos
- etc.

De aquí que, al mejorar la calidad y evitar así las situaciones que se han mencionado, necesariamente se tienda hacia un incremento en la eficiencia.

⁽⁵²⁾ Deming WE. Out of the crisis. The New Economics. Cambridge, MA, MIT, Centro de estudios de ingeniería avanzada; 1993.

CONCLUSIONS

No hay duda de que la salud es un estado de adaptación permanente del ser humano con su entorno y que las características de la alimentación, la educación, el empleo, la vivienda, uso del tiempo libre y muchos otros satisfactores sociales juegan un papel importante en su conservación.

Durante muchos años se ha creído que la salud depende de las actividades médicas y que a mayor cantidad de servicios, mayor calidad y mayor impacto.

Actualmente México transita entre profundos cambios en lo económico, político, social, demográfico y epidemiológico. Esta transición incide en forma negativa sobre la salud de las poblaciones, sobretodo cuando los servicios se tornan inaccesibles, no equitativos y de baja calidad.

La seguridad social afronta estos problemas, que se suman a un ejercicio de la atención médica, donde domina el enfoque curativo. No es posible mejorar la calidad de la atención si no se cambia este enfoque en la formación de los profesionales de la salud.

Por otro lado es necesario que el personal de salud que labora en las instituciones de seguridad social se actualice permanentemente y adquiera nuevas destrezas que aumenten su capacidad resolutive. El supuesto de que los servicios son de buena calidad, solamente porque son otorgados por profesionales de la salud, es erróneo.

Es importante comprender que la salud es un fenómeno complejo en el que intervienen factores políticos, económicos, tecnológicos, ecológicos y culturales. El ejercicio de la medicina también juega un papel trascendental, pero existen dos grandes retos a vencer:

- Garantizar la cobertura y el acceso de toda la población a los máximos avances científicos y tecnológicos
- Brindar un trato humanista y respetuoso al individuo, preservar los valores fundamentales de la medicina y otorgar el máximo beneficio con el menor riesgo y costo

La calidad es entonces un elemento esencial para vencer estos retos.

Durante nuestra larga vida institucional, la palabra calidad aparece en repetidas ocasiones y casi constantemente en los últimos veinte años, tanto en los mensajes políticos como en los modelos de atención, programas y documentos normativos; sin embargo las más de las veces únicamente se ha quedado en un nivel declarativo y por desgracia la calidad no se da por decreto.

Si la calidad, tal y como la define actualmente la Organización Internacional de Estándares (ISO), es la capacidad de satisfacer expectativas, será alcanzada en la medida que conozcamos cada vez con mayor precisión lo que espera la población de nosotros y de los servicios que ofertamos.

Sin embargo, no basta con saber que los usuarios están insatisfechos con los servicios y que tienen la manera de expresarlo ante las instituciones de seguridad social y otras instancias que reciben quejas. Es necesario ahondar sobre las causas de la insatisfacción y pedirle a los propios usuarios que sugieran cómo mejorar esa situación. Otra manera de lograr que los encargados de planificar los servicios de salud puedan sugerir estrategias de intervención efectivas, es que al menos por una ocasión acudan como cualquier usuario, a solicitar un servicio.

¿Y qué es lo que realmente sucede cuando uno asiste a una unidad de servicios y solicita ser atendido?

Una buena parte de los usuarios no tendrán problema de acceso a la unidad, serán atendidos con prontitud, con cortesía y amabilidad y su problema de salud será resuelto. Pero un tercio al menos, según las encuestas, quedará insatisfecho. Esta población es la que nos preocupa.

Si tomamos como base los factores asociados a insatisfacción, que se han identificado tanto en las quejas escritas como en las encuestas realizadas, podemos deducir a través del siguiente ejemplo imaginario, que narra las vicisitudes de un usuario, el porqué de la insatisfacción. Se presentan primero algunas de las causas de insatisfacción y enseguida lo que ocurriría como consecuencia de las mismas:

- Trámites lentos y mal trato

A nuestro usuario le han informado que nadie, a menos que se trate de una verdadera emergencia, puede ser atendido si no ha sido adscrito a la unidad

y a un consultorio. Para ello debe de llevar su hoja de registro patronal, acta de nacimiento y comprobante de domicilio.

Regresa al día siguiente y espera pacientemente a que le entreguen un *carpet* y le asignen un consultorio. Acto seguido solicita la consulta, pero le dicen que ya no es hora, que regrese mañana.

- Largas esperas, sobredemanda, registros excesivos, deficiente atención

Al día siguiente después de permanecer hora y media de pie pues los asientos son insuficientes, es recibido por su médico, el cual realiza un breve interrogatorio y una somera exploración, ya que un número importante de pacientes esperan también para ser atendidos. El médico hace anotaciones en diversos formatos y expide una receta.

- Enfoque a la enfermedad, no al enfermo

El paciente requiere de un certificado que justifique su inasistencia al trabajo y a regañadientes, pues no se observa un ataque importante a su estado general, se le cubre ese día.

- No eficacia, dispendio de recursos

El paciente regresa una semana después y le expone al médico que no ha sentido mejoría. En esta ocasión se cambia el medicamento y se solicita el apoyo de algún auxiliar de laboratorio o rayos X. La solicitud del examen dice "en estudio". Se le cita en una semana.

Aquí la historia puede tener dos caminos: puede ser que el paciente ya se haya recuperado (por fortuna una buena parte de las enfermedades se resuelven de manera espontánea), pero podría existir ya alguna complicación, en cuyo caso el paciente regresa para conocer los resultados de los exámenes practicados.

- Error de diagnóstico y tratamiento, prodigalidad terapéutica

Todos los parámetros están dentro de los límites normales; en el expediente se anota un diagnóstico sin fundamento y se prueba un nuevo tratamiento.

Nuevamente existen dos posibilidades en la evolución: quizá ya no se presente el paciente, bien porque se sintió mejor o porque perdió la confianza en su médico. En caso de asistir nuevamente, suele intentarse un nuevo tratamiento (y es que a ese médico se le formó con la idea de que la culminación de una consulta es la expedición de una receta). Se da una nueva cita o se le indica que en caso de persistir las molestias acuda cuando así lo desee.

- Inaccesibilidad, inexistencia de criterios de referencia oportuna, diferimiento

El paciente asiste nuevamente a la unidad (que por cierto le queda lejos de su trabajo y tiene que tomar 2 camiones para llegar). A estas alturas tal vez ya exista alguna complicación o al menos el problema de ser agudo haya pasado a una fase de cronicidad.

Por “no haber respuesta satisfactoria al tratamiento” o “para estudio especializado” se refiere con un especialista del segundo nivel de atención. La interconsulta se difiere para dos semanas después.

- Atención impersonal, atención al órgano afectado, no a la persona

Ya en el hospital, el paciente es recibido por un médico especialista, que después de un interrogatorio intencionado y la exploración del órgano afectado, hace una pequeña nota y solicita nuevos estudios de laboratorio y gabinete. Se otorga una cita en dos semanas más.

- Alta tecnificación, pobre enfoque clínico, formación no supervisada del personal becario

El paciente ya está muy preocupado y acude puntualmente a su cita, en la cual se analizan los resultados de los estudios practicados y un médico becario (en formación) realiza una historia clínica completa (que no es igual a correcta) y cita nuevamente al enfermo (que a estas alturas demuestra por qué se le llama paciente).

El médico especialista lo recibe y ve la nota anterior y los resultados de los estudios, interroga nuevamente y explora el órgano afectado para poder integrar un diagnóstico de presunción.

Aquí pueden suceder tres cosas: Que solicite un estudio más, que inicie un tratamiento o que lo refiera al tercer nivel de atención. En los dos primeros casos se citará y atenderá nuevamente en varias ocasiones y tal vez se regrese para continuar su tratamiento con su médico familiar.

- Diferimiento en la atención, alta tecnología en sustitución del método clínico

En este caso hipotético el paciente es referido a un hospital de alta especialidad. Lo citan en tres semanas. Al acudir a su cita se repite exactamente la misma conducta que cuando llegó al Hospital General. Quizá la diferencia estribé en que ahora le han solicitado un estudio muy sofisticado. (una resonancia magnética).

- Insuficiencia de recursos, deshumanización

Dos meses después le realizan la resonancia magnética y es probable que en ese momento ya exista un diagnóstico más certero, pero también puede suceder que se requiera de una interconsulta con otro especialista en cuyo caso hay que armarse de mucha más paciencia.

Para fortuna de nuestro paciente ya no hay duda sobre el problema de salud y el diagnóstico de certeza ha sido emitido. Se procede a indicar el tratamiento: Si es quirúrgico habrá que revisar la libreta de programación de cirugías para ver cuando hay un espacio. Si el tratamiento es médico y los medicamentos que se necesitan están dentro del cuadro básico, se extiende una receta y pasa a surtirla a la farmacia.

El paciente experimenta un gran alivio cuando le informan que el tratamiento será médico y receta en mano se dirige presuroso a la farmacia de aquel enorme hospital en el que puso todas sus esperanzas y en donde finalmente le han dicho cual es su enfermedad y aún cuando va a tener que seguir asistiendo para estudios de control, está a escasos minutos de iniciar su tratamiento con la esperanza del alivio o la cura.

Después de hacer una larga fila llega a la ventanilla, entrega su receta y simplemente le dicen: ¡No tenemos ese medicamento, está agotado! o bien, ¡no nos lo han surtido! El paciente angustiado pregunta ¿cuándo lo tendrán?, ¡no lo sabemos! es la respuesta y enseguida: ¡el siguiente por favor!

Si por un momento nos pusiéramos en los zapatos de este paciente ¿Cuál sería nuestra reacción? Podremos enojarnos, llorar, deprimirnos intensamente. No podemos entender qué pasó. Es probable que a nadie le interese lo que pensemos o hagamos.

Si este caso hubiera realmente existido, vendría simplemente a formar parte de las estadísticas de la institución. Su problema de salud habría generado:

- 5 consultas en el primer nivel de atención (una de primera vez y cuatro subsecuentes)
- 6 consultas en el servicio de especialidades (todas subsecuentes)
- N estudios de laboratorio
- N estudios de rayos X o imagenología
- 60 días de incapacidad
- 6 recetas expedidas

Y uno cuando ve estas cifras puede reaccionar de dos maneras: la simplista que se refleja en la expresión ¡Ha habido buena productividad! Y la realista: ¿y eso que quiere decir?

Sobre esta última pregunta, uno podría agregar muchas más, tales como:

¿De qué calidad técnica y humana fueron las consultas?

¿Los estudios auxiliares de diagnóstico se justificaron?

¿El diagnóstico es congruente con los hallazgos clínicos y paraclínicos?

¿El diagnóstico fue oportuno?

¿El tratamiento indicado fue siempre el más adecuado?

¿Las recetas fueron surtidas?

¿El paciente continuó su control?

¿El paciente sanó, se controló, se complicó, quedó con secuelas o murió?

Si algo similar está realmente ocurriendo, aún cuando no sea lo frecuente debe ser motivo de gran preocupación, pues la vida de un ser humano puede estar en juego.

El profesional de la salud debe ser una persona que se asoma a otra en un afán de ayuda, que ofrece lo que tiene, un poco de ciencia y un mucho de comprensión y simpatía.

La consulta médica no significa sólo el deseo de acabar con la molestia orgánica sino de segar el temor escondido, la angustia inconfesada.

Es necesario que la población este cada día más y mejor informada, de tal manera que tenga elementos no sólo para el autocuidado de su salud sino incluso para poner en tela de juicio las decisiones de los médicos.

La atención dejará de ser eminentemente sintomática y curativa, la del futuro será anticipatoria y preventiva. Esto incluye la difusión de nueva información sobre la naturaleza y grado de asociación que existe entre el ambiente, el comportamiento y la salud de la familia, la habilitación de personas que en el hogar reconozcan estilos de vida riesgosos y protectores, a fin de que cambien su actitud para prevenir daños o bien para participar en el diagnóstico y tratamiento de patologías de baja complejidad y que generalmente se autolimitan. El identificar signos y síntomas de alarma, permitirá la búsqueda inmediata de profesionales de la salud para evitar una evolución desfavorable.

La creación de hojas de notación para identificar factores de riesgo y detectar a personas con alta probabilidad de sufrir un daño, puede ser muy útil para otorgar mayor atención a quien más lo requiera; sin embargo a menos que se aplique tempranamente, se recaben cuidadosamente todos los datos, se analicen correctamente y tomen decisiones apropiadas no pasará de ser un documento normativo sin valor.

Es impostergable que trabajemos cada uno en nuestro ámbito, para cubrir las deficiencias. Dejemos de esperar a que cambien los demás y empecemos por nosotros. Un método para iniciar el cambio es el propuesto por Deming, que contempla la siguiente secuencia de eventos:

- Defino que esperan los usuarios
- Mido si los servicios se apegan a esas expectativas

- Determino dónde se generan las variaciones entre lo esperado y lo observado
- Determino las causas de las variaciones
- Corrijo las causas para la mejora del proceso

La sociedad mexicana ya no soporta las ineficiencias, la corrupción y la apatía. El impulso de transformación viene de la sociedad; de la modificación de patrones demográficos y epidemiológicos que nos lleven a adecuar la oferta de servicios. Así, no debe extrañarnos que la promoción de la salud, como estrategia de gran eficiencia y efectividad, se concentre en la población infantil y adolescente, pues ahí los cambios de actitud y conducta son más fáciles de lograr y muchas enfermedades que generan un alto costo, calidad de vida deficiente y muerte prematura podrán evitarse.

Los servicios para responder a las necesidades de los usuarios deben ser flexibles, acompañados de buen trato y sin tener que someterse a trámites complejos y excesivo papeleo.

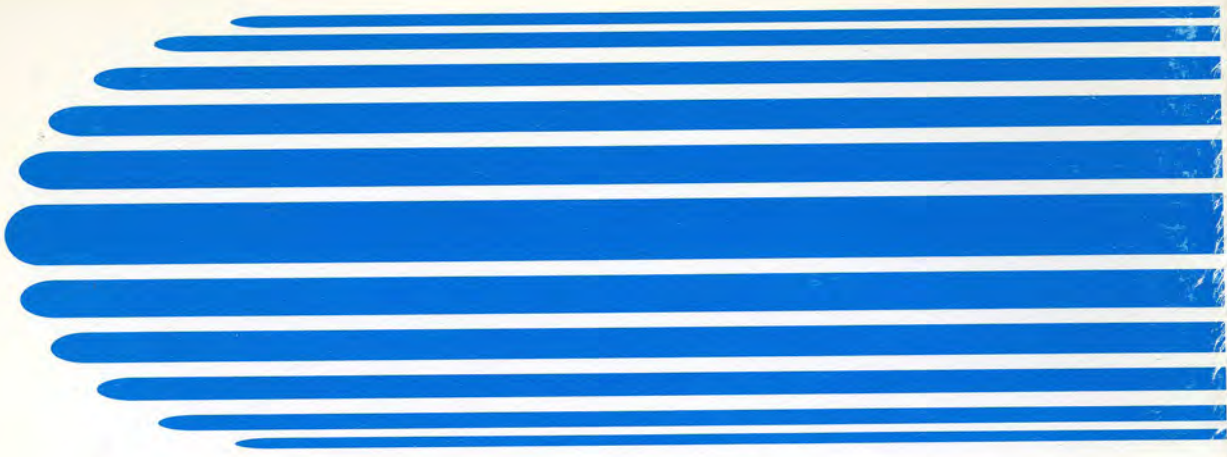
Se requiere de un alto nivel de excelencia profesional y de vocación de servicio en los prestadores lo cual implica un reclutamiento y selección rigurosa, seguida de una minuciosa introducción al puesto y actividades de educación continua y desarrollo para integrar los recursos humanos y trabajar en pos de un objetivo común.

Se necesita suficiencia y funcionalidad de recursos materiales y uso eficiente de los mismos; estancia agradable, corto tiempo de espera o aprovechamiento óptimo del mismo, un mínimo de riesgos para el paciente tanto en los procedimientos de diagnóstico como de tratamiento; un alto grado de satisfacción e impacto en la salud del paciente y reconocimiento al trabajo de calidad de los prestadores a través de compensaciones e incentivos.

Controlar el costo creciente de la medicina social mexicana es un reto, pero no debe ser considerado como el objeto primordial del sistema. Se ha propuesto poner énfasis en la acción en lugar de la planeación excesiva, la calidez en vez de la frialdad en la relación con el usuario y autonomía e iniciativa local más que programación central.

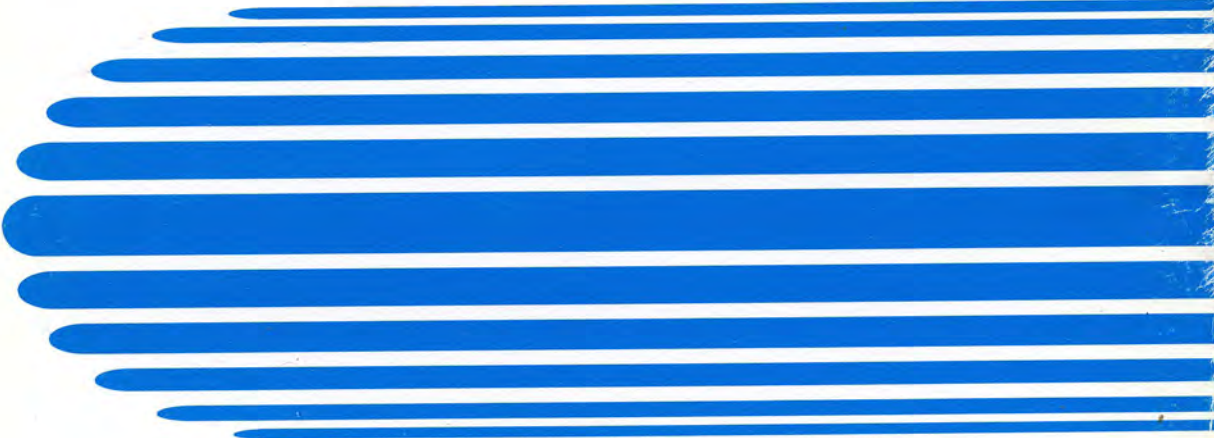
La tarea no es fácil. Se necesita además de imaginación y creatividad para proponer alternativas de solución, valor para señalar los problemas y no callar las causas. Los problemas no se resuelven ocultándolos.

Con todo esto, que suena sencillo, pero que representa un reto de grandes dimensiones, podrá alcanzarse no sólo la calidad por tanto tiempo anhelada, sino una mayor probabilidad de lograr la meta "Salud para Todos".



El programa editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), se integra por los libros de las series estudios y monografías, la revista seguridad social y el boletín informativo. Mediante estas publicaciones, la Conferencia cumple con una de sus finalidades, que es la de recopilar y difundir investigaciones, documentos y programas de la seguridad social.

La *Serie Estudios*, de la que forma parte este libro, cuenta con varios títulos que presentan el desarrollo y los avances de la seguridad social en sus distintas ramas. Su publicación se realiza conforme al programa aprobado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.



Conferencia Interamericana de Seguridad Social
Secretaría General
México, D.F.
2000