

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



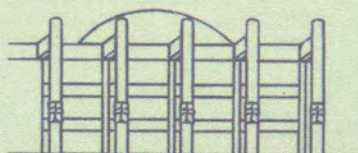
**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación 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.

Auditoría médica

material de estudio



CIES
CENTRO INTERAMERICANO DE
ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Curso a
Distancia

Auditoría médica
Curso a Distancia

Material de estudio

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social
Órgano de docencia, capacitación e investigación de la
Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Ciudad de México, septiembre de 2004.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna, ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, óptico, de grabación o fotocopia con fines lucrativos sin permiso previo del editor.

Editor: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social
Calle San Ramón s/n esq. San Jerónimo,
San Jerónimo Lídice,
C.P. 10100 México, D. F. Tel. 5595-0011
Registro 3079

© Derechos reservados. 2004. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

ISBN: 968-6748-32-6

Corrección de estilo: Jacqueline Briño
Formación y diagramación: Noemí de la Cerda

Índice

| | Página |
|---|--------|
| ¿En qué consiste y cómo debo usar mi material didáctico? | 5 |
| <hr/> | |
| Módulo I. La auditoría dentro del proceso administrativo de los servicios de salud | 7 |
| Por Edith López Ramírez | |
| <hr/> | |
| Tema 1. La auditoría dentro del proceso administrativo | 9 |
| Tema 2. Lineamientos generales de la auditoría | 15 |
| Tema 3. Evaluación de la calidad de los servicios de salud | 23 |
| Tema 4. Auditoría y <i>benchmarking</i> | 39 |
| Módulo II. Introducción a la auditoría médica | 45 |
| Por Adrián Peña Sánchez | |
| <hr/> | |
| Tema 1. Conceptos y evolución de la auditoría médica | 47 |
| Tema 2. Campos de aplicación de la auditoría médica. Propuesta del modelo integral preventivo | 57 |
| Módulo III. Modelos de evaluación del desempeño | 73 |
| Por Hilda Reyes Zapata | |
| <hr/> | |
| Tema 1. Calidad de la atención en servicios de salud | 77 |
| Tema 2. Análisis de procesos para la evaluación del desempeño | 93 |
| Formato para envío de actividades de evaluación | 127 |
| <hr/> | |

¿En qué consiste y cómo debo usar mi material didáctico?

El material didáctico está conformado por *una guía didáctica y el material de estudio* de cada uno de los módulos del Curso.

Guía didáctica

La Guía Didáctica tiene el propósito de ofrecer a usted una orientación general sobre los procedimientos para realizar el Curso y recomendaciones para aprovecharlo mejor.

Es importante que lea toda la guía didáctica antes de pasar al material de estudio y que incluso la revise antes de iniciar un nuevo módulo.

La Guía Didáctica contiene los apartados siguientes:

Planteamiento del Curso: en esta parte se señalan la justificación, propósito, objetivos y perfil de egreso, lo que le permitirá delimitar las finalidades del Curso y tener un punto de referencia para que usted evalúe si está cubriendo las expectativas de aprendizaje. También incluye un esquema en el que se indican el orden de los módulos, de forma que usted pueda llevar un seguimiento de éstos y distinguir la relación interna de cada una de las partes del Curso. Para ello también se señalan las palabras clave de cada módulo.

Metodología: señala los medios de comunicación por los que usted puede mantener el contacto con este Centro y conocer las responsabilidades de su tutor. En el apartado *¿Qué se espera de mí como participante de un curso a distancia?* se señalan algunas recomendaciones para un mejor aprovechamiento del curso.

Una lista de los ejercicios que debe resolver y enviar al CIESS, así como las características del proyecto final necesario para acreditar el curso, se ofrecen en el título *¿Qué actividades debo realizar y cómo se evaluará mi desempeño?*

Las fechas límite para entregar cada uno de los ejercicios requeridos para la aprobación del Curso se indican en el apartado *¿Qué actividades debo realizar y cómo se evaluará mi desempeño?*

En el material de estudio también se mencionan estas actividades. Se incluye el procedimiento y las características de la acreditación que el CIESS otorgará por aprobar este Curso.

Equipo docente: en esta sección se hace una presentación de los coordinadores y tutores.

Material de Estudio

Este material está dividido de acuerdo con los módulos que conforman el Curso. En él se señalan los temas seleccionados en función de los objetivos de aprendizaje, ordenados de manera secuencial para que la asimilación se realice paulatina y progresivamente.

Para el logro de los objetivos de aprendizaje de cada módulo *es importante que realice la lectura de los textos correspondientes antes de pasar a la resolución de los ejercicios* y actividades señaladas para la evaluación. Al finalizar su actividad de evaluación, recuerde enviarla oportunamente, de acuerdo con las fechas y tutores correspondientes.

Internet

La dirección del sitio en internet del curso es:

<http://edusites.org/ciess/login.html>

A través de este sitio usted encontrará diversos apoyos para un mejor aprovechamiento del Curso. Si bien estos apoyos tienen un carácter complementario, le sugerimos acudir a ellos para ampliar un tema, conocer avisos generales, intercambiar puntos de vista con otros participantes o resolver dudas generales antes de consultar a su tutor.

Para acceder a estos recursos solo requiere conocimientos básicos de internet (entrar a sitios, navegar entre varias páginas, escribir textos breves, etc.). Le recomendamos acceder a este medio dos o tres veces por semana.

Módulo 1. La auditoría

dentro del proceso administrativo de los servicios de salud

Introducción

La auditoría de los servicios de salud constituye una herramienta de gran importancia dentro del proceso administrativo, específicamente, dentro de la fase correspondiente al control de la calidad en donde se evalúa el cumplimiento de los objetivos y si las metas se alcanzaron con eficiencia, efectividad y equidad.

Uno de los métodos de uso más amplio en la administración es el sistema de evaluación del desempeño con base en el establecimiento y el cumplimiento de objetivos verificables¹. Por tanto, podemos concluir que el directivo es el responsable de aplicar auditorías internas o externas que permitan establecer medidas preventivas, correctivas y de mantenimiento en el proceso de mejora continua, definiendo prioridades en un plan estratégico.

Los autores destacados en el tema de la calidad tradicional, como Deming, Juran y Crosby, inician esta filosofía después de la Segunda Guerra Mundial y plantearon principios que apoyaron el levantamiento de Japón que, en ese entonces, era una nación con graves problemas económicos y que logró posicionarse como una de las primeras potencias mundiales. Posteriormente, Donabedian, uno de los pioneros de la calidad dentro de los servicios de salud, propone tres dimensiones para su evaluación: la dimensión técnica, la interpersonal y las amenidades y, junto con el enfoque del modelo de estructura, proceso y resultado, permite desintegrar cada componente del sistema para evaluar los servicios de salud.

La auditoría de los servicios de salud se encuentra regida por normas internacionales (ISO) y nacionales, por lo que la identificación de estas normatividades y de los indicadores, constituyen una herramienta indispensable para su aplicación.

Desde esta perspectiva, la auditoría constituye una oportunidad para analizar y comparar los servicios de salud así como para el alcanzar la certificación que avale la calidad de la atención de los usuarios.



Objetivo

Al finalizar el módulo, el participante distinguirá la importancia de la auditoría dentro del proceso administrativo y como herramienta de gestión de calidad en servicios de salud.

Palabras clave

Auditoría
Control
Dimensiones de la calidad
Enfoques para evaluar la calidad médica

Evaluación de la calidad
Normatividad
Proceso administrativo

Temas

1. La auditoría dentro del proceso administrativo
2. Lineamientos generales de la auditoría
3. Evaluación de la calidad de los servicios de salud
4. Auditoría y *benchmarking*

Autora de todos los temas: Edith López Ramírez



Ejercicios y actividades de evaluación

Primer ejercicio

Actividad individual

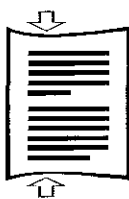
- Investigar y analizar los tipos de auditoría y la periodicidad con que se realiza en su servicio o departamento de trabajo.
- Realizar una propuesta de auditorías interna y externa dentro de su servicio o departamento.

Referencia bibliográfica

1. Koontz H. Wehrich H. (1999). *Administración. Una perspectiva global*. Mc. Graw Hill. Pág. 422.

Tema 1. La auditoría dentro del proceso administrativo

Por Edith López Ramírez



Resumen

La auditoría es un elemento del proceso administrativo que permite diagnosticar a una organización para evaluar los avances, retrocesos, debilidades y fortalezas de un servicio de salud.

El proceso administrativo es complejo y para funcionar requiere de la estructuración sistémica de las etapas que lo componen, por lo que es importante ubicar a la auditoría dentro de este contexto.

La administración ha sido dividida por los expertos en las siguientes etapas: planeación, organización, recursos humanos, dirección y control. Las etapas de planeación y control se unen para cerrar el círculo del proceso administrativo; la planeación inicia determinando los objetivos que la organización desea alcanzar y el control se encarga de verificar si han sido alcanzados y en qué grado, es en esta última etapa donde la auditoría se presenta como una herramienta indispensable que permite monitorear el sistema.

La filosofía de la calidad penetró fuertemente en la industria a finales de la Segunda Guerra Mundial. Fue en Estados Unidos donde los autores Deming, Juran y Crosby, iniciaron el marco conceptual, pero esta filosofía fue aplicada en Japón, país con grandes problemas económicos y de calidad en sus servicios que logró «el milagro económico» colocándose como una de las primeras potencias mundiales.

Deming, Juran, Crosby e Ishikawa coinciden en que la mejor herramienta para evaluar la calidad es el análisis estadístico y proponen *Las siete herramientas de la calidad*, que permiten la solución del 95% de los problemas que se presentan en la organización.

En el control de la calidad, la planeación estratégica permite la visión a largo plazo de la organización tomando en cuenta elementos de los ambientes externo e interno que inciden en los servicios de salud y donde la auditoría, al establecer un diagnóstico, da bases para realizar procesos correctivos y preventivos que permitan tomar decisiones disminuyendo la incertidumbre.

La gestión debe garantizar la calidad de un producto o servicio y una de sus tareas fundamentales es verificar el cumplimiento de los objetivos planteados, por lo que la auditoría es una herramienta fundamental para garantizar el éxito de una organización.

Tema 1. La auditoría dentro del proceso administrativo

Por Edith López Ramírez

Para entender la importancia de la auditoría médica es necesario colocarnos dentro del proceso administrativo de los servicios de salud, el cual puede definirse, como la articulación de diferentes etapas que van desde el diseño hasta el mantenimiento de un sistema en el que se cumplen efectiva y eficientemente los objetivos de la organización.

Los expertos dividen la administración en cinco etapas:

- **Planeación.** Inicia con el planteamiento de los objetivos, la definición de estrategias, políticas y planes detallados para alcanzarlos; en esta etapa se organiza la instrumentación de las decisiones. Incluye una revisión del desempeño y de los mecanismos de retroalimentación para el inicio de un nuevo ciclo de planeación¹.

La planeación tiende un puente entre el punto donde se está y aquel donde se desea llegar, por tanto las etapas de planeación y control son inseparables².

- **Organización.** Corresponde a una estructura de las funciones que desempeñara el equipo de trabajo indicando objetivos, deberes, actividades y niveles de autoridad. Este arreglo permite el funcionamiento del grupo.
- **Recursos humanos.** Esta etapa se deriva de la anterior y se presenta al seleccionar al personal capaz de llevar a cabo las funciones ya indicadas y de cumplir con eficiencia sus tareas.
- **Dirección.** Consiste en crear, influir y mantener el ambiente organizacional para que los integrantes del equipo alcancen los objetivos planeados de manera sinérgica.
- **Control.** Refiere a la medición y a la evaluación del desempeño del equipo de trabajo para garantizar el cumplimiento de los objetivos de acuerdo con los planes y normas establecidos, dando lugar a una nueva planeación de mejora continua en la organización. De esta manera, se confirma que las etapas de

planeación y de control son inseparables y que deben ser los engranes sobre los que gira el mejoramiento continuo de la calidad.

La fase de control tiene, entre otros, un elemento de especial importancia: la auditoría, que se constituye como una herramienta indispensable para identificar las debilidades y fortalezas de un sistema y asegurar la calidad de la atención.

La gestión de la calidad es un conjunto de acciones planeadas de manera sistémica, necesarias para garantizar la calidad de un producto o servicio. Este sistema se basa en la aplicación del proceso administrativo para satisfacer las necesidades de los usuarios externos, clientes o pacientes, y de los usuarios internos, empleados o prestadores de servicios. Cuando estos últimos se encuentran desmotivados, el control de calidad puede verse afectado.

Establecer un control de calidad permite verificar el grado en que los objetivos de la organización se están cumpliendo y establecer medidas que puedan corregir o mejorar el servicio o el producto para aumentar la satisfacción de los usuarios.

La teoría de sistemas dice que el control de calidad, por su dinamismo y versatilidad, permite *monitorear* continuamente el comportamiento organizacional, y sus posibles desviaciones, de acuerdo con el plan establecido, dando la oportunidad de realizar un diagnóstico que permita mejorar o ajustar las acciones para alcanzar los objetivos; da la oportunidad de conocer el medio ambiente interno y de detectar fenómenos del medio ambiente externo que inciden en el desarrollo de la organización.

Desde esta perspectiva, la auditoría constituye una herramienta importante del control y es por tanto, integrante del proceso de calidad.

La auditoría constituye una herramienta indispensable para identificar las debilidades y fortalezas de un sistema y asegurar la calidad de la atención.

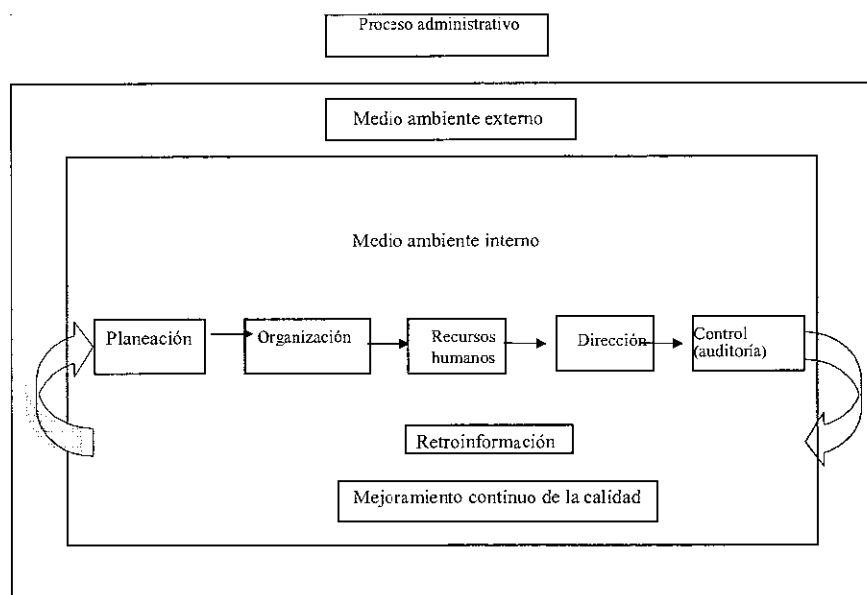


Figura 1. Proceso administrativo.

Las etapas de planeación y control son subsistemas interrelacionados del proceso administrativo y el control, por medio de la auditoría, evalúa el desempeño de cada parte de una organización, un servicio o un departamento para valorarlo según la misión general de la empresa.

Con base en el control, se puede saber si el cumplimiento o incumplimiento de los objetivos depende de las personas responsables de cada servicio y de la forma como lo brindan, de ahí la importancia de establecer estrategias de trabajo, una normatividad, protocolos de atención y la evaluación de indicadores.

La auditoría se basa en información documental para anticipar el momento en que pudiese existir una desviación de los objetivos, identificar la causa y quiénes son los responsables de establecer medidas preventivas en futuros procesos.

Las desviaciones negativas implican costos y, en los servicios de salud implican, además de costos económicos, inversiones humanas. Estas desviaciones pueden afectar la percepción de la calidad por parte del usuario.

Las desviaciones negativas pueden afectar la percepción de la calidad por parte del usuario.

La auditoría, como instrumento de control, permite monitorear el desempeño de una organización e implementar medidas preventivas para futuras desviaciones en la administración de la calidad.

La calidad da sus primeros pasos en los servicios de salud a inicios del siglo XX, sin embargo, fue hasta la década de los cincuenta, aproximadamente, cuando la filosofía de la calidad es implantada mediante una metodología y demuestra su importancia al posicionarse en un lugar estratégico dentro de la industria donde personajes, como Deming, Juran y Crosby fijan el rumbo que ha de seguir.

Al terminar la Segunda Guerra Mundial, Deming y Juran presentan a los empresarios de Estados Unidos, una de las naciones vencedoras de este conflicto, su filosofía de la calidad, pero causan un impacto. Por tanto, ambos investigadores se trasladan a Japón, país perdedor de la guerra y con grandes problemas de calidad, donde sí adoptan este sistema para los procesos industriales. Esta situación, permitió a Japón dar un giro total y realizar el llamado "milagro económico de Japón" que lo colocó como una de las primeras potencias mundiales. La huella que dejó este proceso en aquel país fue tan profunda, que se decidió establecer ahí el «Premio Deming a la calidad».

Deming, Juran y Crosby otorgan a la calidad distintas definiciones: para Deming, significa ofrecer productos y servicios a bajo costo que satisfagan a los clientes; para Juran, la adecuación de uso, y para Crosby, quien, a diferencia de los dos anteriores no era profesor universitario, la calidad significa cumplir con la normatividad y con los requerimientos específicos de cada producto o servicio como lo indica su clásico lema "Hacer las cosas bien y a la primera, y conseguir cero defectos".

Sin embargo, los tres autores coinciden en la premisa de que el análisis estadístico es la mejor herramienta para evaluar la calidad incorporando al control de la calidad las siete famosas herramientas que el doctor Kaoru Ishikawa acreditó y que permiten a la organización la solución del 95% de los problemas que se presentan. Estas herramientas son:

Los tres autores coinciden en la premisa de que el análisis estadístico es la mejor herramienta para evaluar la calidad.

1. **Hojas de verificación.** Su función es recolectar, organizar, confirmar hechos y apoyar a las otras seis herramientas.
2. **Diagrama de Pareto.** Sirve para identificar los pocos vitales para priorizarlos. Histograma. En este instrumento se estima la forma y el estado de los procesos.
3. **Diagrama de flujo.** Esta herramienta ayuda a identificar las etapas del proceso.
4. **Diagrama de causa y efecto.** Se utiliza para describir de forma simple las relaciones entre las causas y los efectos.
5. **Diagramas de dispersión.** Es útil para identificar el tipo de relaciones existentes en el proceso.
6. **Gráficas de control.** Son una herramienta para valorar los estados en los que se encuentran los procesos e identificar de manera oportuna las fuentes de variación.

En el control de la calidad, la planeación estratégica o de largo plazo constituye uno de los pilares fundamentales y una de las etapas de mayor complejidad que requiere establecer una metodología en la que se analice no solamente el medio ambiente interno, sino también el medio ambiente externo para reducir el grado de incertidumbre y facilitar un óptimo desempeño organizacional. En la planeación deben establecerse la visión, la misión, las políticas, los valores, los objetivos, los cursos de acción, las estrategias alternativas y la planeación de auditorías periódicas tanto internas como externas y, sobre los resultados que éstas aporten, planear procesos de reingeniería.

El resultado del control de calidad, que utiliza a la auditoría como una herramienta indispensable, permite una mejora sustancial en la elaboración de productos y en la prestación de servicios en la industria. Introducir paulatinamente el control de calidad en los servicios de salud posibilita que la auditoría médica integre a todo el personal, desde las personas de mayor jerarquía hasta el personal operativo, incluyendo a los usuarios externos o pacientes. De esta forma, se facilita que cada persona reconozca la importancia de su labor y se involucre en el trabajo, cumpla con las tareas que se le asignan y articule esfuerzos para lograr los objetivos de la organización convirtiéndola en líder.

El control de calidad en los servicios de salud posibilita que la auditoría médica integre a todo el personal, desde las personas de mayor jerarquía hasta el personal operativo, incluyendo a los usuarios externos o pacientes.

Tema 2. Líneamientos generales de la auditoría

Por Edith López Ramírez



Resumen

De acuerdo con el *Diccionario de la Real Academia Española*, la palabra auditoría proviene del inglés *to audit*, y del latín *audire*, oír. Su aplicación clásica refería a la revisión de procesos contables. Actualmente, con el establecimiento de la filosofía de la calidad, sus significados se han diversificado y uno de ellos se usa para verificar el cumplimiento de los objetivos de una organización; de esta revisión se desarrollarán propuestas de mejora en la calidad con un enfoque educativo y preventivo.

La auditoría se basa, fundamentalmente, en el registro de documentación que permita monitorear cada elemento del control de calidad dentro del marco de estructura, proceso y resultado. Esta auditoría puede realizarse de dos formas según los fines que se persigan y pueden ser:

Auditoría interna o de primera parte. Es la que realiza el responsable del servicio con el objetivo de evaluar su sistema y de aplicar medidas de control. Normalmente constituye una obligación moral para garantizar el control de calidad o se instituye como fase previa a una auditoría externa.

Por su parte, la auditoría externa puede ser realizada de dos formas:

Auditoría externa o de segunda parte. La realizan los clientes o alguien nombrado por ellos para verificar el cumplimiento de las normas establecidas en un contrato; si éstas se aplican, genera confianza en el proveedor. En caso contrario, ambas partes deberán establecer medidas correctivas y preventivas que garanticen que el producto o el servicio cumplirá con los estándares de calidad.

La auditoría externa de tercera parte. La llevan a cabo empresas certificadoras con el objetivo de verificar la aplicación de las normas nacionales e internacionales, como las que indica la Organización Internacional para la Estandarización (*International Organization for Standardization*) y que están encaminadas a los más altos niveles de calidad y, en caso de existir inconformidades por parte de la organización auditada, se determina un lapso para realizar una nueva revisión del asunto que causa controversia y, en caso de solucionarse favorablemente, se otorga el certificado que redunda en prestigio y en gran número de clientes potenciales.

Tema 2. Líneamientos generales de la auditoría

Por Edith López Ramírez

Según el *Diccionario de la Real Academia Española*, la palabra auditar proviene del inglés *to audit*, y del latín *audire*, oír, y se define como el examen de la gestión económica de una entidad con el fin de comprobar si se ajusta a lo establecido por la ley o la costumbre. Actualmente, la auditoría es utilizada como una herramienta de la gestión administrativa no solamente para examinar la economía de una empresa, sino para medir la calidad en la prestación de los servicios.

Es responsabilidad de los directivos realizar auditorías periódicas dentro de la organización para verificar, mantener, corregir y mejorar la efectividad y la eficiencia de los objetivos planteados.

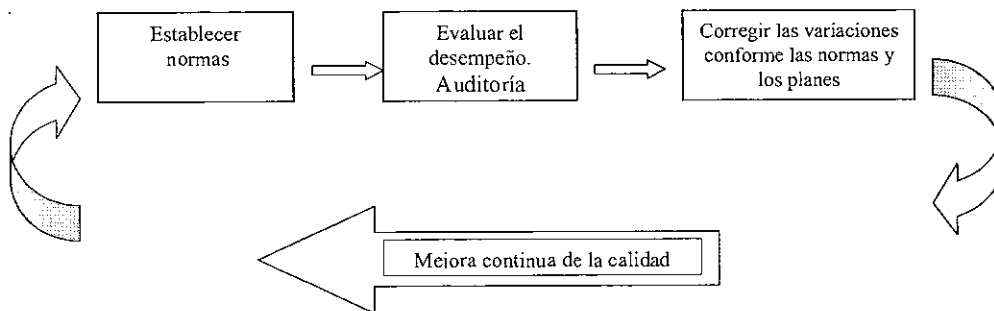


Figura 2. Proceso de la auditoría.

La auditoría tiene como objetivo hacer un seguimiento del proceso de control de calidad para diagnosticarlo, ubicar las fallas que se presentan e implementar un método de mejora.

La importancia de la auditoría de calidad tiene como base su enfoque educativo y preventivo que brinda a los directivos una visión objetiva del funcionamiento de la organización, lo que permite establecer acciones que garanticen un producto o un servicio.

La importancia de la documentación

El hombre es el único ser que puede aprender de la historia, de lo contrario, cada generación tendría que empezar de nuevo y aprender de su propia experiencia, de ahí que la importancia de la documentación no debe subestimarse ni considerarse una actividad inútil que lleva a una pérdida de tiempo.

La documentación, dentro del proceso administrativo brinda las evidencias suficientes para realizar una evaluación que identifique las áreas de oportunidad. Toda evidencia documentada debe cumplir con la normatividad.

La auditoría puede realizarse de forma interna (de primera parte) y constituye, más que un proceso punitivo, un proceso educativo e informativo, pues la llevan a cabo los responsables del servicio con el fin de establecer acciones correctivas, preventivas y / o de mejoría.

El objetivo de una auditoría interna es verificar si se han cumplido los metas establecidas, en los tiempos marcados y de acuerdo con los principios de equidad, efectividad y eficiencia con los que fueron planeados.

Las auditorías externas de segunda y tercera parte tienen la ventaja de brindar información desde la perspectiva de personas externas a la organización y de acuerdo con las normatividades internacional y nacional correspondientes, lo que permite, además, la certificación o el registro de una organización.

Las auditorías externas de segunda parte son realizadas por los clientes o por alguien que ellos asignan para verificar el cumplimiento de un contrato y saber si se está ejecutando de acuerdo con la normatividad y las especificaciones que indica. El resultado es que se genera confianza en el proveedor.

Las auditorías externas o de tercera parte son realizadas por una institución certificada con el propósito de obtener un registro o una certificación.

La documentación, dentro del proceso administrativo brinda las evidencias suficientes para realizar una evaluación que identifique las áreas de oportunidad.

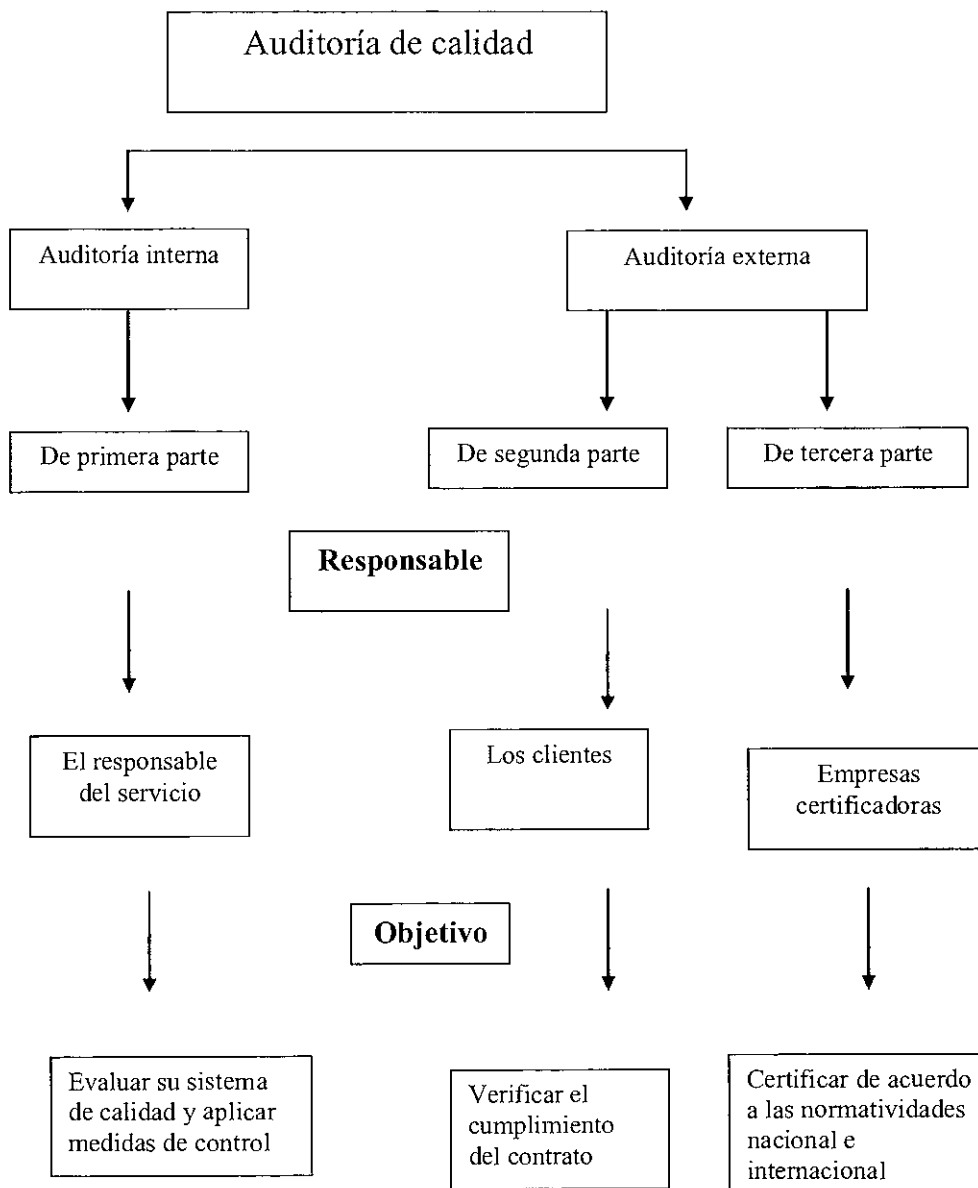


Figura 3. Características de la auditoría.

La necesidad de establecer una normatividad internacional ha dado como resultado la formación de la Organización Internacional para la Estandarización (*International Organization for Standardization, Iso*), cuyas siglas derivan del griego isos (igual). Esta organización se fundó en 1946 en Ginebra Suiza y cuenta con la participación de más de cien países de todos los continentes y de grandes compañías de presencia internacional.

Las normas de control de calidad se encuentran establecidas por la Iso con el objetivo de fundamentar principios básicos que permitan ejecutar y documentar auditorías de sistemas de calidad.

Las normas Iso 9000 determinan que toda compañía tiene la obligación de documentar sus procesos y su sistema de calidad donde se vea involucrado todo el equipo de trabajo y se sigan los lineamientos de la organización para que el sistema de calidad pueda ser monitoreado mediante auditorías internas y externas con el fin de implementar medidas correctivas, preventivas y de mejora. Este proceso contribuirá con un cambio en la cultura organizacional, una mayor calidad, la satisfacción de los clientes y el acceso a otros que son potenciales, así como con la certificación internacional.

Con el tiempo se hace necesario el aumento de normas ISO y surgen las llamadas Iso 9000 2000, dentro de las cuales se encuentran las normas 9001 que permiten evaluar la gestión de la calidad mediante un seguimiento metodológico que permite la satisfacción del cliente.

Iso 9001 es un conjunto de normas de carácter social y organizativo en la que todos los integrantes del equipo persiguen una misma finalidad: la mejora continua. Las normas 9001 o de excelencia permiten mejorar la organización de una empresa para realizar una gestión de calidad que satisfaga las expectativas de los clientes.

La certificación Iso 9001 otorga a las instituciones un documento con validez legal expedido por una organización acreditada que respalda el cumplimiento de las más estrictas normas de calidad para la satisfacción del cliente y, en caso de encontrarse una inconformidad, se determina un lapso para realizar una nueva revisión del asunto que causa controversia y, en caso de solucionarse favorablemente, se otorga el certificado.

Las normas Iso 9001 se estructuran de la siguiente manera:

- **Organización enfocada a los clientes.** Las organizaciones dependen de sus clientes y, por tanto, es necesario comprender sus necesidades presentes y futuras, cumplir con sus solicitudes y esforzarse por exceder sus expectativas.
- **Liderazgo.** Los líderes establecen el propósito y la dirección de la organización; ellos deben crear y mantener un ambiente interno en el que el personal pueda involucrarse totalmente con los objetivos de la organización.
- **Compromiso del personal.** El personal es la esencia de la organización independientemente del nivel en el que se encuentre dentro del organigrama, y su total implicación en el trabajo posibilita que sus capacidades sean usadas para el beneficio de la institución.
- **Enfoque en los procesos.** Los resultados deseados se alcanzan con más eficiencia cuando los recursos y las actividades se gestionan como un proceso.

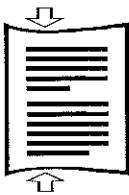
El personal es la esencia de la organización.

- **Enfoque del sistema en la gestión.** Se refiere a identificar, entender y gestionar un sistema de procesos interrelacionados para alcanzar un objetivo y mejorar la eficiencia de una organización.
- **Mejora continua.** Éste debería ser el objetivo permanente de la organización.
- **Enfoque objetivo en la toma de decisiones.** Las decisiones efectivas se basan en el análisis de datos y en la información.
- **Relaciones mutuamente benéficas con los proveedores.** Una organización y sus proveedores son independientes y una relación mutuamente benéfica intensifica la capacidad de ambos para crear valor y riqueza.

Cada servicio tiene características propias y normativas específicas que debe cumplir con base en normas internacionales, nacionales y en la legislación vigente de cada país, por lo que las empresas certificadoras deben tener cierta flexibilidad al realizar una auditoría.

Tema 3. Evaluación de la calidad en los servicios de salud

Por Edith López Ramírez



Resumen

La salud y la educación son importantes indicadores del desarrollo de un país. La reforma del sector salud, al indagar formas de mejorar los servicios de salud, elaboró una serie de propuestas que buscan la eficacia, la efectividad, la eficiencia, la equidad y la accesibilidad como garantía de la calidad en los servicios de salud.

Tomando como referencia los conceptos de calidad de Deming, Juran, Crosby e Ishikawa, así como a la figura principal de la calidad en los servicios de salud: Avedis Donabedian, se han elaborado modelos de evaluación para cada uno de los elementos que caracterizan a la calidad.

Donabedian identifica dos grandes dimensiones dentro de la calidad de los servicios de salud: la dimensión técnica y la interpersonal las cuales, de acuerdo con el modelo de estructura, proceso y resultado, pueden ser evaluadas mediante una auditoría para determinar las fortalezas y las debilidades de un sistema y para obtener medidas preventivas y educativas en búsqueda de una mejora continua.

La evaluación de los servicios de salud representa un reto y una oportunidad para los sistemas y, al igual que todo proceso de calidad, requiere la participación de los usuarios internos o de los prestadores de servicios y de los usuarios externos o pacientes. Desde el enfoque de la calidad, todos los prestadores de servicios deben enfocarse a satisfacer las demandas y las necesidades de los clientes o usuarios externos.

Un producto puede ser evaluado antes de llegar al usuario, lo que permite hacer correcciones en caso de ser necesarias, sin embargo, la complejidad de la prestación de un servicio radica en que se produce al momento de otorgarlo. Las dimensiones técnica e interpersonal se relacionan durante la atención médica dentro del marco de estructura, proceso y resultado.

Puesto que la atención médica lleva una gran responsabilidad moral, es necesario que todo el equipo se encuentre convencido de la importancia de evaluar la calidad del servicio que ofrece.

Tema 3. Evaluación de la calidad en los servicios de salud

Por Edith López Ramírez

Los servicios de salud llevan a cabo una actividad tan apreciada, tan compleja y de la que en ocasiones depende la vida de una persona, que hoy, más que nunca, demanda un ejercicio profesional de calidad inmerso en un proceso de mejora continua³.

La salud y la educación son indicadores del desarrollo de un país, de ahí surge la preocupación de los gobiernos y de algunos organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por reformar el sector salud para garantizar la equidad en la prestación de los servicios y ofrecerlos de forma oportuna a toda la población.

La reforma del sector salud implica mejorar políticas o reestructurar instituciones sociales. La seguridad social ha sido definida de forma clara en el *Informe sobre la seguridad social en América 2002* del CISS: "esquema de aseguramiento de riesgos individuales mediante el manejo solidario, que asegura que todos los ciudadanos tendrán las mismas oportunidades económicas, sin importar a que familia o grupo social pertenezcan o qué hechos fortuitos de carácter idiosincrásico tengan que enfrentar".

La reforma del sector salud no implica un cambio sustancial del sistema, sino que refiere a modificaciones de algunas políticas que inciden en el mejoramiento de la calidad de los servicios.

La Asociación Mundial Médica ha destacado la importancia del control de calidad al plasmar en su "Declaración normativa para el mejoramiento continuo", en el marco de la 49ª Asamblea general de Hamburgo en 1997: "Todos los médicos, otros profesionales del área de salud, incluidos los administradores y los establecimientos tienen que aspirar a un mejoramiento de su trabajo. Se debe estimular la participación activa de todos en la auditoría clínica y en iniciativas de revisión de calidad".

La calidad de la atención, basaba anteriormente en una visión subjetiva de los pacientes acerca del trato de un profesional, ha evolucionado y se dirige hacia la acreditación por parte de organismos encargados de certificar la práctica de instituciones de salud.

La calidad de la atención ha evolucionado y se dirige hacia la acreditación por parte de organismos encargados de certificar la práctica de instituciones de salud.

La calidad en los servicios de salud comenzó a ser materia de estudio para los médicos a principios de siglo pasado cuando se identifica la necesidad controlarla. A finales de la Segunda Guerra Mundial, Deming; Juran y Crosby inician el desarrollo de su filosofía de la calidad y demuestran la importancia de su aplicación convirtiéndola en una estrategia para que cualquier organización pueda competir en el nivel mundial.

Donabedian, por su parte, definió la calidad de los servicios de salud como "el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en el servicio, además de que la calidad es una característica que la atención médica puede tener en grado variable".

La calidad debe tener las siguientes características:

- **Eficacia.** Refiere a la aplicación de conocimientos, tecnologías y acciones en el momento preciso para obtener un resultado.
- **Efectividad.** Es el grado en que la salud del paciente se modifica como resultado de la atención médica.
- **Eficiencia.** La reducción de los costos de operación de la atención sin que esto afecte la calidad del servicio.
- **Equidad.** Atención igual para todos los usuarios.
- **Accesibilidad.** Atención accesible para todos los integrantes de la sociedad sin importar barreras culturales, económicas, geográficas o idiosincrásicas.

La calidad de la atención médica garantiza, en primer lugar, un servicio efectivo y eficiente a los derechohabientes y, en segundo lugar, un nivel de competencia en el plano mundial.

Es importante comprender que, así como los individuos, las organizaciones de salud son subsistemas, un conjunto de elementos que interactúan y que se relacionan para lograr determinados objetivos, en este caso, la salud.

Las organizaciones de salud son un conjunto de elementos que interactúan y que se relacionan para lograr determinados objetivos.

El sistema de salud es resultado del trabajo de un equipo y en él existen elementos de los ambientes interno y externo que lo impactan y que demandan una mejora continua que responda a las necesidades de los individuos y de la sociedad, por

lo que la calidad total es cambiante de acuerdo con las expectativas de los usuarios y del momento histórico.

Según el *Diccionario de la Real Academia Española* el vocablo *gestionar* significa hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera. La gestión médica constituye un elemento fundamental en el mejoramiento de la calidad; de esta situación surge la necesidad de que la gestión en los servicios de salud tenga como una de sus herramientas principales a la auditoría médica.

La auditoría médica ha presentado, en algunas ocasiones, resistencia para su implantación pues se confunde con una inspección en la que se busca un culpable o en la que se desea imponer un control directo mediante sanciones. Sin embargo, el objetivo de la auditoría médica es obtener un diagnóstico del sistema que permita analizar de forma clara y exacta las fallas y, con base en estos resultados, establecer medidas preventivas para mejorar.

La prestación de servicios de salud comparte con otros servicios algunas características, entre ellas:

- Intangibilidad. Los servicios no pueden ser tocados; nadie puede percibir la calidad de la atención médica, como podría tocar un estetoscopio.
- En la atención médica la producción y el consumo del servicio son inseparables, fenómenos simultáneos. En el caso de los bienes, los productores pueden analizar el producto antes de que llegue a las manos del cliente, por lo que otorgar atención médica se vuelve un proceso complejo.
- Heterogeneidad de los servicios. Dada la intervención de diferentes miembros y equipos de salud, la calidad de la atención puede presentar variaciones de acuerdo con el momento, el lugar, el proveedor y los factores humanos que intervengan.

Para analizar cada uno de los elementos que forman el sistema de salud, es necesario estudiarlo desde el esquema de estructura, proceso y resultado:

- **Estructura.** Está constituida por cada uno de los elementos tangibles y necesarios para la prestación del servicio, como infraestructura, recursos financieros, capital humano, recursos materiales, información, reglamentos, protocolos, pacientes, tecnología; es decir, todos los insumos que permiten prestar un servicio.
- **Proceso.** Todas las actividades que se llevan a cabo para otorgar la atención médica ocurren en el momento en que interactúa el equipo de salud con el paciente. El proceso incluye las indicaciones que el equipo de salud realiza al

El proceso incluye las indicaciones que el equipo de salud realiza al paciente y que son únicamente responsabilidad de él.

paciente y que son únicamente responsabilidad de él; estas indicaciones deben quedar documentadas de forma clara ya que si el paciente no coopera los resultados no serán los esperados aunque se otorgue la mejor atención. Con esta situación se hace evidente que no solo el personal de salud es responsable de la salud del paciente.

- **Resultado.** Es el producto de la atención y se determina por el cambio del estado de salud del paciente el cual puede ser bueno o malo.

Donabedian otorga 25% de importancia a la estructura y 75% al proceso y resultado de la calidad otorgada.

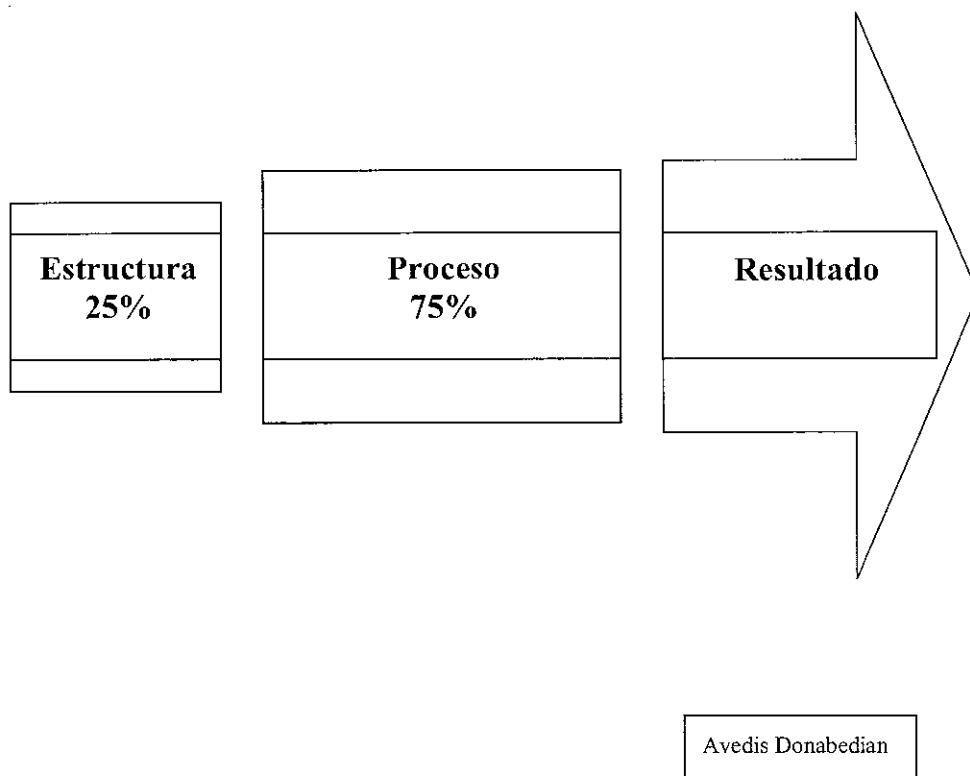


Figura 4. Enfoques de evaluación.

A partir de este esquema podemos identificar la importancia del proceso para la evaluación médica y de elaborar documentos que evidencien el seguimiento de un protocolo de atención.

Avedis Donabedian, el máximo representante de la calidad dentro de la atención médica, identifica dos dimensiones que interactúan en el proceso de la calidad de la atención:

1. **Dimensión técnica.** La aplicación de la ciencia y la tecnología en busca de la solución de un problema.
2. **Dimensión interpersonal.** Relación cualitativa que se da entre el usuario externo, cliente o paciente y los usuarios internos, prestadores de servicio o integrantes del equipo de salud en el momento de la atención médica.

Bajo la perspectiva de los códigos de ética, todo el personal involucrado en la prestación de servicios de salud tiene la obligación moral de realizar evaluaciones que les permitan establecer criterios para la actualización que, junto con su experiencia, lo lleven a una mejora continua persiguiendo una práctica profesional de calidad. Estos procesos de mejora se encuentran ya instituidos, en mayor o menor grado, en la legislación de cada país; la razón de ello es que una filosofía de calidad no puede implantarse de un día para otro sino que se requieren años para fijar estrategias e incorporar este nuevo modelo en la sociedad. de acuerdo con el momento histórico.

La auditoría médica tiene, al igual que la de cualquier otra área, legislaciones internacionales, nacionales y principio éticos que deben ser respetados; puede realizarse de forma interna, donde presenta un enfoque educativo, o externa con fines de certificación, pero ambas deben responder a los principios de confidencialidad establecidos.

El control de calidad implica la educación y la motivación de los usuarios, por lo que diversos ministerios o secretarías de salud, al implementar este programa, deben brindar medidas de apoyo que fortalezcan la participación del equipo de salud y de los pacientes, evaluando la calidad de la atención desde la percepción de los diferentes actores.

Dentro de la auditoría médica se encuentran presentes algunos elementos que contribuyen con el control de la calidad, como:

- **Elementos educativos.** Fomentan la capacitación y la actualización continuas de todos los actores del proceso de atención, implantan una filosofía de calidad.
- **Elementos técnicos-evaluativos.** Permiten monitorear el sistema para evaluarlo otorgando reconocimientos al esfuerzo de quien ejecuta el diagnóstico.
- **Elementos normativos.** Permiten valorar procesos de reingeniería que permitan actualizar los sistemas y adecuarlos a las necesidades de los usuarios de acuerdo con los protocolos, las normas y los procedimientos de atención.

- **Elementos éticos.** La atención debe darse de acuerdo con las normas éticas de cada sociedad.
- **Elementos de mercadotecnia.** El costo-beneficio de la atención médica hace necesario priorizar los problemas de salud para proponer programas y estrategias que permitan a corto, mediano y largo plazos la eficiencia de los servicios teniendo como meta principal la salud de la población.

El costo-beneficio de la atención médica hace necesario priorizar los problemas de salud.

Todos los elementos anteriores interactúan en la calidad de la atención de un servicio. El médico, por ejemplo, no podría realizar una historia clínica correcta si la empresa no cuenta con los elementos necesarios, como hojas de historia clínica, baumanómetro, estetoscopio, etcétera. Asimismo, el médico puede contar con toda la estructura, pero en el momento del proceso no efectuarlo, por lo que Donabedian ha establecido claramente la importancia de este momento dándole una importancia de 75% en la calidad. Así, el proceso no es quién lo hace sino cómo lo hace.

Los métodos y los procedimientos para la auditoría médica deben estar basados en lineamientos generales aceptados y en la investigación científica poniendo de manifiesto que los resultados de la atención no dependen exclusivamente de los médicos.

La historia clínica de un paciente contiene datos personales que deben mantenerse bajo estricta confidencialidad y para tenerlos se debe contar con la autorización de la persona. Del mismo modo, los informes que presenten fotografías o videos comparativos deben ser evaluados de forma que los pacientes no puedan ser identificados. La historia clínica, los informes y toda la documentación concerniente al proceso debe guardarse bajo estrictas medidas de seguridad para impedir que puedan caer en manos de personas ajenas a la investigación y que pudieran hacer mal uso de los mismos.

Los informes que presenten fotografías o videos comparativos deben ser evaluados de forma que los pacientes no puedan ser identificados.

Los comités de ética deben hacer del conocimiento del equipo de salud involucrado que va a realizarse una evaluación y, si es posible o la legislación lo estipula, contar con la autorización escrita de los evaluados. Los resultados de la evaluación no pueden ser publicados sin autorización de los involucrados o si de acuerdo con los principios de confidencialidad se consideran no publicables.

Los participantes de la auditoría clínica deben ser personas competentes y, en caso de certificaciones, contar con el registro correspondiente para avalar el proceso. La auditoría exige imparcialidad y debe basar su informe final en una evaluación crítica que identifique las áreas con problemas. Asimismo, y como principio ético y legal, se debe evitar la ingerencia de asuntos comerciales con otras empresas.

La capacidad del profesional deberá evaluarse respecto a la actualización de conocimientos y los resultado presentados en su práctica.

Dada la complejidad de la medición del proceso como fenómeno cualitativo, es necesaria la construcción de indicadores consistentes y válidos que puedan medir el grado de satisfacción del paciente y que se sustenten en métodos estadísticos para saber si miden lo que deben medir.

La gestión administrativa utiliza todos los medios disponibles y la información generada como un registro histórico para facilitar la evaluación y la auditoría, medir el grado de calidad con que los procesos son realizados y para disminuir riesgos mediante la toma de decisiones adecuadas para elaborar estrategias que permitan ofrecer un sistema que garantice efectividad, eficiencia y equidad en la prestación de servicios de salud.

Enfoque de evaluación e interrelación entre las dos dimensiones de la calidad

| Dimensiones de la calidad | Enfoques de evaluación | | |
|---------------------------|------------------------|---------|-----------|
| | Estructura | Proceso | Resultado |
| Dimensión técnica | 1 | 2 | 5 |
| Dimensión interpersonal | 3 | 4 | 6 |

Figura 5. *Relación entre las dimensiones de la calidad.*

La dimensión técnica y la dimensión interpersonal son procesos que se interrelacionan y se forman simultáneamente bajo el enfoque estructura, proceso y resultado, lo que hace que la prestación de un servicio sea un fenómeno complejo pues la producción de servicios se da al momento de brindarlo sin permitir una evaluación antes de ser recibido por el usuario, lo que implica que debe existir un control en el cruce de estos elementos para garantizar la calidad de la atención médica.

Para analizar la rejilla anterior, utilizaremos como ejemplo el servicio de consulta externa de un servicio de salud, los elementos del sistema y su interrelación con las dimensiones técnica e interpersonal y con el enfoque de estructura, proceso y resultado.

- Cuadrante 1.** Dimensión técnica y estructura
Instalaciones adecuadas de acuerdo con la normatividad existente.
Material y equipo completo, en buen estado y esterilizado en caso de requerirse.
Protocolos de atención.
- Cuadrante 2.** Dimensión técnica y proceso
Oportunidad de la atención.
Atención basada en la normatividad.
Procedimientos realizados en tiempo y forma.
- Cuadrante 3.** Dimensión interpersonal y estructura
Instalaciones ergonómicas, limpias y con la ventilación e iluminación correctas.
Trámites simplificados.
- Cuadrante 4.** Dimensión interpersonal y proceso
Trato digno e integral.
Valor agregado, amenidades, información.
- Cuadrante 5.** Resultados y dimensión técnica
Cero complicaciones.
Tiempo de recuperación de acuerdo con el protocolo establecido.
- Cuadrante 6.** Resultado y dimensión interpersonal
Paciente satisfecho por el trato de todo el equipo de salud.

Como puede verse, varios servicios tienen incidencia en la calidad de la atención en la consulta externa, desde mantenimiento, servicio social, archivo clínico y enfermería hasta la dirección, por lo que todas las áreas y los servicios del hospital deberán ser evaluados y auditados para mantener un correcto funcionamiento del sistema.

En la siguiente hoja usted encontrará un modelo de la rejilla o matriz de interrelación. Identifique qué elementos de su departamento o servicio corresponden a cada cuadrante y coloque en cada espacio los elementos correspondientes a cada dimensión.

| Dimensiones de la calidad en las organizaciones de | Enfoques de evaluación | | |
|--|------------------------|---------|-----------|
| | Estructura | Proceso | Resultado |
| Dimensión técnica | 1 | 2 | 5 |
| Dimensión interpersonal | | | |

Figura 6. Regilla de relación de las dimensiones de calidad.

Dentro del proceso de auditoría, y para cerrar el círculo de control de calidad, se deben incluir encuestas que evalúen la percepción de la calidad por parte de los usuarios externos e internos. Al constituir un fenómeno complejo, los instrumentos deberán ser elaborados cuidadosamente con base en una metodología científica y mediante pruebas que permitan verificar su validez y consistencia, por lo que se deberá tomar en cuenta el servicio que se presta, el grupo social al que se dirige, los valores y el momento histórico de los encuestados.

Los instrumentos deberán ser elaborados cuidadosamente con base en una metodología científica y mediante pruebas que permitan verificar su validez y consistencia.

Los directivos deben ser conscientes de la necesidad de los usuarios internos o prestadores del servicio, la motivación que ellos tienen para el desempeño de su labor pues un personal desmotivado puede tener implicaciones en la atención de los pacientes desde leves hasta graves. De la misma forma es necesario conocer las expectativas de los usuarios externos o pacientes para que puedan ser cumplidas y den como resultado un paciente satisfecho.

Los indicadores miden el grado en que se han cumplido los objetivos y las metas, y en cuánto tiempo se alcanzaron lo que puede expresarse como una proporción o tasa, por ejemplo: tasas de mortalidad, tasas de infecciones hospitalarias o proporción del grado de satisfacción de los usuarios externos o internos. Los indicadores deben ser válidos, consistentes, deben relacionar estructura, proceso y resultado con las dimensiones de la calidad, deben ser medibles, adaptables y aplicables por medio de entrevistas o en archivos según el tipo de investigación.

A continuación se presenta una encuesta de satisfacción del usuario que fue elaborada para medir la percepción de la calidad en las clínicas de la Facultad de Estomatología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (FEBUAP), misma que fue validada con una *Alpha de Crombach* la cual permitió proponer mejoras para cumplir las expectativas de los pacientes y medir su grado de satisfacción.

Las clínicas de la FEBUAP son atendidas por los alumnos de quinto a noveno semestres como parte de su formación y otorgan a la población servicios en diversas especialidades estomatológicas; todas las clínicas se encuentran bajo la supervisión de los docentes de cada área. Los pacientes pagan en caja un derecho de clínica para gastos de recuperación, su costo depende del tratamiento a realizar y le da derecho a biomateriales dentales de calidad. El paciente deberá realizar un pago adicional en caso de requerir alguna prótesis que deba enviarse al laboratorio y lo hará directamente con el alumno encargado del tratamiento.

La encuesta fue diseñada en dos partes:

La parte I, correspondiente a datos generales, permite identificar las características de cada individuo con el objetivo de realizar inferencias estadísticas para saber si el grado de satisfacción depende de la información que proporcionó cada persona.

La parte II, que se refiere a la percepción del usuario, permite detectar el grado de satisfacción del paciente a su egreso del servicio.

Se incluyeron preguntas abiertas que solo pueden ser evaluadas de forma cualitativa por los autores para identificar algún aspecto relevante para el paciente que se pudo haber omitido y que debiera agregarse en un ítem para mejorar el instrumento de medición.

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Estomatología

Encuesta de satisfacción del usuario

Autores

López Ramírez, Edith
Espinosa Aquino, Beatriz
Regueíra Rojas, Manuel
Fleites Linares, Gladis

El propósito del presente formulario es conocer su opinión acerca de nuestros servicios para realizar estrategias y garantizarle la calidad en la atención otorgada.

Instrucciones. Complemente las siguientes preguntas o marque en el paréntesis la respuesta.

I. Datos generales:

1. Día : _____ Mes: _____ Año: _____

2. Edad: _____

3. Género: Masculino () Femenino ()

4. Escolaridad:

() Primaria

() Secundaria

() Preparatoria

() Profesional

() Otra (especifique): _____

5. Procedencia (colonia o población): _____

6. ¿Cómo se enteró de los servicios que ofrecen nuestras clínicas?

- Recomendación
- Amistad
- Familiar
- Otro (especifique): _____

7. Cuando tiene problemas odontológicos, ¿a qué instituciones acude?

- SSA
- ISSSTE
- IMSS
- ISSSTEP
- DIF
- Particular
- Otras (especifique): _____

8. Motivo de la consulta:

- Dolor
- Problemas al masticar
- Estética (Imagen)
- Otro (especifique): _____

9. ¿Cuál es su relación con el alumno que lo atendió?

- Familiar
- Conocido
- Ninguna

10. ¿Cuántas veces le han atendido en estas clínicas? (1) (2) (3) (más)

11. ¿En qué horario le brindaron atención en las instalaciones clínicas?

- 7-9
- 9-11
- 11-13
- 13:30-15:30
- 15:30-17:30
- 17:30-19:30

II. Percepción del usuario

Instrucciones. Marque con una **X** la respuesta que considere adecuada.

| | | | |
|---|----------------------|----------------------|-------------------|
| 1. El acceso vehicular a la clínica es: | Bueno | Regular | Malo |
| 2. El acceso peatonal a las clínicas es: | Bueno | Regular | Malo |
| 3. ¿Existen rótulos informativos de las diferentes áreas y servicios que ofrecen las clínicas? | Sí | No | |
| 4. El personal administrativo portaba uniforme e identificación El personal de limpieza portaba uniforme e identificación El personal de roseta portaba uniforme e identificación Los médicos portaban uniforme e identificación | Sí Sí Sí Sí | No No No No | |
| 5. La orientación y la información proporcionada por el personal administrativo fueron: | Buenas | Regular | Malas |
| 6. El ambiente en la sala de espera fue: | Bueno | Regular | Malo |
| 7. ¿Los horarios de las clínicas se ajustaron a sus necesidades de tiempo? | Sí | No | |
| 8. El tiempo de espera para su cita fue: | Menor de 20 mins. | De 20 a 30 mins. | Mayor de 30 mins. |
| 9. Los espacios físicos de las clínicas son: | Buenos | Regulares | Malos |
| 10. La limpieza de las clínicas es: | Buena | Regular | Mala |
| 11. ¿El sillón donde se le otorgó el tratamiento fue cómodo? | Sí | No | |
| 12. ¿El precio de los tratamientos está dentro de sus posibilidades económicas? | Sí | No | |
| 13. La explicación del alumno sobre el tratamiento a realizar fue: | Comprensible | Incomprensible | No existió |
| 14. ¿Se modificó el tratamiento inicial? ¿Por qué? _____ | Sí | No | |
| 15. ¿Realizó algún pago adicional al tratamiento? Cantidad \$ _____ ¿Por qué? _____ | Sí | No | |
| 16. Al realizar el pago en la caja el tiempo de espera fue: | Menor de 10 min | De 10 a 20 min | Mayor de 20 min |
| 17. El trato de los alumnos que realizaron su tratamiento fue: | Bueno | Regular | Malo |
| 18. El trato de los doctores responsables de la clínica fue: | Bueno | Regular | Malo |
| 19. El desempeño del personal de roseta que surtió el material para su tratamiento fue: | Bueno | Regular | Malo |
| 20. La solución del padecimiento que motivó su consulta fue: | Total | Parcial | Nulo |
| 21. ¿Volvería para que le realizaran un tratamiento posterior? ¿Por qué? _____ | Sí | No | |
| 22. ¿Recomendaría a otras personas el servicio de nuestras clínicas? ¿Por qué? _____ | Sí | No | |
| 23. ¿Qué sugerencias daría para mejorar la atención de nuestras clínicas? | | | |
| | | | |
| | | | |

Gracias por su colaboración

Una consideración importante en el método de cualquier evaluación es la oportunidad que proporciona la información obtenida de ser usada con los fines que más convengan a la organización. Si el propósito es influir o reglamentar la ejecución de la atención al paciente, la información debe ser bastante actual. Mientras más tiempo haya pasado entre la producción del servicio y las mediciones del resultado, más fácil será que factores extraños entren en el cuadro y oscurezcan la relación causal proceso-resultado. La relevancia como la validez de esta clase de evaluaciones se atenúan con el tiempo⁴.

Mientras más tiempo haya pasado entre la producción del servicio y las mediciones del resultado, más fácil será que factores extraños entren en el cuadro.

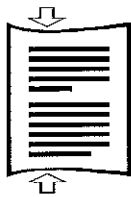
Por lo anterior, es conveniente que al aplicar encuestas de satisfacción a usuarios internos y externos se sigan lineamientos, como:

- Una encuesta nunca deberá solicitar el nombre de la persona.
- Es necesario aplicar las encuestas inmediatamente después de que ha concluido la prestación del servicio para medir con mayor exactitud el grado de satisfacción de los usuarios externos.
- Es importante que los usuarios internos apliquen los cuestionarios siempre a la misma hora y busquen un momento en que los encuestados no se encuentren presionados por las tareas pendientes.
- Las encuestas deben estar redactas con un vocabulario comprensible para la población a la que va dirigida.
- Se debe contar con la autorización de la dirección para realizar la investigación.
- Los resultados deben ser entregados únicamente a los directivos de la institución y ellos tomarán la decisión de cuándo, cómo y dónde socializarlos.
- Los resultados deben ser resguardados por el equipo de investigación bajo las más estrictas normas de ética y confidencialidad.

Las auditorías médicas internas o externas deberán aplicarse de forma periódica en los servicios de salud tomando en cuenta las dimensiones técnica e interpersonal que incluyen a todos los actores del proceso y bajo el enfoque de estructura, proceso y resultado; estas condiciones permitirán la evaluación de los avances o los retrocesos y brindarán un panorama de la organización para implementar estrategias preventivas y de mejora continua en beneficio de los usuarios.

Tema 4. Auditoría y Benchmarking

Por Edith López Ramírez



Resumen

Benchmarking y auditoría son herramientas del control total de la calidad (TQM) y si el proceso de *benchmarking* lleva implícito medir y comparar, realizar una buena auditoría nos sirve como preámbulo.

El *benchmarking* debe efectuarse cuando los responsables de un servicio de salud han identificado las fortalezas y las debilidades de su organización y saben con exactitud a dónde quieren llegar, pero no saben cómo hacerlo o tienen dudas de cual sería el mejor camino.

Después de la planeación del *benchmarking*, que como proceso de inicio debe contar con la autorización de la dirección, el equipo de trabajo debe identificar los aspectos que desea mejorar, por ejemplos: los tiempos de espera de los pacientes, la atención médica o cualquier otro servicio que haya mostrado debilidades. Estas mejoras deben ser comprendidas por todo el equipo operativo para lograr que se alcancen. La documentación constituye uno de los elementos fundamentales para establecer los procesos.

Las organizaciones o servicios participantes deben concertar los mecanismos para la evaluación observando siempre los principios éticos y de confidencialidad.

El *benchmarking* puede ser interno o externo y, este último a su vez, se subdivide en competitivo y global, o funcional y genérico. Algunos autores suelen clasificarlo en administrativo y clínico.

Para las organizaciones participantes, la finalidad del *benchmarking* debe constituir un proceso de ganar-ganar y, más que una amenaza, debe ser una evolución de la institución que tienda a mejores prácticas para alcanzar el liderazgo en la elaboración de un producto o en la prestación de un servicio.

Tema 4. Auditoría y Benchmarking

Por Edith López Ramírez

¿Y después de la auditoría?

Una vez concluida la auditoría, que nos ha dado la oportunidad de identificar las fortalezas y debilidades de nuestro servicio de salud, ¿qué podemos hacer? Las organizaciones de servicios de salud, al igual que todas las instituciones, necesitan cambiar de forma rápida y vertiginosa para enfrentar los retos de un medio ambiente; si el resultado de la auditoría ha sido bueno podemos mejorar nuestro sistema y adecuarlo a los nuevos escenarios, de lo contrario, debemos tomar medidas correctivas y preventivas que eviten errores en el futuro. Finalmente la auditoría contribuye esclarecer el diagnóstico de una organización y a compararla con otras instituciones en busca del reconocimiento de mejores prácticas. Esta herramienta del proceso de calidad se denomina *benchmarking*.

La auditoría contribuye esclarecer el diagnóstico de una organización y a compararla con otras instituciones en busca del reconocimiento de mejores prácticas.

A mediados de la década de los setenta inicia en Estados Unidos una crisis económica y es el momento en que el mundo decide voltear hacia Japón, donde Deming, Juran, Crosby e Ishikawa, entre otros, veían los resultados de la implementación de la filosofía de la calidad que se reflejaban en productos competitivos de alta calidad y de bajo costo. Los industriales japoneses habían desarrollado prácticas y procesos superiores obteniendo un liderazgo de nivel mundial que inició la aplicación del *benchmarking* entre Estados Unidos y Japón. Actualmente, el *benchmarking* es realizado con el objetivo de comparar una empresa que desea realizar procesos de mejora continua con una empresa líder.

El *benchmarking* es un proceso sistemático estructurado y, al igual que la auditoría, debe ser continuo, realizarse con el fin de identificar las mejores prácticas para el mejoramiento constante de una organización. Es un proceso que se incorpora primero a la industria y después a la atención de servicios de salud.

La OPS y la reforma del sector salud, al buscar la equidad en el otorgamiento de la atención a la población usuaria, han implementado procesos de calidad dentro de las organizaciones de sus países miembros para identificar las fortalezas y debilidades del desempeño de los servicios de salud.

La prestación de servicios de salud tiene muchas características comunes con otros servicios, pero también tiene muchas que le son propias, lo que hace posible aplicar el *benchmarking* no solo en hotelería, restaurantes, industrias, etcétera,

también con servicios de salud públicos o privados, nacionales e internacionales en búsqueda de mejores prácticas que contribuyan a mejorar la atención y que se reflejen en la salud de la población atendida. El benchmarking no es solamente la presentación de números sino un análisis profundo de los procesos y de la forma en que éstos se realizan para una práctica exitosa.

Las organizaciones de servicios de salud deben tener en cuenta que la aplicación del *benchmarking* va más allá de copiar de las organizaciones líderes los mejores procesos, sino que al conocerlos puedan adaptarlos a las necesidades sociales, políticas y económicas de su institución. Una buena práctica de una organización no garantiza el éxito en otra si se ignora el medio ambiente en el que se desarrollan los procesos.

El *benchmarking* en los servicios de salud debe basarse en aspectos éticos que permitan la confidencialidad de las organizaciones participantes, pueden ser del mismo ramo, y debe sustentarse en el principio de ganar-ganar; además, requiere de un compromiso a largo plazo que redunde en un análisis profundo, la participación responsable de la dirección, así como el involucramiento del equipo de trabajo para garantizar el empleo de esta herramienta de forma efectiva.

En las organizaciones de servicios de salud el *benchmarking* se aplica no solo a los clásicos servicios administrativos, como el de contabilidad, sino también a todos los departamentos o servicios incluyendo el área clínica.

Si basamos lo anterior en el trabajo en equipo y dejamos atrás el viejo paradigma de que los descubrimientos e inventos se dan de forma individual y en un contexto aislado, nos daremos cuenta de que podemos coordinar esfuerzos para mejorar nuestro servicio de forma más rápida y eficiente orientándonos a la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

El benchmarking no es solamente la presentación de números sino un análisis profundo de los procesos y de la forma en que éstos se realizan para una práctica exitosa.

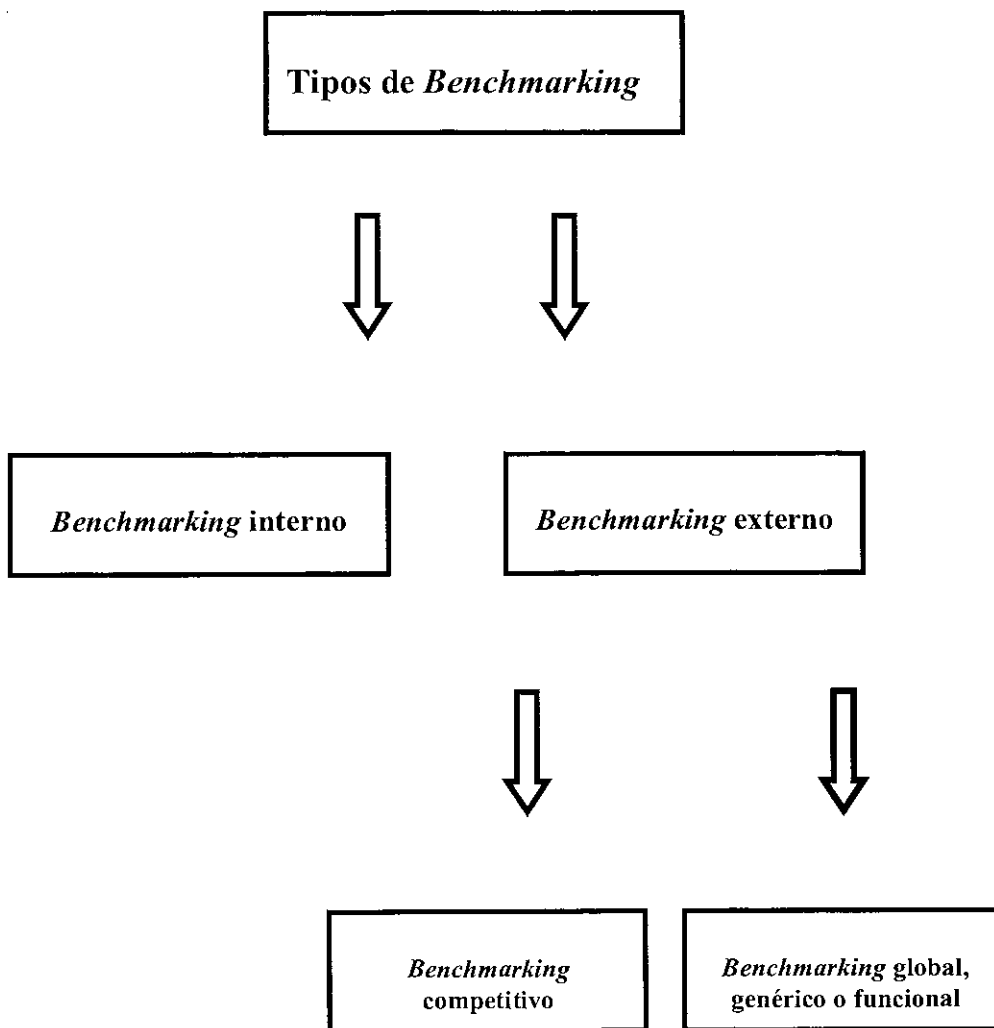


Figura 7. Tipos de Benchmarking

El **benchmarking interno**. Se realiza dentro de la propia organización, a nivel nacional o internacional en caso de tener filiales. En los servicios de salud el benchmarking interno se puede realizar comparando diversas áreas dentro de un mismo hospital o diversos servicios de salud de una sola institución en diferentes lugares. La ventaja de este proceso es la accesibilidad de los datos con la ventaja de que el personal involucrado, al residir en diferentes lugares, tiene diferentes experiencias y enfoques una organización.

En los servicios de salud el benchmarking interno se puede realizar comparando diversas áreas dentro de un mismo hospital o diversos servicios de salud.

El **benchmarking competitivo**. Es uno de los más conocidos actualmente por que permite a las empresas tener ventaja ante el entorno cambiante para mantener a los clientes actuales y obtener clientes potenciales. Este proceso consiste en que dos organizaciones de salud que dependan de diferentes instituciones, sean nacionales o internacionales, deben usar tecnologías y procesos similares o iguales para que ambas puedan aprender y transferir sistemas a su organización.

El *benchmarking* funcional, genérico o global. Se enfoca también en los productos, servicios o procesos de trabajo, sin embargo, las empresas pueden pertenecer a diferente ramo. La importancia de este *benchmarking* consiste en identificar una compañía líder, destacada en un área específica a la que nuestra compañía también pertenece.

La auditoría médica implica medir y para realizar esta evaluación los procesos deben estar claros y definidos, entonces, podemos avanzar hacia el análisis comparativo del *benchmarking* y buscar organizaciones que tengan procesos mejores que los nuestros con el objetivo de mejorar la atención en salud de nuestra población.

Bibliografía

1. Steiner, George A (1968). *Top Management Planning*. Mcmillan Company. Londres. Pág. 7.
2. Koontz, Harold (1998). *Administración, una perspectiva global*. McGraw Hill. Pág. 126.
3. Avedis, Donabedian (1990). *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica..* INSP. México. Pág. 10.
4. Avedis, Donabedian (1991). *La calidad de la atención médica*. La prensa médica mexicana. México. Pág. 139.



Ejercicios y actividades de evaluación

Primer ejercicio

Actividad individual

- Investigar y analizar los tipos de auditoría y la periodicidad con que se realiza en su servicio o departamento de trabajo.
- Realizar una propuesta de auditorías interna y externa dentro de su servicio o departamento.

Módulo II. Introducción a la auditoría médica

Introducción

La auditoría médica se define como el proceso de evaluación de la calidad de la atención médica que reciben los usuarios de los servicios de salud. Se realiza mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas y estadísticas. Su propósito fundamental es procurar que el paciente reciba la mejor atención médica posible y, su objetivo específico, es elevar la calidad mediante la educación médica continua.^{1,2}

La reforma de los sistemas de salud en Latinoamérica busca mayor equidad, calidad y eficiencia en la atención. Una de las herramientas de que se valen dichos sistemas para alcanzar tales objetivos es la auditoría médica. El nuevo enfoque está caracterizado por abordar la auditoría médica de manera integral, como una herramienta de gestión, orientada a detectar oportunidades de mejora en la calidad que impacten la satisfacción del usuario y la mayor eficiencia en el uso de los recursos en el proceso de atención.

La auditoría de la atención se realiza con base en la evaluación de la calidad de los registros médicos y de la atención del equipo de salud, para demostrar que hay una relación directa entre la calidad de los registros y la atención prestada.

Por lo anterior, la auditoría médica es un sistema necesario para corregir tendencias indeseadas en la prestación de servicios de salud, la delimitación de responsabilidades y también constituye un generador de mejores prácticas de gestión.

Los reportes que genera la auditoría para la dirección de los servicios de salud, permiten orientar la toma de decisiones con un enfoque preventivo, mejorar los estándares de calidad, contener los costos de atención y estandarizar la práctica clínica con los protocolos de atención basados en la evidencia; motivos por los que, en la actualidad, la auditoría es de gran interés para los planeadores, los directivos y los contralores de los servicios de salud.



Objetivo

Describir los conceptos, los métodos y las aportaciones de la auditoría médica en la mejora de la gestión médica.

Palabras clave

Atención médica
Campos de aplicación
Costos
Educación médica continua

Eficiencia
Evaluación de la calidad
Expediente clínico
Mejora continua de la calidad

Temas

1. Conceptos y evolución de la auditoría médica
2. Campos de aplicación de la auditoría médica. Propuesta del modelo integral preventivo
3. Auditoría médica, avances de los resultados en América Latina (disponible en el sitio de Internet)

Autor de todos los temas: Adrián Peña Sánchez



Ejercicios y actividades de evaluación

Segundo ejercicio

Ejercicio individual

Utilice como guías metodológicas la matriz de los campos de aplicación de la auditoría médica que se presenta en este tema y el modelo integral, y describa los avances que conoce en su país relacionados con el tema.

Tome como guía metodológica la matriz de la auditoría médica que se presenta en el tema 3. El ejercicio consiste en evaluar 25 expedientes clínicos, tomados al azar, de pacientes egresados de los servicios de terapia intensiva, cirugía y medicina interna del hospital que seleccione previamente.

El total de puntos es 100. Cuando tenga dudas de cómo aplicar un concepto (para hacer más práctica la aplicación de la matriz) divida la calificación del concepto entre dos. Anote los resultados de cada expediente en una hoja de Excel, elabore las gráficas con los resultados obtenidos en los siguientes apartados.

Realice un informe de tres a cinco cuartillas de extensión en formato Word, incluyendo las recomendaciones.

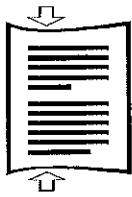
Es importante resaltar que, por las características de este Curso y por el tiempo requerido, no será posible desarrollar detalladamente toda la metodología planteada en esta sección, por tanto, para dar respuesta al ejercicio, incluya los datos que se solicitan en las columnas.

Referencias bibliográficas

1. Peña, S.A. (2002). *Antología de calidad en los servicios de salud*. BUAP, CIESS, IFHL.
2. Peña S.A. (2004). *Curso internacional de auditoría médica y calidad*. Sociedad paceña de médicos familiares. Bolivia.

Tema 1. Conceptos y evolución de la auditoría médica

Por Adrián Peña Sánchez



Resumen

En este módulo se presenta un concepto innovador e integral de la auditoría médica con un enfoque preventivo y educador, con valores orientados hacia la mejora de los procesos de atención que reciben los usuarios y se diferencia de la fiscalización. La auditoría médica es una herramienta que contribuye a alcanzar los objetivos de calidad y eficiencia de la reforma de los servicios de salud en Latinoamérica.

En esta nueva etapa de la auditoría médica moderna incorporamos el compromiso personal del equipo médico por un uso más eficiente de los recursos en beneficio del paciente, la unidad médica y la sociedad mediante la gestión clínica. Los reportes que la auditoría genera para la dirección de los servicios de salud, permiten orientar la toma de decisiones, mejorar los estándares de calidad, contener los costos de atención y estandarizar la práctica clínica, motivos por los que, en la actualidad, es un proceso de gran interés para los planeadores, los directivos y los contralores de los servicios de salud.

Tema 1. Conceptos y evolución de la auditoría médica

Por Adrián Peña Sánchez

Introducción

La auditoría médica se define, como el proceso de evaluación de la calidad de la atención médica que reciben los usuarios de los servicios de salud, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas médicas; su propósito fundamental es procurar que el paciente reciba la mejor atención médica posible y, su objetivo específico, es elevar la calidad mediante la educación médica continua y la gestión clínica.

Auditoría se entiende como la comparación entre la calidad observada y la deseada de acuerdo con normas técnico-científicas previamente establecidas. Esto implica que la auditoría se ubique en la fase de control de la atención médica, que se divide en dos: la fase de supervisión que se presenta en el momento en que se atiende al paciente, y la de evaluación, cuando el paciente egresa de la unidad médica.

En el momento en que el usuario está en la unidad médica (medicina preventiva, consulta o está internado) se realiza la auditoría dinámica. La fase de evaluación se realiza sobre el expediente clínico cuando el paciente egresa de la unidad.

Los resultados esperados son que la auditoría se convierta en una herramienta que contribuya al mejoramiento de la calidad de la atención en salud que reciben los usuarios mediante las recomendaciones emitidas en el informe de auditoría y la enseñanza médica continua, además de que sea un instrumento que apoye a la dirección en la contención de los costos de la atención médica. También implica que se deben establecer los criterios técnico-científicos sobre los que se valorará la atención brindada.

El término auditoría médica ha sido confundido frecuentemente con la fiscalización y la evaluación de servicios de salud¹. Por esta razón, la auditoría médica ha sido rechazada sin importar su verdadero motivo, el de orientar la educación médica continua e incorporar las mejores prácticas médicas de acuerdo con el avance de la ciencia. Ver figura 1.

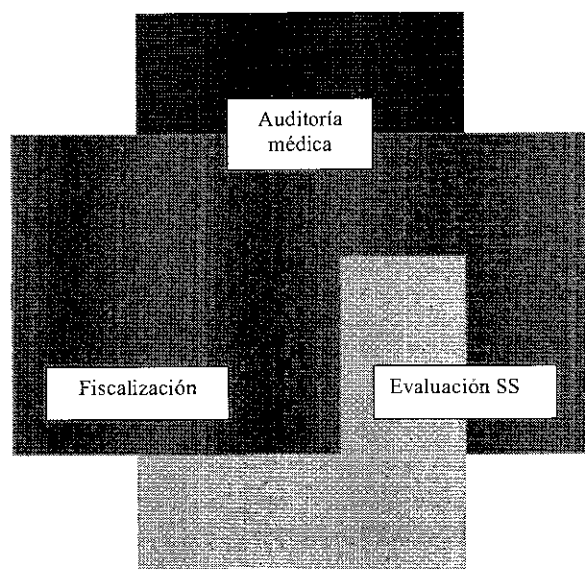


Figura 1. *Conceptos erróneos acerca de la auditoría.*

La fiscalización es evaluar la atención médica con el objetivo de determinar si hubo o no alguna mala práctica médica y sancionar a uno o más integrantes del equipo de salud ante un evento médico-legal.

La evaluación de los servicios de salud es comparar los objetivos y las metas planeados con los objetivos y las metas alcanzadas.

Existen tres elementos esenciales de la evaluación de servicios de salud: la eficacia, la eficiencia y la efectividad. Ya que es frecuente que se usen como sinónimos, a continuación se enuncia su concepto:

- Eficacia es valorar cualitativa y cuantitativamente el grado en que se alcanzaron los objetivos y las metas planeadas.
- Eficiencia es el costo al que se alcanzaron los objetivos y las metas planeadas (entre menor costo mayor eficiencia).
- Efectividad es valorar si la atención médica proporcionada resolvió el problema de salud del paciente (en lo individual) o si los programas de salud disminuyeron las tasas de morbilidad y mortalidad de la población (en lo colectivo)².

En el ámbito de los servicios de salud, la calidad tiene dos dimensiones relacionadas: la interpersonal y la técnica³. La primera se refiere a la calidad percibida por los usuarios y toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que se brinda el servicio. El doctor Avedis

Donabedian afirmó que la calidad técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de modo que rindan los máximos beneficios para la salud sin aumentar de forma proporcional los riesgos. La auditoría médica aborda la dimensión técnica.

Para fines de este curso, definiremos a la auditoría médica, como el proceso de evaluación de la calidad de la atención médica que reciben los usuarios de los servicios de salud, por medio de la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas médicas. El propósito de este proceso es procurar que el paciente reciba la mejor atención médica posible y, su objetivo específico, es elevar la calidad mediante la educación médica continua y la gestión clínica⁴.

La reforma de los sistemas de salud en Latinoamérica, busca alcanzar mayores equidad, calidad y eficiencia en la atención; una de las herramientas de que se valen dichos sistemas es la auditoría médica.

El nuevo enfoque está caracterizado por abordar la auditoría médica de manera integral, como una herramienta de gestión, orientada a detectar oportunidades de mejora en la calidad que impacten la satisfacción del usuario y redunden en mayor eficiencia en el uso de los recursos en el proceso de atención.

La auditoría de la atención se realiza con base en los registros médicos, en la evaluación de la calidad de los mismos y de la atención del equipo de salud para demostrar que hay una relación directa entre la calidad de los registros y la atención prestada.

Por lo anterior, la auditoría médica es un sistema necesario para corregir tendencias indeseadas en la prestación de servicios de salud, en la delimitación de responsabilidades y también constituye un generador de mejores prácticas de gestión.

Los reportes que genera la auditoría para la dirección de los servicios de salud, permiten orientar la toma de decisiones con un enfoque preventivo, sirven para mejorar los estándares de calidad, contener los costos de atención y estandarizar la práctica clínica con los protocolos de atención basados en la evidencia, motivos por los cuales este proceso de evaluación es de gran interés para los planeadores, los directivos y los contralores de los servicios de salud.

En esta nueva etapa de la auditoría médica moderna incorporamos el compromiso personal del equipo médico por usar de manera más eficiente los recursos en beneficio del paciente, la unidad médica y la sociedad, mediante la gestión clínica⁵.

1.1. Antecedentes

El reporte *Flexner* de 1910 señalaba que, de 155 facultades que existían en Norteamérica, 120 tenían fines de lucro y que se producían demasiados médicos con un notorio déficit en su formación. Además, recomendaba que solo quedaran 31 facultades distribuidas de acuerdo con las necesidades de la población.

Antecedentes en Europa

En general, los europeos no admiraban el sistema de atención a la salud norteamericano, pero algunos percibieron algo que los impresionó en Estados Unidos: el interés por la calidad en la atención. De esa forma, observaron que se realizaban auditorías médicas en los hospitales estadounidenses⁶. La historia inicia en este país en los años setenta.

Al tener que pagar la totalidad de sus gastos médicos, los pacientes estadounidenses querían obtener servicios de calidad y los profesionales de la atención a la salud tenían la responsabilidad ética de brindar buenos servicios. Los europeos que se dieron cuenta de esta situación la consideraron tan valiosa como para intentarla en sus países, sin embargo, estaban solos para emprender esta empresa, carecían de infraestructura y de incentivos que, tanto a ellos como a sus colegas que intentaban medir la calidad en la atención, los apoyaran. Los pioneros europeos de la calidad fueron lobos solitarios, un cirujano por aquí, un internista por allá, comenzaron a estudiar los niveles de calidad de sus propios servicios, por medio de auditorías y analizando las actividades.

La investigación en servicios de salud, que fue un punto fuerte de la medicina social y de la investigación en salud pública en Europa, permitió revisar los resultados de las estadísticas de atención; los estudiosos se sorprendieron al ver la inesperada y aparentemente inexplicable variabilidad en aspectos, como el tiempo de estancia, el uso de antibióticos, las pruebas diagnósticas y la mortalidad infantil. Sin embargo, los profesionales de la salud, consideraron los resultados como un insulto a su orgullo profesional ya que parecían insinuar que algo andaba mal en el desempeño de su trabajo. Tanto los políticos como los administradores consideraron que la calidad era cara e innecesaria para promover la excelencia profesional, que tenía muy poco que ver con el mejoramiento de los resultados en la atención.

Durante la década de los ochenta la situación empezó a cambiar, los presupuestos de la atención a la salud de la mayoría de las naciones europeas seguían incrementándose. Las autoridades de salud y los clínicos estaban atónitos al ver la gran variabilidad de la atención demostrada de un estudio a otro, de un país a otro. ¿Cómo era posible que para los mismos diagnósticos hubiera una variabilidad

de hasta cuatro veces más en la mortalidad infantil, de dos veces más en el tiempo de estancia, de seis veces más en el uso de antibióticos y de diez veces más en la indicación de estudios radiológicos? En este ambiente de curiosidad, la Oficina regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1982, estableció el programa de modelos de atención a la salud y a la calidad en la atención. En 1989, el Comité regional de la OMS, resolvió que la calidad en la atención era responsabilidad ética de todos los profesionales de la salud.

Para los años noventa fueron cinco elementos los que impulsaron la estrategia de la calidad: la búsqueda de mejorar la seguridad, la ética, la eficiencia, el sistema de atención y la economía.

Antecedentes en México

En el hospital "La Raza" de la seguridad social en México, en 1956, se encuentran los antecedentes de la revisión de los expedientes clínicos y en 1957 se forma la Comisión de supervisión médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)⁷.

Durante 1959 se formaliza la realización de la auditoría médica en el IMSS y se establecen las bases para la evaluación de la calidad de la atención mediante la revisión del expediente clínico. La subdirección general médica del instituto publicó en 1962 el fascículo de auditoría médica.

En 1972, el término auditoría médica evolucionó en «evaluación médica a través del expediente clínico»; la subdirección general médica del IMSS editó las instrucciones para la correcta integración del expediente clínico en el documento *El expediente clínico en la atención médica*.

A partir de 1974, el grupo de González Montesinos inició una serie de publicaciones relacionadas con aspectos de la evaluación médica, dentro de las cuales están: la autocrítica del médico como instrumento para mejorar la calidad de la atención, la evaluación específica de la atención a partir de los hallazgos de autopsia en 1975, la evaluación del envío de pacientes entre las unidades médicas en el valle de México, observaciones a través de la evaluación del expediente clínico en 1976^{8, 9, 10}.

En 1988, iniciamos en la Dirección general de servicios de salud pública en el Distrito Federal, el modelo de auditoría médica para los hospitales de segundo y tercer nivel. En 1992, instalamos el Comité de auditoría del expediente clínico en el hospital Juárez de México y en 1993 el Comité de calidad y auditoría médica en la clínica Narvarte del ISSSTE. Como subdirector médico de esta unidad, obtuve resultados alentadores ya que se impartió un curso para su implantación donde se incluyeron temas de medicina legal, la norma oficial mexicana de la integración

y manejo del expediente clínico. Aplicamos la auditoría médica cada viernes con rotación de los equipos médicos. Adelante se expondrán los resultados.

Tendencias en países de América Latina

El doctor Simón Felds menciona la auditoría médica en su libro *El control de la atención médica* y destaca el uso de casos para la aplicación en Argentina, este país realiza su "Primer congreso nacional de auditoría" en 1976 y a partir de esta fecha presenta avances en el área.

El proyecto de "Garantía de calidad" de Colombia determinó que se requiere un proceso de seguimiento y monitoria permanente y por ello estableció que la auditoría fuera un instrumento obligatorio que debe presentarse tanto en las instituciones en su interior como de forma externa entre compradores y prestadores de servicios de salud¹¹.

En Chile se reporta un incremento en el número de controversias médicas; a principios de la década de los ochenta, reportaban cinco casos por año, derivados de supuestas o reales negligencias, llegaron a 50 casos por año en los albores de la década de los noventa y a 500 casos anuales en el año 2000¹². Se estima que el monto que tuvo que enfrentar el sector público de salud durante los años 2001 y 2002 ascendió de US \$40 a 50 millones de dólares anuales.

En Bolivia, se impulsa la implementación del enfoque innovador y preventivo de la auditoría médica con el apoyo del CIESS, de las universidades, de la seguridad social y de las sociedades médicas con resultados alentadores. En el tercer tema expondré los resultados.

En Costa Rica, participé en el «Curso Internacional de auditoría médica» y se mantiene un intercambio importante con el Instituto nacional de seguros.

1.2. Valores

Los valores que orientan el proceso de la auditoría médica para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud son:

- Mejora continua. Los procesos de auditoría deben realizarse permanentemente y deben procurar un cambio favorable en los niveles de calidad de la institución médica, de acuerdo con estándares establecidos.
- Autocontrol. La auditoría debe contribuir para que cada individuo adquiriera las destrezas y la disciplina necesarias para que los procesos de atención en los cuales participe se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares

adoptados por la institución y para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.

- **Prevención.** En el marco de los programas nacionales de calidad, la auditoría busca prever, advertir e informar acerca de los problemas actuales y potenciales que constituyen obstáculos para que los procesos de atención conduzcan hacia los resultados esperados.
- **Confianza y respeto.** La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe fundamentarse en la seguridad y en la transparencia del compromiso de las instituciones para desarrollar, implantar y mejorar los procesos de mejora institucional.
- **Sencillez.** Las acciones y los mecanismos utilizados en la auditoría deben ser claros y aplicables para que cada miembro de la institución pueda realizar, en forma efectiva, las actividades que le corresponden dentro de estos procesos.
- **Garantía.** Los métodos, los instrumentos y los indicadores utilizados en los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud deben obtener los mismos resultados independientemente de quién ejecute la medición.
- **Validez.** Los resultados obtenidos en los procesos de auditoría deben referirse exclusivamente al objeto medido.
- **Educación médica continua.** Este es el pilar de la auditoría ya que, una vez identificadas las áreas de oportunidad donde se requiere mejorar, los procesos de atención clínica realizan los cursos de actualización y se monitorean las mejoras por medio de indicadores y de la evaluación del expediente clínico. Ver figura 2.

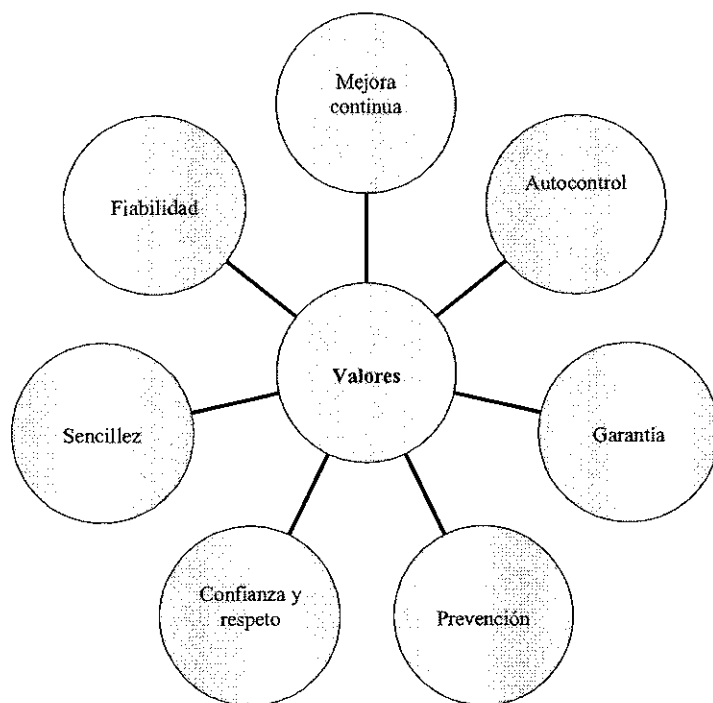


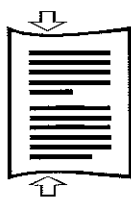
Figura 2. *Valores de la auditoría.*

Bibliografía

1. Felds S, Rizzi y C.H., Goberna A. (1978). *El control de la atención médica*. López Libreros, Buenos Aires.
2. Peña, S. A. *La calidad en la atención ambulatoria*. Simposium, Ross, A. G., Cevallos, J.L., Infante, A. (2000). *La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe*. Pan Am J Public Health 8(1-2).
3. Peña, S. A. (2004). *Curso internacional de auditoría médica y calidad*. Sociedad paceña de médicos familiares. Bolivia.
4. Peña, S. A. (2003). *Gestión clínica. Encuentro de registros médicos*. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.
5. Hannu, Vuori. *Garantía de calidad en Europa*, Rev. Sal. Pública Méx. 1993-35; 291-297.
6. Aguirre, G. H. (1990). *Métodos y avances en la evaluación de la calidad de la atención*.
7. González Montesinos, F. (1975). *La evaluación específica de la atención a partir de los hallazgos de autopsia*. Bol. Méd. IMSS.
8. Lee Ramos y col. (1975). *Evaluación del envío de pacientes entre las unidades de la región sur del valle de México*. Bol. Méd. IMSS.
9. Maqueo Ojeda y col. (1976). *Observaciones a través de la evaluación del expediente clínico en el IMSS*, Bol. Méd. IMSS.
10. (2003). *Garantía de la calidad*, Colombia.
11. Rencoret, D. (2003). *Auditoría y demandas*. Rev. Chile Rad.; 157-160.

Tema 2. Campos de aplicación de la auditoría médica. Propuesta del modelo integral preventivo

Por Adrián Peña Sánchez



Resumen

Dentro de los campos de acción de la auditoría médica se encuentran los siguientes: educativo, técnico, investigación, normativo, calidad, médico-legal y gestión. Los niveles de aplicación inician con el autocontrol, la auditoría médica interna y la auditoría médica externa. El resultado de la auditoría proporciona al personal médico un instrumento de mejora y actualización continua.

El expediente clínico es el documento que registra de forma organizada el proceso de salud-enfermedad del paciente y de las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación que se le practicaron. Este documento reúne un conjunto de datos que identifican al usuario de los servicios, en dónde se registraron las etapas del estado clínico y la evaluación cronológica del caso hasta su solución parcial o total. El expediente es un instrumento para la enseñanza médica y la investigación clínica, es de carácter legal, confidencial y propiedad de la institución. El modelo integral de auditoría médica, toma como una oportunidad, los casos por quejas de los usuarios, los investiga, evalúa los expedientes y emite recomendaciones que se instrumentan por medio de la enseñanza médica continua del equipo de salud.

Tema 2. Campos de aplicación de la auditoría médica. Propuesta del modelo integral preventivo

Por Adrián Peña Sánchez

Introducción

El documento donde se realiza la auditoría médica es el expediente clínico, que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario; involucra acciones preventivas, curativas y de rehabilitación. El expediente constituye una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado de las unidades médicas.

La regulación del manejo del expediente clínico está orientada al desarrollo de una cultura de la calidad que permita los usos: médico, jurídico, de enseñanza, de investigación, de evaluación, administrativo y estadístico.

2.1 Campos de acción de la auditoría médica

El Instituto para la innovación en la salud de México (*Institute for health innovation*) identifica diferentes campos de acción de la auditoría médica, como el educativo, el técnico-evaluativo, el de investigación, el normativo, el ético, el de calidad, el médico-legal y el de gestión, entre otros. A continuación se describen.

- Educativo. Promueve la educación y el perfeccionamiento continuos.
- Técnico-evaluativo. Se califica el proceso de atención.
- Investigación. Detección de los problemas, las deficiencias y el grado de cumplimiento de las normas, así como la adecuación a la *Lex Artis Medicus*, lo que facilita establecer y delimitar la responsabilidad médica.
- Normativo. Se elaboran y actualizan guías clínicas, normas, protocolos y manuales de procedimientos que permiten valorar el grado de cumplimiento de los objetivos.
- Ético. Promueve el fiel cumplimiento de las conductas del equipo de salud de acuerdo con las normas éticas y morales.

- **Calidad.** Con la información que se genera de la auditoría médica, se promueve la mejora continua de la calidad, el mejor costo-beneficio en la atención y la elaboración de indicadores.
- **Médico-legal.** Se vigila el cumplimiento de las normas legales y las disposiciones sanitarias con los objetivos de prevenir el error médico, manejar los conflictos y guiar las recomendaciones al equipo directivo de la unidad médica.
- **Gestión.** Se encarga de identificar, evaluar y recomendar para mejorar los procesos de coordinación, el manejo de recursos y los sistemas de información y control.

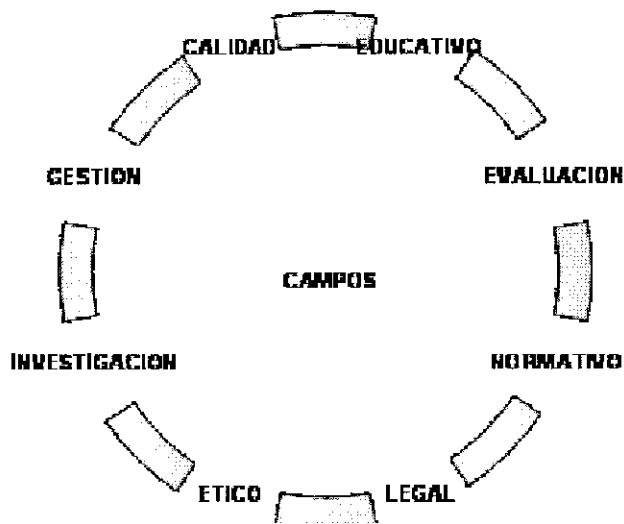


Figura 3. *Campos de acción de la auditoría médica.*

2.2 Niveles de aplicación

En cada organización de salud, la auditoría médica opera en tres niveles:

- El primer nivel es el autocontrol, en el cual cada médico o integrante del equipo de salud de la unidad, planea, ejecuta, verifica y ajusta los procesos de atención a la salud en los cuales participa para que sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la organización.
- El segundo nivel es la auditoría interna, realizada por el Comité de auditoría médica en la unidad médica y por un equipo médico externo al proceso que se audita. Tiene como propósito contribuir a que cada miembro del equipo de salud adquiriera la cultura de autocontrol.

- El tercer nivel, la auditoría externa, se lleva a cabo por un equipo externo a la institución de salud con base en los instrumentos previamente establecidos.

Cuando la auditoría ha alcanzado un alto grado de desarrollo en etapas avanzadas del proceso, este nivel puede realizar auditoría de la salud que se define, como la evaluación integral y sistemática de las diferentes actividades científicas (asistenciales, docentes y de investigación clínica) que lleva a cabo la institución de atención médica donde se evalúan los aspectos: de justificación, pertinencia, planeación, articulación con las políticas regionales y locales, recursos económicos reales y potenciales, ubicación geográfica, facilidades o barreras locales, vías de acceso, servicios públicos, estructura física, disponibilidad y calidad de los recursos físicos y materiales, técnicos y humanos, la organización administrativa y financiera, la posición ante la competencia y la realimentación.

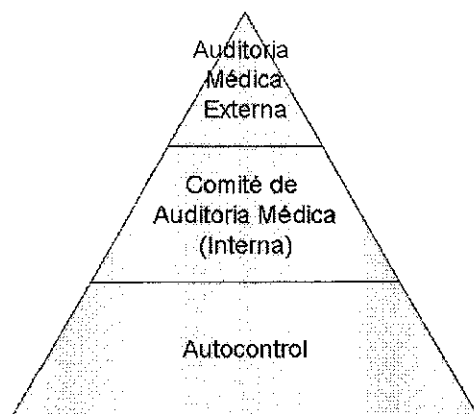


Figura 4. Niveles de aplicación

La auditoría médica busca evaluar la calidad en la atención, en la fase del proceso, en lo que se conoce como "tratamiento técnico", en el cual las características del proceso de atención y sus consecuencias están determinadas por el estado de la ciencia y la tecnología médica con la que se cuenta en el momento, además, permite valorar que los procedimientos y el personal interactúan para determinar el diagnóstico y el tratamiento. La auditoría médica del resultado determina los efectos en la salud como consecuencia del tratamiento médico.

La auditoría médica, dentro de la reforma de los sistemas de salud, está orientada a valorar:

- La calidad técnica con la que se proporciona la atención.
- La eficiencia en el uso de los recursos.

- El grado de coordinación e integración de los diferentes servicios o unidades médicas que participan en la atención.

La validez de la auditoría médica sistemática está condicionada a la confiabilidad de la información registrada en el expediente clínico a evaluar, si carece de esta característica se dificulta la evaluación del proceso técnico-científico de la atención proporcionada.

A continuación se describen las características que debe reunir el expediente clínico.

2.3. Expediente clínico

Al elaborar y evaluar el expediente clínico se tomarán en cuenta los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva en favor del personal médico mediante la que los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud habrán de prestar sus servicios en beneficio del usuario y atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo, lugar y recursos en que presten sus servicios. Por ejemplo, si el protocolo de atención recomienda realizar una tomografía y solo se cuenta con equipo de radiología, se debe realizar la radiografía. Para el manejo del expediente clínico se requiere atender la normatividad propia de cada país.

Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarse por un periodo mínimo de cinco años contados a partir de la fecha del último acto médico.

El médico, así como otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos de la integración del expediente clínico, en forma ética y profesional.

Los prestadores de servicios otorgarán la información verbal y el resumen clínico deberá ser solicitado por escrito especificando el motivo de la solicitud por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad competente. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias.

En todos los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y solo se podrá dar a conocer a terceros mediante una orden de la autoridad competente.

A continuación se presentan los conceptos básicos que intervienen al realizar la auditoría médica:

- Unidad para la atención médica: todo aquel, fijo o móvil, público, social o privado que preste servicios de atención médica ya sea ambulatoria o para internamiento, cualquiera que sea su denominación, incluidos los consultorios.
- Atención médica: conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
- Usuario: toda persona, paciente o no, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.
- Paciente: beneficiario directo de la atención médica.
- Cartas de consentimiento bajo información: los documentos escritos, firmados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación. Estas cartas se sujetarán a las disposiciones sanitarias de cada país, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.
- Expediente clínico: conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole en los que el personal de salud deberá registrar, anotar y certificar su intervención de acuerdo con las disposiciones sanitarias.
- Hospitalización: servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.
- Interconsulta: procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.
- Urgencia: todo problema médico-quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, la pérdida de un órgano o de una función y que requiera atención inmediata.
- Referencia-contrarreferencia: procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

En la auditoría del expediente clínico se evalúa que contenga los siguientes datos generales:

- Tipo, nombre y domicilio del establecimiento.
- Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario.
- Las notas médicas, los reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la atención médica.
- Las notas médicas y los reportes deberán contener:
 - fecha, hora, nombre completo del paciente,
 - edad, género y, en su caso,
 - número de cama y de expediente,
 - así como la firma de quien la elabora.
- Las notas en el expediente deberán estar expresadas en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservadas en buen estado.

2.4. Sistema de evaluación del expediente clínico

A continuación se presenta un ejercicio que usted necesita realizar para evaluar el expediente clínico; debe calificar cada rubro de 0 a 10, por tanto, al ser 10 rubros, la calificación máxima es 100.

En este ejercicio, usted debe evaluar los expedientes clínicos de diez pacientes seleccionados al azar por piso, especialidad o cirugía de la unidad médica donde labore. Le solicitamos enviar los resultados y un breve análisis de los resultados.

La siguiente cédula, del Sistema de certificación de hospitales de México, se modificó para fines de enseñanza.

| Expediente clínico | Calificación 0 a 10 |
|--|----------------------------|
| 1. Existencia de un expediente por paciente hospitalizado | |
| 2. Existencia de la historia clínica que reúne los requisitos señalados en todos los expedientes, por área, por piso o por especialidad (según el caso) | |
| 3. Se consigna en el expediente un diagnóstico de ingreso y una propuesta de tratamiento. | |
| 4. Existencia de notas de evolución (legibles y sin abreviaturas) tanto del médico tratante como de los residentes o médicos de guardia y de enfermería. | |
| 5. Existe congruencia diagnóstico-terapéutica en todas las intervenciones realizadas en el hospital. | |
| 6. Existencia de antecedentes documentados en caso de reinternamiento. | |
| 7. Se encuentran anexos todos los resultados de estudios de laboratorio, imagenología y anatomía patológica practicados (según el caso). | |
| 8. Existen comentarios a los resultados de los exámenes antes mencionados en todos los expedientes donde se solicitaron. | |
| 9. Existe congruencia entre los resultados de los estudios realizados y el manejo señalado en las notas de evolución en cada expediente. | |
| 10. Existe diagnóstico de egreso por escrito en todos los expedientes de pacientes dados de alta en fecha anterior a la visita. | |

2.5 Sistema de auditoría médica integral

Los objetivos que busca el modelo para desarrollar e implementar la auditoría médica integral son cuatro:

- Identificar y aprovechar las quejas por la atención, convirtiéndolas, de riesgo, a oportunidad de mejora. Lo anterior implica un reto hacia un enfoque innovador en la solución de controversias por la atención médica.
- Establecer un sistema de educación y perfeccionamiento del equipo médico permanente con orientación a la calidad y a la seguridad en la atención del paciente.
- Ser una instancia para prevenir y solucionar conflictos que puedan surgir en las relaciones médico-paciente, médico-familiares, institución-paciente-familiares.
- Ser un sistema de mejora de la eficiencia del proceso de atención en búsqueda del mayor beneficio al paciente.

El modelo se implementa en dos formas: mediante un Comité de auditoría médica o con la creación de una Oficina de auditoría médica con personal especializado.

A continuación se presenta la organización y las funciones del comité.

El Comité de auditoría médica para la evaluación de la calidad de los servicios prestados en la unidad médica, en cuanto a la oportunidad y a la atención integral del paciente, evalúa la información emanada de la fuente primaria que es el expediente clínico, mide el desempeño de los diferentes servicios que intervienen y la incertidumbre de los procedimientos realizados, así como las omisiones o deficiencias encontradas.

Definición. Este comité tiene como propósito integrar al personal médico, y a otros profesionales, para que realicen la auditoría del expediente clínico, evalúen el correcto llenado, la congruencia entre el diagnóstico y el tratamiento, analicen la adecuada administración de los medicamentos a dosis y tiempos precisos, el manejo de líquidos, el análisis de las indicaciones quirúrgicas, así como el llenado de las notas de enfermería, el uso y la revisión de los resultados de laboratorio, imagenología, anatomía patológica, entre otros. Este comité tiene la particularidad de poder incorporar asesores externos que enriquezcan la valoración del manejo clínico del paciente.

Objetivo. Evaluar la calidad de la atención médica, quirúrgica y obstétrica impartida a los pacientes en la unidad médica por medio del análisis del expediente clínico y, en su caso, del estudio anatomopatológico de piezas quirúrgicas, biopsias obtenidas y necropsia efectuadas, correlacionando el diagnóstico con el procedimiento terapéutico; además, realizar auditoría médica a servicios o personal cuando existan quejas o se identifiquen incumplimiento, omisión, negligencia o impericia, y correlacionar el empleo de medicamentos y otros recursos con el manejo del caso.

Organización. El comité técnico estará integrado por miembros distinguidos del personal de la unidad médica, con un máximo de ocho, en relación a la complejidad de la unidad; tendrá la responsabilidad de revisar los expedientes clínicos de los pacientes para evaluar la calidad de la atención médica proporcionada. El comité lo presidirá el director de la unidad médica o, en su caso, el subdirector médico. El personal comisionado para revisar los expedientes clínicos constará de dos a cuatro vocales según las características de la unidad y se seleccionará entre los jefes de servicio o división, o personas designadas para que representen las áreas básicas de trabajo de la unidad, así como la jefe o responsable de enfermeras y de archivo clínico.

Las características de los asesores externos: ser médicos especialistas en cualquiera de las especialidades reconocidas, de preferencia pertenecer a algún colegio, sociedad o asociación de la especialidad que practiquen.

Operación. Los integrantes del comité técnico serán designados por el director de la unidad médica (de atención ambulatoria o del hospital) y se instrumentará un acta de instalación. El comité sesionará mensualmente en reunión ordinaria o en sesiones extraordinarias cuando las convoque el presidente o a solicitud de al menos dos de sus miembros integrantes. De cada sesión se levantará un acta señalando los compromisos contraídos, de los que se llevará un seguimiento hasta su solución.

El Comité de auditoría médica se ocupará de la evaluación de al menos el 1% de los expedientes clínicos tomados al azar de los pacientes atendidos el mes inmediato anterior, el porcentaje total de expedientes de los pacientes atendidos evaluados al año será de 10 a 12%. Si la unidad médica atiende una cantidad tal de pacientes que supere las posibilidades de evaluación del comité, se tomará una muestra de los expedientes tomados al azar. Este comité establecerá una relación con el Comité de enseñanza para que las recomendaciones propuestas se continúen en las sesiones de enseñanza.

El Comité de auditoría médica elaborará un informe de los expedientes evaluados y comentará con los responsables de los departamentos o servicios revisados las observaciones e irregularidades encontradas, el resultado y las recomendaciones producto de la evaluación sin buscar culpables o personalizar la evaluación.

De acuerdo con las actividades rutinarias de la unidad médica, se seleccionan los casos a evaluar, integrando al jefe de anatomopatología para confirmar el diagnóstico presuncional con la aplicación terapéutica dirigida a mejorar la calidad de la atención que presta la unidad.

El comité evalúa el rendimiento del servicio y de otros recursos que participan en la atención de los pacientes y considera, tanto la eficiencia del procedimiento

médico o quirúrgico, como el aprovechamiento adecuado de los insumos requeridos para éste, verifica la oportunidad y la congruencia diagnóstico-terapéutica y, por ende, la calidad de la atención otorgada.

El comité realiza también auditorías cuando evalúa el rendimiento o la productividad de un servicio específico, por ejemplo: número de consultas otorgadas, cirugías efectuadas por sala quirúrgica de acuerdo con indicadores, racionalidad en el empleo de auxiliares de diagnóstico, terapéutica indicada no considerada en el cuadro básico de medicamentos, etcétera.

2.6. Herramientas para la auditoría del expediente clínico

Se presentan dos herramientas para la evaluación del expediente clínico, las guías de práctica clínica y los indicadores.

Las guías de práctica clínica (GPC), de acuerdo con el Instituto de excelencia clínica de Gales, son "recomendaciones desarrolladas de forma sistemática con la intención de guiar o asistir a los profesionales y a los pacientes sobre qué decisión sanitaria es la más apropiada en el manejo de condiciones y circunstancias específicas".

Las GPC tienen tres propiedades:

- 1) Definen preguntas clínicas prácticas, identifican todo el abanico de decisiones clínicas posibles y los resultados sanitarios esperados;
- 2) resumen, de forma explícita, las mejores evidencias que soportan ese abanico de decisiones;
- 3) identifican los puntos de la cadena de decisiones en los que es necesario integrar estas evidencias con la maestría individual y con las preferencias de los pacientes.

Tras las GPC encontramos la confluencia de varios caudales: todo el cuerpo de conocimiento de las variaciones de la práctica médica, la atención sanitaria basada en la evidencia y la economía de la salud, todas las estrategias de transferencia de conocimiento y las actuales tendencias hacia la toma de decisiones compartida³.

La GPC es un instrumento de trabajo bien fundamentado que trata de obtener determinados beneficios para los distintos agentes del sistema. Para los pacientes, la mejora de sus resultados de salud mediante la toma de decisiones compartida, mitigando los perjuicios asociados a variaciones de práctica no atribuibles a su

enfermedad. Para los clínicos, el incremento de la calidad de las decisiones al apoyarlas en la mejor evidencia existente. Para los sistemas de salud, la mejora de su eficiencia optimizando el valor de los recursos empleados. Incluso para los investigadores, al señalar lagunas sobre las que elaborar hipótesis de investigación aplicada.

Sin embargo, como todo instrumento, a sus potenciales beneficios hay que añadir limitaciones potenciales y reales. Así, las recomendaciones de una guía pueden estar sustentadas en evidencias débiles o escasas, pueden proporcionar interpretaciones inadecuadas y pueden carecer de la perspectiva de necesidad y de las preferencias de los pacientes, de hecho, ellos pueden sufrir las guías si quien las aplica no interpreta de forma crítica que lo que puede ser efectivo para la media, puede no serlo para un paciente.

Del mismo modo, los médicos pueden sufrir la implantación si las evidencias que soportan la guía están sesgadas. Por último, los sistemas de salud también pueden sufrir las guías si éstas no contienen información adecuada sobre la eficiencia de las recomendaciones.

Actualmente participo en la coordinación para la elaboración de 70 guías de práctica clínica, asociadas a gastos catastróficos para el Sistema de protección social en salud en México, en cada guía se formó un equipo de expertos, se les dieron a conocer los contenidos esenciales que deben tener las guías, se les recomendó hacerlas sencillas y prácticas, que no se confundan con un tratado y que orienten las decisiones clínicas respetando los recursos, la experiencia del personal médico y los condicionantes propios de cada paciente.

Los indicadores que apoyan la evaluación del expediente clínico están relacionados con la ocupación hospitalaria, el porcentaje de cesáreas, la tasa de infecciones hospitalarias, en particular se requiere hacer un estudio de los días estancia promedio del servicio o especialidad de la unidad médica y compararlo con los promedios nacionales, de las tasa de mortalidad general y, después de 24 horas de ingreso, del porcentaje de reingresos a la unidad por la causa de ingreso que no fue resuelta, el porcentaje de pacientes reintervenidos y la congruencia entre el diagnóstico clínico y el resultado histopatológico.

| Existe por escrito el valor para los siguientes indicadores | Esperado |
|--|------------|
| • Porcentaje general de ocupación hospitalaria. | 80 a 90% |
| • Número total de egresos en el último año | - |
| • Número de cirugías efectuadas en el último año | - |
| • Porcentaje de cesáreas | 15 a 20% |
| • Tasa bruta de infecciones intrahospitalarias | <12% |
| • Promedio de estancia hospitalaria | 6 a 7 días |
| • Tasa bruta de mortalidad hospitalaria | 4 a 6% |
| • Tasa ajustada de mortalidad hospitalaria | <4 % |
| • Porcentaje de reingresos hospitalarios | <5 % |
| • Porcentaje de pacientes reintervenidos quirúrgicamente | <5 % |
| • Porcentaje de congruencia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico. | >80% |

Adecuar los valores a la realidad del país o unidad médica, y avanzar en un proceso de mejora continua.

Se les conoce como indicadores de riesgo sanitario a los que ponderan los riesgos a los que se somete un paciente en el momento de ser hospitalizado y están en relación con los programas de auditoría y control total de la calidad en la atención que se presentan a continuación:

Indicadores para gerencia del riesgo

1. Mortalidad hospitalaria después de 24 horas de internación
2. Mortalidad perinatal
3. Mortalidad materna
4. Infecciones nosocomiales
5. Infecciones nosocomiales por procedimientos quirúrgicos
6. Complicaciones por procedimientos quirúrgicos
7. Complicaciones obstétricas

2.7. Consentimiento informado

Con la experiencia que cada equipo de auditoría médica alcanza en la práctica, se incorporan nuevos indicadores e instrumentos. Como apoyo se presentan algunas consideraciones acerca de la importancia del consentimiento informado que en México son motivo de reflexión en los grupos colegiados.

Consentimiento informado es el acto mediante el cual se informa detalladamente, y en un lenguaje comprensible para el paciente, la enfermedad, los diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, las posibles complicaciones y las secuelas o riesgos inherentes a éstos.

La diferencia entre el consentimiento informado y la autorización, que tradicionalmente se realiza en el ámbito de las organizaciones de atención médica, consiste en únicamente recabar la firma del documento que permite realizar la atención médica sin requerir que el paciente este plenamente informado sobre las alternativas diagnósticas y terapéuticas, posibles riesgos y complicaciones.

Para obtener el consentimiento informado del paciente para su estudio clínico, procedimientos diagnósticos y de tratamiento o rehabilitación, se requiere tomar en cuenta su capacidad de autodeterminación, para lo cual se necesita informar en términos sencillos, en qué consiste su padecimiento, el procedimiento que se va a utilizar, el motivo o la necesidad de ello, las consecuencias o riesgos que puedan esperarse y los procedimientos alternativos, sus ventajas y desventajas. Solo de esta forma se actúa éticamente, de otra manera, se atenta contra el derecho del paciente a decidir sobre su propia vida, tanto en el aspecto físico, moral, social o laboral.

En el caso de los menores de edad y personas con incapacidad mental, se requiere solicitar el consentimiento informado a los padres, tutores o representantes legales, sin embargo, si el menor de edad es capaz de valorar realmente la situación, deberá tomarse en cuenta su opinión.

Cuando se trata de procedimientos médicos que impliquen la amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente en el paciente o en la condición fisiológica o mental del mismo, el consentimiento informado deberá ser suscrito además por dos testigos idóneos designados por el interesado o por la persona que lo suscribe.

El consentimiento informado debe contener el nombre de la institución a la que pertenezca el hospital o clínica, el nombre o razón social del hospital o clínica, el título del documento, lugar y fecha, nombre y firma de la persona que otorga la autorización y, en el caso que proceda, nombre y firma de dos testigos. El documento requiere ser impreso, redactado en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras.

En el siguiente tema se presentan resultados obtenidos en el avance de la auditoría médica en los servicios de salud.

Bibliografía

(1997). *NOM del expediente clínico 168*. D.O.F. México.

(2000). Consejo de salubridad general. SSA.

Sackett, D.L. y col. (1997) *Medicina basada en la evidencia*. Churchill Livingstone. Madrid.

(2000). *Sistema de garantía de calidad para las instituciones de prestación de servicios*. Colombia.



Ejercicios y actividades de evaluación

Segundo ejercicio

Ejercicio individual

Utilice como guías metodológicas la matriz de los campos de aplicación de la auditoría médica que se presenta en este tema y el modelo integral, y describa los avances que conoce en su país relacionados con el tema.

Tome como guía metodológica la matriz de la auditoría médica que se presenta en el tema 3. El ejercicio consiste en evaluar 25 expedientes clínicos, tomados al azar, de pacientes egresados de los servicios de terapia intensiva, cirugía y medicina interna del hospital que seleccione previamente.

El total de puntos es 100. Cuando tenga dudas de cómo aplicar un concepto (para hacer más práctica la aplicación de la matriz) divida la calificación del concepto entre dos. Anote los resultados de cada expediente en una hoja de Excel, elabore las gráficas con los resultados obtenidos en los siguientes apartados.

Realice un informe de tres a cinco cuartillas de extensión en formato Word, incluyendo las recomendaciones.

Es importante resaltar que, por las características de este Curso y por el tiempo requerido, no será posible desarrollar detalladamente toda la metodología planteada en esta sección, por tanto, para dar respuesta al ejercicio, incluya los datos que se solicitan en las columnas.

Módulo III. Modelos de evaluación del desempeño

Introducción

La evaluación del desempeño en las instituciones de salud nos permite, sin duda, conocer los resultados y el impacto de los servicios que otorgan las unidades médicas en relación con los componentes analizados en el módulo anterior. De esta manera, se cumple la premisa de los servicios de salud de "la calidad de los servicios de salud se mide en el desempeño organizacional pero se entiende en el diseño y en el desarrollo organizacional". No debemos olvidar que la evaluación del desempeño nos permite generar indicadores de medida o de evaluación. El desempeño organizacional está conformado por tres elementos básicos, ya referidos: la productividad, la eficiencia y la calidad de la atención médica. Podemos definir la productividad, como la relación entre un insumo y un producto, por ejemplo: número de consultas, intervenciones quirúrgicas, atención de partos, etcétera.

La eficiencia se refiere a los costos de la atención con relación a los beneficios obtenidos e incluye, a su vez, la eficiencia clínica y eficiencia en la producción. La primera considera el uso adecuado y preciso de los recursos disponibles para resolver un problema de salud; en buena medida, depende de las habilidades y las destrezas de los médicos. La eficiencia en la producción se refiere a la disposición de recursos humanos, materiales y financieros con los que cuenta la institución para que se otorguen los servicios.

La calidad es definida por A. Donabedian como: "el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar los máximos beneficios posibles en salud" y señala, que deben lograrse al menor costo posible y con el menor riesgo para el paciente.

Salta a la vista cómo, en esta definición, está inmerso el concepto de eficiencia. Sin duda, la aplicación de estos conceptos conlleva el beneficio de una adecuada producción, es por eso que la evaluación de la calidad es el eje en la evaluación del desempeño y será el principal aspecto a abordar en este módulo.



Objetivo

Analizar las estrategias operativas que permitan evaluar la calidad de los servicios y, mediante ellas, el desempeño organizacional.

Palabras clave

Calidad de la atención
Cliente externo
Cliente interno
Eficiencia
Estructura

Garantía de la calidad
Indicadores de calidad
Proceso
Productividad
Resultado

Temas

1. Calidad de la atención en servicios de salud
2. Análisis de procesos para la evaluación del desempeño
3. *Monitoreo* y evaluación de servicios de salud basado en indicadores de calidad (disponible en el sitio de Internet)

Autora de todos los temas: Hilda Reyes Zapata



Ejercicios y actividades de evaluación

Tercera actividad

Ejercicio individual

De acuerdo con la información proporcionada en los temas de este módulo, desarrolle los seis ejercicios que componen esta actividad de evaluación:

Ejercicio 1

Elabore un cuadro que correlacione los enfoques de evaluación propuestos por Donabedian (estructura, proceso y resultado) y las dimensiones de la calidad señaladas por el mismo autor, precisando cuáles son los requerimientos de calidad que deben tener cada una de las características enunciadas (técnica e interpersonal). La reflexión debe partir del contexto institucional donde usted labora.

Las preguntas que deben responder para realizar el ejercicio son las siguientes:

- ¿Cuáles son las características y especificaciones de calidad que corresponden simultáneamente a la dimensión técnica y a la estructura en su organización?
- ¿Cuáles son las características y especificaciones de calidad que corresponden simultáneamente a la dimensión interpersonal y a la estructura en su organización?
- ¿Cuáles son las características y especificaciones de calidad que corresponden simultáneamente a la dimensión técnica y al proceso en su organización?

- ¿Cuáles son las características y especificaciones de calidad que corresponden simultáneamente a la dimensión interpersonal y al proceso en su organización?
- ¿Cuáles son los resultados y especificaciones de calidad que se esperan en su organización y que corresponden a la dimensión técnica?
- ¿Cuáles son los resultados y especificaciones de calidad que se esperan en su organización y que corresponden a la dimensión interpersonal?

Para cada una de las preguntas planteadas dé un mínimo de diez ejemplos.

Guíese con el siguiente cuadro que ejemplifica el ejercicio propuesto:

| Dimensiones | Enfoques de evaluación | | |
|----------------------|---|---|--|
| | Estructura | Proceso | Resultados |
| Técnica | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal médico certificado en sus diferentes especialidades. ➤ Instrumental quirúrgico completo, en buen estado y estéril. ➤ Estuche de diagnóstico completo y limpio, focos funcionando. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Procedimiento quirúrgico apegado a la norma. ➤ Elaboración de historia clínica completa en todos los casos de nuevo ingreso. ➤ Prescripción médica acorde a la norma. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Usuario egresado en el tiempo considerado para la atención de su padecimiento. ➤ Cero reintervenciones quirúrgicas. ➤ 100% de usuarios con insuficiencia renal crónica que aprenden a realizarse diálisis peritoneal (enfermos ambulatorios). |
| Interpersonal | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Existencia de señalamientos de cada uno de los servicios con los que cuenta la unidad, escritos con letra clara y colocados de manera visible. ➤ Áreas de exploración médica que permiten respetar la intimidad de las personas atendidas. ➤ Salas de espera limpias y bien ventiladas. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saludo y presentación del médico en cada una de sus consultas de primera vez. ➤ Explicar en lenguaje sencillo los procedimientos médicos antes de realizarlos. ➤ Resolver todas las dudas que manifiesten los usuarios respecto a su padecimiento e indicaciones médicas. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cero demandas a nivel judicial. ➤ 90% de personas que se manifiestan satisfechas con el servicio recibido en relación con el total de personas egresadas. ➤ 95% de usuarios que regresan a consulta de seguimiento en relación con el total de consultas de primera vez. |

El ejercicio se hará a partir del contexto institucional donde usted labora.

Ejercicio 2

De acuerdo a lo enunciado respecto a macroprocesos, procesos y microprocesos, enuncie un macroproceso que se desarrolle en la institución donde usted labora, un proceso intermedio que se derive de él y un microproceso.

Ejercicio 3

Siga los doce pasos enunciados para la realización del análisis de procesos. Apóyese en el formato ilustrado en el anexo 2 para desarrollar estos pasos y en el ejemplo presentado en el anexo 1. Efectúe el ejercicio sólo de un proceso crítico.

Ejercicio 4

Usando el formato ilustrado en el anexo 3 de una matriz de priorización, desarrolle un ejercicio donde enuncie los problemas que interfieren con el proceso analizado en la actividad No. 2 y aplique los criterios de priorización. Apóyese en el ejemplo presentado en el anexo 4.

Ejercicio 5

Usando el formato ilustrado en el anexo 5 de una matriz para análisis de problemas, desarrolle un ejercicio donde analice los 5 principales problemas priorizados en la actividad No. 3. Apóyese en el ejemplo presentado en el anexo 6.

Ejercicio 6

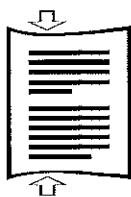
Usando el formato ilustrado en el anexo 7 para la elaboración de indicadores, desarrolle un ejercicio donde aplique los pasos para la elaboración de indicadores. Apóyese en los ejemplos presentados en los temas de este módulo y en los presentados en el anexo 8.

Elabore cinco indicadores de estructura, cinco de proceso y cinco de resultado, todos ellos a partir de los procesos críticos encontrados en el desarrollo de la carta de proceso (ejercicio 2) y de los problemas prioritarios detectados en el ejercicio 3 del mismo tema.

Extensión máxima: seis páginas.

Tema 1. Calidad de la atención en servicios de salud

Por Hilda Reyes Zapata



Resumen

Sin duda, mejorar la calidad en los servicios es un compromiso ineludible de las instituciones de salud, para ello existen diversos referentes. Se señalan los aspectos técnico y el interpersonal como dimensiones prioritarias para apreciar la calidad; al igual que la estructura, el proceso y los resultados como componentes básicos para evaluar y mejorar la calidad.

La influencia en los enfoques industriales ha sido importante para mejorar la calidad de los servicios de salud; destaca la importancia de la gerencia y la atención centrada en los usuarios para ese propósito.

En este tema se presentan algunos modelos, diseñados por diversos autores, tendientes a mejorar la calidad de los servicios.

Tema 1. Calidad de la atención en servicios de salud

Por Hilda Reyes Zapata

De acuerdo con el *Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua*, la palabra calidad proviene del latín *qua/itas, -atis* y significa "propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie".¹ Esta definición, además de proporcionar un significado común, posibilita calificar a la calidad y ubicarla en distintos niveles respecto a un referente.

En salud, una de las definiciones más reconocidas de calidad de la atención es la enunciada por A. Donabedian, quien establece que la calidad es un atributo de la atención médica que puede darse en diversos niveles; la define como "el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud"². Asimismo, el autor destaca la importancia de lograr todos los beneficios posibles de la atención médica, de exponer a los pacientes a los menores riesgos y de considerar el contexto sociocultural donde se otorgue el servicio; a la vez, la importancia de buscar que esos máximos beneficios se alcancen al menor costo.

Calidad es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud.

Donabedian también hace referencia a tres enfoques útiles para evaluar la calidad: la estructura, el proceso y el resultado. En la estructura engloba los atributos materiales y organizacionales de los lugares donde se proporciona la atención; en el proceso se incluye todo lo que los proveedores hacen por los usuarios de los servicios y la habilidad con que lo hacen. En este rubro considera lo que los propios usuarios hacen por ellos mismos. Los resultados incluyen los cambios que se obtienen en la salud derivados del servicio otorgado, buenos o malos; del mismo modo, se consideran resultados el conocimiento que se genera durante la atención y la satisfacción del usuario. Diversos autores coinciden básicamente en esos enfoques para evaluar la calidad.

¹ Real Academia Española (1996). *Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua*. Madrid. p. 257.

² Donabedian, Atemavedis (1990). *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Un texto introductorio*. Instituto nacional de salud pública. Serie Perspectivas en salud pública. México. p. 12.

Ejemplos de aspectos que corresponden a estos enfoques son:

Estructura: personal capacitado, estetoscopios, estuches de diagnóstico, canales de comunicación, líneas de control, definición de responsabilidades, etcétera.

Proceso: diagnóstico, prescripción médica, exploración física, intervención quirúrgica, paso de visita médica, revisión del expediente clínico, etcétera.

Resultados: curación, muerte evitable, iatrogenias, secuelas, el aprendizaje de los usuarios respecto a su autocuidado, pero derivado de lo que aprendió en la institución de salud, el aprendizaje de los médicos en formación respecto a cómo realizar la exploración física, etcétera.

De esta concepción se desprende la necesidad de reconocer que, para dar atención de alta calidad, debe haber recursos suficientes para apoyar el servicio que se otorga, sin dejar de ver que su incremento no necesariamente se relaciona con la mejora de la calidad. El aumento de los recursos debe estar, en primer lugar, de acuerdo con los propósitos institucionales, con los procesos de atención previamente establecidos y debe corresponder a la capacidad del personal. Es primordial recordar que el mal uso de los recursos puede ir directamente en detrimento de la calidad, por ejemplo: solicitar innecesariamente estudios invasivos o realizar laparoscopias que no están indicadas y que aumentan los riesgos para los usuarios.

Un diseño organizacional adecuado también es necesario para otorgar servicios de salud de alta calidad; pues si existe una inadecuada definición de autoridad, una indefinición de responsabilidades, problemas de comunicación, de coordinación o de control, impactarán de manera negativa en la calidad de los servicios.

Es pertinente señalar que, en relación con los enfoques mencionados, el proceso se relaciona de forma más directa con la calidad del servicio, es ahí donde se originan los resultados de la atención, por lo que dirigir esfuerzos que aseguren que el personal de salud realice los procesos que le corresponden de la mejor manera posible, contribuye, en mayor medida, a garantizar una buena calidad de atención. Por ello, hacer énfasis en el *monitoreo* de dichos procesos, asegura prevenir y detectar oportunamente problemas que podrían generar resultados negativos para la salud.

El proceso se relaciona de forma más directa con la calidad del servicio, es ahí donde se originan los resultados de la atención.

Sin embargo, es frecuente que los proveedores de servicios justifiquen la mala calidad de la atención con la falta de recursos, sin revisar la calidad de sus procesos de atención.

Donabedian también señala dos dimensiones fundamentales de la calidad que

están íntimamente relacionadas, la técnica y la interpersonal. En la primera, considera la aplicación de conocimientos y técnicas para la atención a la salud y, en la segunda, la relación que se establece entre los proveedores de servicios y los usuarios de los mismos.

Un aspecto que el autor destaca es que el personal de salud suele darle más importancia al aspecto técnico, mientras que los usuarios suelen dárselo a la relación interpersonal; hay que reconocer que ambos aspectos son fundamentales para dar un servicio de elevada calidad.

Los aspectos técnicos son indispensables para lograr atención eficaz, eficiente y efectiva y, sin duda, una buena relación proveedor-usuario, cimentada en el respeto mutuo, determina en gran medida resultados exitosos al propiciar mejor adhesión terapéutica y a la institución de salud, además de mayor satisfacción de los usuarios y de los proveedores.

Por parte de los proveedores de servicio, la relación con los usuarios debe sustentarse en principios éticos, como el respeto, la beneficencia y la justicia, que rigen los estudios biomédicos y del comportamiento³.

- Sobre el respeto se reconoce y se acata la autonomía de las personas y se protege a las que no tienen suficiente capacidad de autodeterminación, como niños muy pequeños, retrasados mentales y personas cuyo estado de conciencia estuviera perdido.
- La beneficencia conlleva no causar perjuicio y dar los mayores beneficios posibles; este principio corresponde a la máxima hipocrática y es fundamento de la ética médica. Asimismo, coincide con el postulado de calidad de Donabedian, que se relaciona con dar los mayores beneficios con los menores riesgos posibles.
- La justicia está directamente relacionada con los derechos de las personas y la equidad: dar a cada persona lo que le corresponde o le pertenece.

Estos principios, en las relaciones humanas y en cualquier prestación de servicios, son violados con frecuencia en las instituciones de salud, manifestando una falta de ética y una mala calidad del servicio. Se pueden mencionar algunos ejemplos

³ Careaga, G., Figueroa, J. G. y Mejía, M.C. (comps) (1996). Comisión nacional para la protección de los seres humanos en estudios biomédicos y del comportamiento. «Informe Belmont: principios éticos y normas para la protección de los seres humanos durante investigaciones científicas» en *Ética y salud reproductiva*. Coordinación de Humanidades. Programa universitario de estudios de género. UNAM / Programa universitario de investigación en salud, UNAM / Miguel Ángel Porrúa. México. pp. 423-440.

de estas violaciones, como considerar que las personas que reciben la atención no pueden tomar decisiones respecto a sus propios cuerpos y entonces, el personal de salud decide por ellos, realiza intervenciones quirúrgicas o procedimientos sin pedir su autorización (ejemplo: ligaduras de trompas, aplicación de dispositivos intrauterinos, etcétera). Estas situaciones se localizan, por lo general, donde se atiende población de muy bajos recursos económicos o en áreas rurales.

La beneficencia se viola cuando, sin justificación alguna, se realizan procedimientos o intervenciones médicas o quirúrgicas que incrementan los riesgos de los usuarios, pero se efectúan por ignorancia médica, por obtener un mayor ingreso económico o incluso, por realizar prácticas médicas que capaciten al personal en formación.

Se viola el principio de justicia, por ejemplo, cuando se da mejor atención a las personas de mayores recursos económicos que a los pobres o a los indígenas. En nuestro medio, incluso se puede identificar una medicina "de primera" cuando se trata de la consulta privada de los médicos o enfermeras, donde éstos adquieren mejor remuneración económica, pero cuando se trata de que esos médicos o esas enfermeras den atención en instituciones públicas se califica la medicina como "de segunda". Estas violaciones se dan en situaciones de pobreza, por discriminación étnica o incluso de género.

Los principios mencionados deben inculcarse a todo el personal de salud en formación y estar presentes también en la relación institución-proveedor de servicios para contribuir al incremento de la satisfacción del personal de salud – aspecto fundamental que debe propiciarse–, que sin duda determina el nivel de calidad de la atención brindada.

En adición a la perspectiva sobre la calidad de la atención a la salud expuesta en los párrafos anteriores, en las últimas décadas se han considerado estrategias provenientes de la industria para mejorar la calidad de los servicios, fundamentalmente, a partir de autores tan importantes como Deming⁴, Jurán⁵, Ishikawa⁶ y algunos elementos de otras estrategias, como el *benchmarking*⁷ e incluso, la reingeniería. De esos enfoques se desprende una máxima muy reconocida en la industria aceptada ya en los servicios de salud: "*no se puede mejorar lo que no se controla, no se puede controlar lo que no se mide, no se puede medir lo que no se define*".

⁴ Deming, W. E. (1986). *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*. Díaz de Santos. Madrid.

⁵ Jurán, J. M. (1990). *Jurán y el liderazgo por la calidad. Un manual para directivos*. Díaz de Santos. Madrid.

⁶ Ishikawa, K. (1986). *¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa*. Norma. Bogotá.

⁷ Spendolini, M. J. (1994). *Benchmarking*. Norma. Bogotá.

Esas influencias han propiciado, en los servicios de salud, el aprecio por la satisfacción del usuario como un elemento fundamental para evaluar la calidad y, más aun, para centrar la prestación de servicios en ellos de manera que se satisfagan las expectativas de las personas que reciben la atención. En ese orden de ideas se consideran como usuarios a dos tipos de personas: los clientes externos y los internos.

Los usuarios o clientes externos corresponden a las personas que reciben los servicios de salud o sus beneficios y que no forman parte de la organización; en nuestro medio son más conocidos como "pacientes" (término poco afortunado, por la pasividad que implica) y la comunidad a la que se otorgan dichos servicios. Ambos, pacientes y comunidad, constituyen la razón principal de la existencia de las instituciones de salud.

"Pacientes" y comunidad, constituyen la razón principal de la existencia de las instituciones de salud.

Los usuarios o clientes internos forman parte de la organización, son personas o grupos que reciben un servicio o el resultado del trabajo de otra persona u otra área de la misma organización para cumplir con sus funciones dentro de la institución de salud. Por ejemplo, el médico es usuario interno del laboratorio ya que los estudios clínicos que procesa el laboratorio son insumos para los procesos diagnósticos que realiza el médico, los servicios asistenciales son clientes internos de las áreas administrativas, donde se adquieren los recursos materiales o tecnológicos que apoyan la atención a la salud, etcétera.

También los enfoques industriales han destacado la importancia de la participación de todos los miembros de la organización para garantizar la calidad de los servicios, del "trabajo en equipo". Asimismo, señalan la necesidad de contar con una gerencia que tome realmente el liderazgo en cuanto a las estrategias para la mejora continua de la calidad e impulse el trabajo en equipo.

Desgraciadamente, en muchas instituciones de salud no se atienden estas consideraciones y se cree que bastan excelentes médicos o un gran personal de salud, o tecnología de punta para dar una atención a la salud de alta calidad y se descuida el impulso a la conciencia de grupo y a la participación multidisciplinaria, aun para desarrollar aspectos administrativos, como la planeación de la adquisición de recursos. Se descuidan aspectos que favorecen «ponerse la camiseta» del equipo institucional y mantenerla puesta.

En muchas instituciones se cree que bastan excelentes médicos o un gran personal de salud, o tecnología de punta para dar una atención a la salud de alta calidad y se descuida el impulso a la conciencia de grupo y a la participación multidisciplinaria.

Por otro lado, en esas mismas instituciones vemos que el tema de la calidad de los servicios solo se aborda por parte de los directivos en lo retórico y no en una clara definición de políticas que encausen estrategias tendientes a mejorar la calidad de los servicios. Incluso, ellos mismos impiden o limitan las estrategias ya existentes o las que se establecen por iniciativa de mandos medios y el personal operativo. Todos los individuos que han sido responsables o han estado inmersos en programas de mejora de la calidad saben que ningún programa de esta índole prospera sin el compromiso real de las autoridades de la institución.

Respecto a la satisfacción de los usuarios externos, es importante destacar que debe obtenerse como resultado de un proceso de atención adecuado, donde la aplicación de los aspectos técnicos se haya cumplido plenamente y la relación interpersonal se haya basado en los aspectos éticos antes descritos. Se subraya esto porque algunas personas que se anuncian como profesionales de la salud solo hacen énfasis en el trato cortés sin aplicar los aspectos técnicos de manera adecuada, con el único fin de obtener una remuneración económica; en este caso, la relación interpersonal viola los principios citados, ya que parte del engaño y la manipulación.

Es necesario también tener siempre presente, que otorgar servicios de salud implica, más que en cualquier otro tipo de servicios, una interacción muy humana, donde los usuarios se encuentran en situaciones particulares; viven un mayor nivel de dependencia hacia el personal de salud, fundamentalmente por la carencia de información y de conocimientos de aspectos médicos, lo que también los coloca en una desigualdad de poder, donde el proveedor de servicios de salud tiene el saber y, por tanto, el control. Frecuentemente las personas acuden a las instituciones de salud o a los consultorios con un estado anímico particular, sobre todo si existen problemas de salud, lo que conlleva diversos grados de preocupación o angustia, inseguridad, incertidumbre, ansiedad, tristeza, etcétera.

Estas emociones se agravan por el trato despersonalizado e indiferente que el personal de salud da con frecuencia a los usuarios; las personas se transforman en un número de cama o de expediente, o en una enfermedad (la señora de la cama 20, el señor del cáncer o la paciente de la histerectomía, etcétera). La respuesta a dicho trato varía, según las características personales del paciente, pero fundamentalmente, sociales y culturales; en ocasiones, puede ser agresividad o exigencia hacia el personal de salud, pero la mayoría de las veces, sobre todo en instituciones públicas donde se atiende a personas de bajos recursos, la respuesta es de sometimiento ante su impotencia y necesidad del servicio.

Los proveedores de servicios, por su parte, con frecuencia también están sometidos a tensiones diversas: sobrecarga de trabajo, obligación de cumplir metas numéricas en relación con sus servicios por el tipo de procedimientos médicos o quirúrgicos que deben realizar, por el involucramiento que tienen con los usuarios y en muchos casos, por la falta de reconocimiento a su labor. Todo esto influye en su estado anímico y propicia agresividad o indiferencia hacia las personas que reciben su atención; por otro lado, es común encontrar desánimo en el personal de salud lo que redundará en la calidad de la atención.

Por lo anterior es importante reflexionar acerca del aspecto humano que caracteriza a los servicios de salud, principalmente en las instituciones de servicio público y establecer mecanismos que permitan detectar las fallas para remediarlas oportunamente.

La aplicación de encuestas, el trabajo con grupos focales, la presencia de buzones de sugerencias y quejas o cualquier otro medio para tener información de parte de los usuarios y del personal de salud, cobra una mayor importancia, ya que permite conocer sus opiniones, sus necesidades y demandas hacia la institución y da pauta para incorporarlas como elementos clave para el mejoramiento de la calidad de los servicios.

Estas estrategias están cada vez más vigentes en las instituciones de salud y se suman a diversas acciones tendientes a garantizar la calidad de los servicios que se otorgan. Para ese propósito, Ruelas y sus colaboradores⁸ propusieron un modelo de gestión de la calidad que incluye cinco elementos fundamentales: el monitoreo, la evaluación, el diseño, el desarrollo y el cambio organizacional.

Si bien estos aspectos se abordaron en el módulo II, es conveniente recordarlos brevemente:

El monitoreo se refiere a la medición sistematizada de una o más variables durante periodos establecidos y con frecuencias determinadas.

La evaluación, entendida como la determinación del grado en que una o más variables que han sido medidas, corresponden a los estándares establecidos. Nos habla de comparar lo que se alcanzó con lo que se planeó, sin dejar de revisar las acciones que se llevaron a cabo para obtener los resultados observados.

El diseño organizacional es visto como la combinación de elementos de la estructura institucional que tiende a asegurar el adecuado desempeño de la organización, tales elementos son:

- Asignación y distribución de autoridad
- Definición de responsabilidades
- Mecanismos de coordinación y comunicación
- Nivel de coordinación y formalización de los procesos
- Mecanismos de control. Tipos de incentivos

El desarrollo organizacional consiste en establecer estrategias educativas que permitan a las personas que trabajan en una organización reconocer:

⁸. Ruelas, E, Reyes-Zapata, Vida, L. Zurita, B. *Círculos de calidad como estrategia de un programa de calidad del instituto nacional de perinatología*. Salud pública de México, 32. Págs. 207-220.

- Los objetivos personales
- Los objetivos institucionales
- La importancia del trabajo propio y el de los demás para el logro de ambos objetivos
- La importancia del trabajo en equipo
- La necesidad del desarrollo del liderazgo en la organización

El cambio organizacional considera la modificación propositiva de comportamientos y/o procedimientos para obtener mejores calidad, productividad y eficiencia.

Otro modelo para elevar la calidad, en particular en el campo de la salud reproductiva, es el propuesto por Judith Bruce⁹ que se creó para los servicios de planificación familiar (PF) y que ha sido base para construir otras propuestas en el mismo campo. El modelo de Bruce considera seis elementos fundamentales que están vinculados, pero que pueden evaluarse y mejorarse de manera individual.

1. Elección de métodos. Se refiere a que cada programa de una determinada área geográfica, asegure un acceso al mayor número posible de métodos anticonceptivos.
2. Información a los usuarios. Considera que los proveedores de servicios deben proporcionar amplia información sobre cómo usar los métodos anticonceptivos, sus beneficios y sus riesgos.
3. Competencia técnica de los proveedores de servicios.
4. Relaciones interpersonales. Definidas como el contenido afectivo de la transacción entre el usuario y el proveedor.
5. Continuidad y seguimiento que debe darse a los usuarios atendidos.
6. Constelación apropiada de servicios. Aborda la integración de los servicios de salud para responder a otras necesidades de los usuarios además de la planificación familiar.

⁹ Bruce, Judith. (1998). *Elementos fundamentales de la calidad de la atención. Un marco conceptual sencillo*. El Population Council/NOPAL 111, México.

Un modelo actual sumamente innovador, que identifica principalmente las necesidades de salud de las mujeres y considera en este propósito la perspectiva de género como un elemento indispensable para mejorar la calidad de los servicios, es el propuesto por M. Matamala¹⁰ quien concibe que:

"Una atención de calidad en salud reproductiva de las mujeres, en el marco de salud integral, resuelve el motivo de consulta, tomando en cuenta la historia, el trabajo, la vida cotidiana, las necesidades y la subjetividad de las usuarias. Y a la vez, potencia su autoestima, su autonomía, su dignidad y el ejercicio de sus derechos".

La autora señala cinco categorías que integran los requisitos que deben cumplir los servicios de salud:

1. Dignificación de las usuarias. Debe ser el resultado de la interacción entre el servicio y las mujeres, es decir, el fortalecimiento de la individualización y la autoestima de éstas, potenciando su autodeterminación. Impacta a la institución de salud y la dignifica.
2. Conciencia, respeto y ejercicio de derechos, en particular, los sexuales y reproductivos. Capacidad de asumirse como sujeto de derechos a través de ejercerlos y defenderlos, así como también, la capacidad de promover, reconocer, defender y aceptar el ejercicio de los derechos de otras.
3. Competencia técnica. Capacidad del sistema de salud y de sus integrantes para garantizar los conocimientos, las habilidades, los recursos y las tecnologías de acuerdo con el desarrollo científico y humano de la sociedad, así como de aplicarlos para resolver las demandas y necesidades de las mujeres.
4. Vínculo interpersonal. Articulación o desarticulación que se produce en la interacción entre las proveedoras y las usuarias. Está condicionado por factores institucionales (estructurales) e individuales.
5. Potenciación de comportamientos favorables. Capacidad de la institución y de sus integrantes para generar, a través de la interacción, la disposición o los cambios que contribuyan al cuidado de la salud en lo individual y en los espacios comunitarios. Como son resultado de sus esfuerzos desarrollados desde el servicio, se van a identificar a través del seguimiento a la atención brindada.

¹⁰ Matarnala, M. I., Berlagoscky F, Salazar G. y Núñez L. (1995). *Calidad de la atención, género, ¿salud reproductiva de las mujeres?* Reproducciones América. Santiago de Chile.

El trabajo de Matamala ha sido recurso importante para el desarrollo de otras propuestas dirigidas fundamentalmente a la atención de la salud de las mujeres. Tal es el caso de una definición de calidad planteada por diversas organizaciones civiles y académicas de México, reunidas en 1995 en el «Foro de calidad de los servicios de salud», que dice:

"Servicios de salud de calidad con perspectiva de género, dirigidos a mujeres, son aquellos que responden a las necesidades de salud integral de las usuarias, con alternativas técnicas de alto nivel y respetuosas de su dignidad; que garantizan la resolución del motivo de consulta en el momento oportuno y a un costo accesible; que toman en cuenta el conocimiento que tienen las mujeres sobre sus procesos de salud; que propician su autoestima, autonomía, percepción y ejercicio del derecho a la salud y a decidir; y que promueven la participación consciente y equitativa de los hombres en los procesos de salud sexual y reproductiva¹¹".

Las dos últimas propuestas incluyen un aspecto sumamente innovador que es la inclusión de la perspectiva de género. Este enfoque representa la consideración del comportamiento particular de hombres y de mujeres derivado de la interacción de factores socioculturales que, traducido en roles, influyen en la subjetividad y en todos los aspectos de la vida de las personas, en particular, para el caso que nos ocupa, la salud. Ejemplos de estos roles son, en las mujeres: el sometimiento, el de cuidadora, el doméstico, etcétera. Todos estos papeles llevan a las mujeres a una pérdida de la autoestima, de autodeterminación, pérdida en su individualización y asertividad. En el caso de los varones, los roles de personas públicas, con mayor exposición a riesgos, que no deben expresar sentimientos ("los hombres no lloran"), de violencia, etcétera.

Por otro lado, las dos últimas concepciones de este foro hacen ver cómo es posible definir la calidad con apego a nuestra labor cotidiana, reflejando los compromisos de la misión institucional e integrando esos aspectos de la calidad que se requieren en los servicios que se otorgan.

El trabajo de Matamala ha sido recurso importante para el desarrollo de otras propuestas, dirigidas fundamentalmente a la atención de la salud de las mujeres.

¹¹ SIPAM. Coords. de la edición: Pilar Muriedas y Mónica del Puerto, *op. Cit*, p.2.

| Dimensiones | Enfoques de evaluación | | |
|----------------------|---|---|--|
| | Estructura | Proceso | Resultados |
| Técnica | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal médico certificado en sus diferentes especialidades. ➤ Instrumental quirúrgico completo, en buen estado y estéril. ➤ Estuche de diagnóstico completo y limpio, focos funcionando. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Procedimiento quirúrgico apegado a la norma. ➤ Elaboración de historia clínica completa en todos los casos de nuevo ingreso. ➤ Prescripción médica acorde a la norma. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Usuario egresado en el tiempo considerado para la atención de su padecimiento. ➤ Cero reintervenciones quirúrgicas. ➤ 100% de usuarios con insuficiencia renal crónica que aprenden a realizarse diálisis peritoneal (enfermos ambulatorios). |
| Interpersonal | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Existencia de señalamientos de cada uno de los servicios con los que cuenta la unidad, escritos con letra clara y colocados de manera visible. ➤ Áreas de exploración médica que permiten respetar la intimidad de las personas atendidas. ➤ Salas de espera limpias y bien ventiladas. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saludo y presentación del médico en cada una de sus consultas de primera vez. ➤ Explicar en lenguaje sencillo los procedimientos médicos antes de realizarlos. ➤ Resolver todas las dudas que manifiesten los usuarios respecto a su padecimiento e indicaciones médicas. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cero demandas a nivel judicial. ➤ 90% de personas que se manifiestan satisfechas con el servicio recibido en relación con el total de personas egresadas. ➤ 95% de usuarios que regresan a consulta de seguimiento en relación con el total de consultas de primera vez. |

Cuadro 1. *Correlación de dimensiones y enfoques de la ciudad.*

Bibliografía

- Bruce, Judith et al. (1993). *Implications of reproductive health for objectives and efficacy of family planning programs*. Population Council, EV.
- Bruce, Judith (1989). *Fundamental elements of the quality of care: simple framework*. Population Council. EU.
- Chambers, Virginia, et al. (1995). "Calidad de la atención postaborto" en *Calidad de la Atención. Aportes*. Comité promotor por una maternidad sin riesgos en México. Population Council. México. Pág. 55 –66.
- Deming, W. E. (1986). *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*. Díaz de Santos, Madrid.
- Donabedian, Avedis (1990). "La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad" en *Salud Pública de México* Núm. 2 (32). Pág.113 –117.
- Donabedian, Avedis (1990). *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica*. Instituto nacional de salud pública. México.
- Donabedian, Avedis (1984). *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*. La prensa médica mexicana. México.
- Donabedian, Avedis (1986). *Criteria and standards for quality assessment and monitoring*. QRB March. Pág. 99 – 108.
- Donabedian, Avedis (1989). *Characteristics of clinical indicators*. QRB November. Pág. 330-339.
- Ishikawa, K. (1986). *¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa*. Norma. Bogotá.
- Jurán, J. M.(1990). *Jurán y el liderazgo para la calidad. Un manual para directivos*. Díaz de Santos. Madrid.
- Miller, Lynne et al (1997). *La resolución de problemas y el mejoramiento de procesos como medios para lograr calidad*. Center for Human Services. USAID.
- Matamala, Ma. Isabel et al (1995). *Calidad de la atención, género. ¿Salud de las mujeres?* COMUSAMS –ACHNU. Chile.

Matamala, Ma. Isabel (1998). "Gender-related indicators for fue evaluation of quality of care in reproductive health services" en *Reproductive HealthsMatters*, Núm. 11 (6). Pág. 10-21.

Pittman, Patricia et al (1995). "Calidad de la atención y la perspectiva de género" en *Mujer y Salud / R.SMLAC* 3 (4). Pág. 9-24.

Real Academia Española (1996). *Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua*. Real Academia Española. Madrid.

Reyes Zapata, Hilda et al (1995). "Calidad de la atención médica en un centro de tercer nivel" en *Calidad de la Atención. Aportes*. Comité promotor por una maternidad sin riesgos en México / Population Council. México. Págs. 33- 40.

Reyes Zapata, Hilda et al (1990). "Programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención" en *Salud pública de México*. Núm. 2 (32). Pág. 232-242.

Ruelas, Enrique et al (1990). "Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología" en *Salud pública de México*. Núm. 2 (32). Pág. 207-220.

Spendolini, Mojo (1940). *Benchmarking*. Norma. Bogotá.

The Family Planning Manager (1993). "Herramientas seleccionadas para utilizarse en el PM" en *Suplemento de The Family Planning Manager*. Núm. 11 (1). Págs. 1-14.

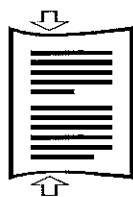
SIPAM, (1996). Coords. de la edición: Pilar Muriedas y Mónica del Puerto. México.

Vidal, Luis et al (1993). "Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad" en *Salud pública de México*. Núm. 3 (35). Págs. 326-331.

World Health Organization (1997). *Selecting reproductive health indicatrs. A guide lor district managers*. WHO.

Tema 2. Análisis de procesos para la evaluación del desempeño

Por Hilda Reyes Zapata



Resumen

El análisis de los procesos es un valioso apoyo para mejorar continuamente la calidad de los servicios que se otorgan en una institución de salud. Las actividades que conforman el proceso, ordenadas en una secuencia lógica, pueden ser representadas en un diagrama de flujo; para cada una de ellas se define el responsable de su realización y se explican las características de calidad necesaria para cumplir a cabalidad cada parte del proceso. El análisis de procesos mostrado de esta manera constituye lo que se conoce como "carta de proceso", que permite evitar errores y problemas en el desarrollo del proceso, asimismo, se facilita la detección oportuna de fallas permitiendo centrar los esfuerzos del equipo de salud en la corrección de problemas reales y potenciales identificados a través de criterios objetivos.

Existen diversas herramientas que permiten identificar los problemas que interfieren con el correcto desempeño de los procesos y analizar las causas de los mismos y sus alternativas de solución.

Tema 2. Análisis de procesos para la evaluación del desempeño

Por Hilda Reyes Zapata

A partir de las aproximaciones que diversos autores han realizado al tema de la mejora continua de calidad o de la calidad total, principalmente las de Juran, se ha identificado la importancia del análisis de procesos.

Se pueden identificar, por lo menos, un par de definiciones de proceso que nos acercan al tema. La primera, propuesta por Juran, señala que un proceso es una serie sistemática de acciones dirigidas al logro de un objetivo¹².

Un proceso es una serie sistemática de acciones dirigidas al logro de un objetivo.

La segunda definición señala que es una secuencia de actividades que se lleva a cabo para obtener uno o más productos o servicios a través de la transformación de ciertos insumos y del uso de los recursos disponibles, como los humanos, la capacitación de ellos, los materiales, tecnológicos, las instalaciones, etcétera. En este sentido "producto", en servicios de salud, refiere a lo que el personal de salud en determinada área (laboratorio, farmacia, etcétera), de manera individual o colectiva, entrega a los usuarios o clientes externos y a los internos, en este último caso, los productos del trabajo de un área son insumos para otra.

En el caso de los usuarios externos son ejemplos de productos: la elaboración de un diagnóstico, la prescripción de un tratamiento, la realización de una intervención quirúrgica, la realización de un procedimiento médico, la información que se da sobre riesgos y beneficios de un determinado procedimiento o medicamento, información sobre el autocuidado de la salud, administración de medicamentos en un área de hospitalización, etcétera.

En el caso de productos entregados a usuarios internos: la entrega de ropa limpia a las áreas de hospitalización, la esterilización de equipo para cirugía, las anotaciones en el expediente clínico, introducción al puesto al personal de nuevo ingreso, información sobre la existencia de determinados medicamentos en el almacén, la adquisición de equipo médico, entre otros.

¹² Juran, J. M. (1990). *Juran y el liderazgo para la calidad. Un manual para directivos*. Díaz de Santos. Madrid.

Hay productos que son entregados tanto a los usuarios internos como a los externos, como los estudios de laboratorio o de gabinete, el llenado de formatos de referencia o contrareferencia, etcétera.

La calidad de una institución de salud se juzga, por lo general, por sus resultados que provienen directamente de los procesos. Los problemas de calidad se deben con frecuencia a fallas en uno o más procesos, independientes o relacionados entre sí. El análisis de los procesos permite responder a preguntas como:

La calidad de una institución de salud se juzga, por lo general, por sus resultados que provienen directamente de los procesos.

- ¿Cómo se deben realizar las actividades para garantizar un alto nivel de calidad?
- ¿Cuáles son los obstáculos que impiden o limitan su cumplimiento?
- ¿Qué cambios debemos hacer?

En una organización se interrelacionan muchos procesos, unos más generales denominados macroprocesos y otros más específicos, microprocesos, que forman parte del proceso mayor, sin dejar de considerar los intermedios, que son los procesos propiamente dichos. Ejemplo de un macroproceso es la atención de los usuarios en consulta externa y el de un microproceso, la exploración física de una persona y, en el caso de un proceso intermedio, la consulta de primera vez (Figura 1).

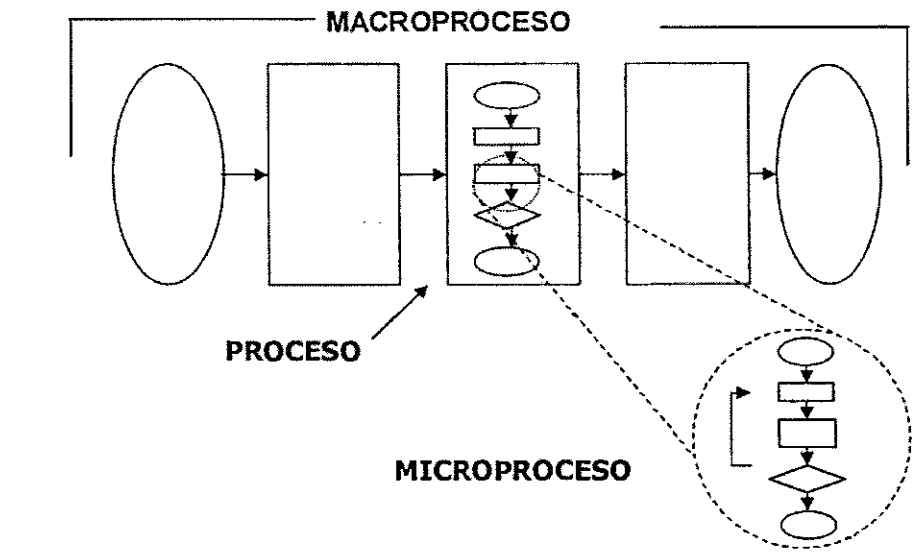


Figura 1. Niveles de análisis

Unos procesos están directamente relacionados con la prestación del servicio y otros solo tienen una relación indirecta, como el caso de los procesos administrativos. En ocasiones, a los procesos de relación indirecta se les concede menor importancia por parte de los prestadores de servicios, sin embargo, es necesario reconocer que muchos de ellos son fundamentales para que se lleven a cabo las actividades encaminadas al logro de los objetivos. En un programa de mejora continua de calidad todos los procesos son relevantes para garantizar un óptimo nivel en la calidad de los servicios.

En general, las características de los procesos son:

- Transforman insumos en resultados.
- Tienen un principio y un fin.
- Son dinámicos.
- Mantienen una secuencia lógica de actividades.
- Tienen un responsable.
- Tienen proveedores y clientes.
- Pueden ser medidos.
- Pueden ser mejorados.
- Pueden ser representados en un diagrama de flujo.
- Pueden ser macroprocesos (involucran varias áreas y niveles de la organización) o microprocesos (son segmentos que forman parte del macroproceso).
- Obedecen a una norma para su realización.

Elaborar un proceso permite sistematizar las acciones que se realizan durante la prestación de los servicios de salud. Auxiliarse de un diagrama de flujo facilita el desarrollo del proceso y la apreciación del mismo al segmentarlos de manera ordenada y secuencial en las diferentes actividades que lo conforman. El diagrama de flujo también ayuda a correlacionar las actividades con sus productos correspondientes o con los resultados esperados por su realización. Del mismo modo, apoya la correlación de las actividades con los requisitos necesarios para su realización y la definición precisa del responsable en cada paso (anexo 1). De esta forma se realiza un análisis del proceso.

El diagrama de flujo también ayuda a correlacionar las actividades con sus productos correspondientes o con los resultados esperados por su realización.

Al posibilitar la definición de requisitos para realizar cada actividad se hacen explícitas las características de calidad necesarias en cada parte del proceso, de esta manera se pueden evitar errores y problemas en el desarrollo, asimismo, se facilita la detección oportuna de fallas lo que permite centrar los esfuerzos del equipo de salud en la corrección de problemas reales y potenciales identificados mediante criterios objetivos, evitando las situaciones de crisis. En resumen, los beneficios del análisis de procesos son los siguientes:

- Hace explícitos los estándares de calidad de cada actividad que conforma el proceso.

- Facilita la identificación de las causas reales de problemas actuales y potenciales.
- Propicia el seguimiento de las soluciones propuestas para la superación de esos problemas.
- Facilita el monitoreo y la evaluación.
- Apoya la definición de funciones y de perfiles de puestos.
- Simplifica la definición de responsabilidades.
- Posibilita una introducción al puesto más clara e integral.
- Da coherencia y orden a las actividades que se realizan.

Pasos para la realización del análisis de procesos

En la realización de los procesos participan diferentes personas del equipo de salud, las cuales se involucran con diferentes niveles de responsabilidad, es decir, como responsables absolutos del proceso o solo en una o más actividades, coordinando la realización de uno o más procesos, etcétera.

En el análisis de algún proceso es necesario que se involucren todas las personas relacionadas con él, independientemente de sus niveles de responsabilidad, esto permite trabajarlo en todos los niveles y que todos los involucrados conozcan bien las diferentes partes del mismo. Finalmente, el análisis multidisciplinario contribuirá notablemente a mejorar la calidad de los procesos analizados y de los servicios que se otorgan en general. En este punto, es necesario recordar dos premisas generadas en los programas de mejora continua de la calidad a nivel industrial: "la participación aumenta la motivación" y "nadie conoce mejor los problemas de una determinada área de trabajo que las personas que están directamente relacionadas con ese trabajo".

La participación aumenta la motivación" y "nadie conoce mejor los problemas de una determinada área de trabajo que las personas que están directamente relacionadas con ese trabajo.

Los pasos a seguir son los siguientes:

1. Definir un departamento o un área en la que se requiera intervenir de manera prioritaria para resolver alguna situación específica que interfiera con la calidad del servicio que se brinda.
2. Ubicar esta área o departamento en el organigrama institucional para identificar sus líneas de comunicación tanto ascendentes como descendentes.
3. Identificar los objetivos del área o departamento del caso verificando que correspondan a la misión y a los objetivos institucionales.
4. Realizar un listado de los procesos que se llevan a cabo en esa área o departamento para el logro de sus objetivos.
5. Identificar cuáles son los procesos críticos, es decir, los procesos más importantes que se realizan en el área o servicio y que, de no realizarse oportunamente y con precisión, se pone en riesgo los objetivos del área. En el caso de las áreas asistenciales, es necesario preguntarse cuáles son los que de

no realizarse ponen en peligro la vida de los usuarios o los que representan la mayor generación de problemas.

6. Definir el o los procesos a analizar. Para tomar esta decisión, la selección de procesos críticos es el principal insumo, pero puede complementarse con otros criterios vigentes en el momento de decidir, tales pueden ser: epidemiológicos, políticos, democráticos, preventivos, sugeridos por los usuarios, etcétera.

A partir de este momento, todas las indicaciones se repetirán exclusivamente al proceso seleccionado. Para apoyar la comprensión de los pasos consulte el anexo I.

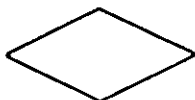
1. Elaborar un listado de todas las actividades que se llevan a cabo durante el proceso.
2. Iniciar el llenado del formato de la carta de proceso (Anexo 2). Es importante que en esta actividad participen todas las personas involucradas en la práctica cotidiana. Se deberá consignar el área, servicio o departamento al que corresponde el proceso, la fecha de análisis, el responsable del proceso (enunciando no su nombre sino su cargo), es decir, el responsable de que todo el proceso se cumpla a cabalidad.
3. Elaborar el diagrama de flujo colocando las distintas actividades antes listadas ordenadas en forma secuencial, sin olvidar los momentos de decisión. Elaborar el diagrama con la simbología específica que se describe en seguida. Este tipo de diagrama permite observar gráficamente el flujo de las actividades del proceso. (Anexo 1).



La elipse se usa para señalar el inicio o el fin del proceso.



El rectángulo se usa para enunciar actividades.



El rombo enmarca los enunciados respecto a una toma de decisión, estas oraciones siempre deben expresarse en forma de pregunta que tenga como respuesta SÍ o NO, en seguida de esas respuestas deberá seguir una actividad que se derive de ellas.



La flecha marca la dirección del proceso.



Un círculo pequeño se usa para señalar la conexión entre partes del proceso que se vieron interrumpidas por término de la hoja de papel.

10. Identificar al responsable de cada actividad o momento de decisión especificados en el diagrama de flujo.

11. Enunciar los resultados que se esperan de cada actividad, así como el producto final que se entrega al usuario.
12. Contemplar y anotar los insumos requeridos y todos los factores que se deben controlar en cada actividad, para lograr los resultados propuestos.

Ver ejemplo en el anexo I.

Mejoramiento de los procesos y análisis de problemas que interfieren con su desempeño

En todas las instituciones de salud la calidad de los procesos en la atención a la salud son susceptibles de mejorar, no solo por las posibles deficiencias que algunos de ellos pudieran tener, sino para estar de acuerdo con los avances en la medicina, los cambios culturales y demográficos, los ajustes institucionales derivados de modificaciones en las políticas de salud, etcétera.

Identificar cuáles aspectos de los procesos pueden ser corregidos se convierte en una oportunidad de mejora. Estas oportunidades no solo se refieren a identificar problemas actuales que impiden el correcto desempeño del proceso, sino también a reconocer aquellas situaciones que son problemas potenciales o aquellas partes del proceso que aun estando bien realizadas, pueden estar mejor.

Un problema se define, de acuerdo al *Diccionario de la Real Academia Española*, como el conjunto de hechos o consecuencias que dificultan la consecución de algún fin. Adaptando esta definición al tema de la calidad se dice que es la discrepancia que existe entre lo que es y lo que se desea.

Lo más deseado es resolver los problemas oportunamente o incluso prevenirlos y evitar situaciones críticas en la organización. El análisis de procesos es un medio para cumplir con ese deseo y encontrar las oportunidades de mejora. El monitoreo y la evaluación del desempeño de los procesos, fundamentalmente los críticos, son excelentes mecanismos para encontrar oportunidades de mejora. Todos estos aspectos se encuentran incluidos en los programas de mejora continua de calidad; además, consideran de manera cíclica: la identificación de problemas, el análisis de los mismos, el planteamiento e implantación de soluciones, el seguimiento de las mismas. Todos estos procesos son desarrollados por el personal de salud, tanto operativo como de distintos niveles de mando, integrados en equipos de trabajo para la mejora continua de la calidad.

La identificación de problemas y de oportunidades en los programas de mejora continua de calidad no parten de la detección casual, sino de una búsqueda

sistemática basada en el monitoreo, en la evaluación¹³, donde la información es el insumo básico de ambos. La captura de información se hace sistemáticamente cuidando aspectos metodológicos básicos que aseguren su validez y confiabilidad.

La información puede recuperarse de diversas maneras, con la aplicación de entrevistas y cuestionarios a los usuarios internos y externos para buscar datos acerca de las necesidades de ambos y de su nivel de satisfacción, principalmente, sobre sus motivos de insatisfacción. También puede ser la realización de grupos focales en ambos tipos de usuarios, la observación directa, los buzones de comentarios, quejas y sugerencias, la revisión documental, etcétera.

La información derivada del rumor no debe considerarse, sin embargo, si es alarmante debe efectuarse una investigación formal para identificar de manera confiable la existencia de problemas.

Una aportación más de los enfoques industriales a las instituciones de salud es el uso de diversas herramientas que apoyan la identificación y el análisis de problemas, así como el planteamiento de alternativas de solución. Las más usadas son:

- Lluvia de ideas.
- Diagrama causa-efecto.
- Diagrama de Pareto.
- Hoja de datos.
- Listas de verificación.
- Flujogramas.
- Gráficas lineales, de barras, circulares, histograma, de dispersión, de Gantt.
- Análisis de campo de fuerza.

Sumadas a estas metodologías se encuentran:

- La matriz de priorización.
- La matriz de análisis de problemas.

En este tema se presentarán las herramientas más frecuentemente usadas en instituciones de salud.

Lluvia de ideas

La lluvia de ideas es una herramienta muy versátil que apoya la aplicación de otras. La metodología propicia que los participantes estimulen su creatividad y generan numerosas ideas en un periodo muy breve.

¹³ Revisar los conceptos de monitoreo y evaluación enunciados en la primera parte del documento.

Se usa para identificar oportunidades de mejora, problemas, sus posibles causas y alternativas de solución.

Reglas que se deben seguir

- Deben de participar las personas que laboran en el área o servicio por mejorar. Se aceptan todas las ideas.
- No se permiten críticas o análisis de las ideas expuestas, excepto en la fase correspondiente.
- Tratar de generar la mayor cantidad de ideas posibles.
- Respetar el uso de la palabra.
- No abusar del uso de la palabra.
- Evitar la redundancia.

Cómo se desarrolla

1. Es necesario contar con una persona que coordine la sesión y preferentemente otra que anote las ideas expuestas. Ambas pueden ser elegidas por el mismo grupo en el momento de la sesión.
2. Se recomienda el uso de hojas de rotafolio o un pizarrón que mantenga a la vista de todos las ideas expuestas. Inicialmente se escribe la pregunta o cuestión a estudiar y luego la lluvia de ideas.
3. La asignación de la palabra puede darse de manera estructurada de acuerdo con las manecillas del reloj; esto propicia que todos participen, aun en casos de personas introvertidas. Otra manera de asignar la palabra es la desestructurada, en la que cada participante solicita turno levantando la mano y en el orden en que la hayan solicitado, el coordinador se la otorga.
4. Todas las ideas emitidas por los participantes se anotan, sin permitir intervenciones para comentarlas ni modificarlas.
5. Cuando los participantes ya no emiten más ideas se procede a analizarlas para aclararlas y combinarlas con otras afines, esto permite presentar ideas más precisas evitando duplicarlas. En esta fase si se permiten los comentarios sobre lo anotado, previa solicitud de la palabra y respetando las reglas.

Precauciones

Evitar que:

- se emitan críticas a las ideas expuestas o comentarios a las mismas antes de la fase correspondiente,
- una o más personas acaparen el uso de la palabra,
- comentarios agresivos inhiban la participación de algunos participantes y
- las ideas emitidas se desvíen del tema propuesto o no correspondan al mismo.

Diagrama causa- efecto

Esta herramienta permite generar y clasificar, en diferentes categorías, hipótesis sobre las causas de un problema que afecta a uno o varios procesos en la prestación de servicios. Además, organiza y presenta la información gráficamente, en forma de espina de pescado, lo que facilita el análisis del problema. A esta presentación se debe que se llame también diagrama de espina de pescado, también conocido como diagrama de Ishikawa, nombre que corresponde a su creador.

Esta herramienta puede reflejar las causas que boquean el camino hacia la consecución de un objetivo o los factores útiles para alcanzar el estado deseado. Al ayudar a determinar las causas primarias y secundarias obliga al equipo de discusión a considerar la complejidad de un problema y ver objetivamente todos los factores que inciden en él.

Las reglas que se deben seguir son las mismas que se señalaron en la lluvia de ideas.

Esta herramienta puede reflejar las causas que boquean el camino hacia la consecución de un objetivo o los factores útiles para alcanzar el estado deseado.

Cómo se desarrolla

1. Es necesario contar con una persona que coordine la sesión y preferentemente otra que anota las ideas expuestas. Ambas pueden ser elegidas por el mismo grupo en el momento de la sesión.
2. Se recomienda el uso de hojas de rotafolio o un pizarrón que mantenga visibles las ideas expuestas.
3. Se inicia con la definición del problema que se quiere analizar. El problema elegido debe colocarse en la "cabeza de pescado". Es necesario ser específico ya que aquellos problemas indefinidos o demasiado grandes pueden confundir al equipo durante la sesión.

4. Mediante una lluvia de ideas se identifican las posibles causas que el grupo considera que intervienen en el problema.
5. Se agrupan las posibles causas con una relación lógica y se identifican las primarias y las secundarias. Recuerde que las causas pueden estar relacionadas con muchos aspectos de la entrega de servicios, tanto de la estructura (hay que considerar los recursos físicos, materiales, tecnológicos y humanos) como del proceso de atención donde intervienen factores de los distintos usuarios y de los resultados de la atención.
6. Debe verificarse que las situaciones señaladas como causas tengan relación directa y lógica con el problema analizado. Dar respuesta a la pregunta ¿Por qué? es un método efectivo para apoyar la aplicación de esta herramienta y debe realizarse hasta encontrar las causas básicas o primarias (figura 2).
7. Se analiza el diagrama y se determina sobre qué causas el equipo puede controlar los cambios y las mejoras; en seguida se define en cuáles causas intervendrá el grupo.

Precauciones

- Recordar que los diagramas de causa-efecto representan hipótesis sobre las causas y no necesariamente realidades o hechos, por tanto, deben verificarse mediante el análisis de información, de otra manera pueden implementarse soluciones equivocadas y perder tiempo.
- El efecto o problema debe definirse de manera precisa para no confundirse durante el análisis y llegar a conclusiones imprecisas.
- Durante la lluvia de ideas es mejor plantear todas las causas posibles, de manera que no se pase por alto ninguna y, aún ya integrado el diagrama, pueden surgirle al grupo ideas complementarias.
- Debe elaborarse cada una de las ramas o espina de pescado de manera completa, en caso de que no sea posible, puede deberse a falta de información, lo cual obliga a buscarla antes de concluir el proceso.

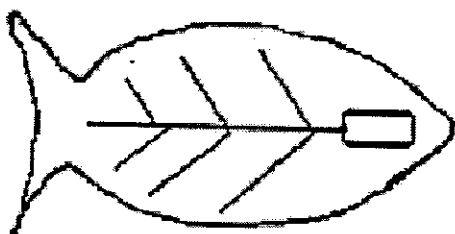


Figura 2. Ejemplo de diagrama de causa-efecto.

Matriz para la priorización de problemas¹⁴

La aplicación de la matriz apoya el análisis de problemas y permite identificar, mediante criterios de ponderación, la importancia de los problemas que interfieren con el desempeño de los procesos, lo que facilita la toma de decisiones respecto a cuáles abordar inicialmente en un programa de mejora de calidad. Este análisis se complementa con la matriz de análisis de problemas que se describirá más adelante.

Esta ponderación es insumo para identificar qué procesos o actividades de los procesos están siendo más afectadas por los problemas y, por tanto, deben ser monitoreadas y evaluadas en cuanto a su cumplimiento. Así se apoya también la búsqueda de indicadores que permitan evaluar la calidad de los servicios, como se explicará más adelante.

Los criterios de ponderación que se aplican son: magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad. La magnitud representa la frecuencia de aparición de cada problema; la trascendencia se refiere al impacto negativo que tiene el problema en el desempeño del proceso y, por tanto, en la calidad del mismo. Por vulnerabilidad se entiende la posibilidad de resolver el problema y de aplicar soluciones.

La matriz está ordenada en seis columnas principales, la primera corresponde a la lista de problemas, la segunda es para calificar la magnitud, la tercera a la trascendencia, la cuarta a la vulnerabilidad, la quinta a la factibilidad, la sexta y última para sumar horizontalmente el puntaje total. Cada columna, de las cuatro correspondientes a los criterios de ponderación, se subdividen a su vez en cinco columnas numeradas de uno a cinco; en ellas se cruzará la calificación que se asigne por el grupo (anexo 3).

Las reglas que se deben seguir son las mismas que se señalaron en la lluvia de ideas.

Cómo se desarrolla

1. Es necesario contar con una persona que coordine la sesión y preferentemente, otra que anote las ideas expuestas. Ambas pueden ser elegidas por el mismo grupo en el momento de la sesión.

¹⁴ Vidal Pineda, Luis e Hilda Reyes Zapata (1992). *Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad*. Salud pública de México. Núm. 35 (3). Págs. 326-331.

2. Se recomienda el uso de hojas de rotafolio o un pizarrón que mantengan a la vista de todos las ideas expuestas.
3. Mediante una lluvia de ideas se identifican los problemas que afectan a un proceso. Para ello se revisa la carta de proceso previamente elaborada, considerando si se obtienen los resultados propuestos de cada actividad o bien, si se están cumpliendo con los requisitos planteados para la realización de las mismas. Es pertinente empezar con el análisis crítico de los problemas de los procesos identificados para el logro de los objetivos institucionales.
4. Se debe tratar de seleccionar problemas básicos y no solo síntomas de los problemas.
5. Se listan los problemas en la primera columna de la matriz (ver anexo).
6. La ponderación se realiza por consenso grupal, por lo que cada participante asigna un valor del uno al cinco a cada factor y comenta por qué propone dicha calificación. En el caso de la magnitud, se asigna uno si la frecuencia del problema es mínima y la puntuación se va incrementa conforme se aprecie que la frecuencia es mayor. El puntaje cinco corresponde a un problema sumamente frecuente.

La trascendencia se califica con uno cuando el problema afecta muy poco al desempeño del proceso y, por tanto, la calidad del mismo incrementando la calificación en caso contrario. El puntaje cinco corresponde a un problema que afecta severamente la realización de las actividades del proceso en análisis.

La vulnerabilidad se califica con uno si no se identifica una posible solución y con mayor puntaje conforme las soluciones se hacen evidentes y claras. Cinco corresponde a un problema que fácilmente se resuelve.

La factibilidad se califica con uno si las posibles soluciones no se pueden aplicar, ya sea por falta de recursos económicos, por determinaciones políticas o porque la decisión para implementar tal o cual solución no compete al nivel de mando donde se contextualiza el problema; se incrementa el puntaje conforme la facilidad de aplicación de las soluciones propuestas, cinco, corresponde a las soluciones totalmente factibles de aplicar.

7. Si existe discrepancia en cuanto a las calificaciones asignadas por los participantes, es necesario analizar nuevamente los motivos por los que se tomo esa decisión con el objetivo de buscar el consenso del grupo. De ser posible, debe evitarse caer en votaciones, sin embargo, en un caso extremo pueden usarse.

8. Una vez calificados los elementos de ponderación se procederá a sumar de manera horizontal los puntajes asignados a cada columna. La suma obtenida se anota en la columna encabezada con la palabra total (anexo 4).
9. Los problemas que tengan las sumas más altas serán los principales objetos de intervención para mejorar la calidad.
10. Si más de cinco problemas tienen el mismo puntaje, es pertinente reflexionar grupalmente sobre los puntajes asignados y recalificar, de manera que se destaquen las prioridades.
11. No debe olvidar registrar el área, servicio, departamento o programa al que corresponda el análisis de problemas, así como el proceso al que corresponden. También debe consignarse la fecha en que se realiza el análisis y numerarse las hojas que correspondan al análisis.

Precauciones

Al igual que en las herramientas previamente descritas, coordinar la discusión es muy importante para el cumplimiento del propósito de la metodología, por ello es necesario evitar que una o más personas acaparen el uso de la palabra, al igual que evitar comentarios agresivos que pueden inhibir la participación de algunos participantes.

Establecer la prioridad de los problemas permite seleccionar puntos de inicio de las intervenciones para mejorar la calidad, sin embargo, no implica olvidar los problemas que se calificaron con puntajes más bajos a los elegidos, los cuales en otro momento podrán ser abordados.

Mattiz para el análisis de problemas

Esta matriz puede usarse para complementar el análisis iniciado con la matriz anterior o de manera independiente. Su uso permite analizar problemas, identificar las causas básicas, sus consecuencias y la relación que guardan con diferentes áreas de la institución. A partir de estos elementos se plantean: alternativas de solución que ataquen síntomas de un problema y el problema básico, los responsables de implementar las soluciones y la definición de plazos estimados para su cumplimiento. De esta forma se establecen pasos firmes, ordenados y sistemáticos que contribuyen a mejorar de manera continua la calidad de los servicios de salud.

La matriz está formada por siete columnas, en la primera se consigna el listado de problemas identificados como prioritarios o de todos aquellos que se quieran analizar. Las siguientes columnas corresponden a las causas de los problemas, las consecuencias, el registro de las áreas o personas involucradas, las alternativas de solución, la definición de responsables para implementar las soluciones propuestas y el plazo estimado para su cumplimiento (anexo 5).

Una vez registrada toda la información que solicita la matriz para el análisis de problemas, el documento se transforma en un instrumento que apoya la gestión de las áreas involucradas, orientada incluso, como apoyo para la negociación de recursos.

Las reglas que se deben seguir son las mismas que se señalaron en la lluvia de ideas.

Cómo se desarrolla

1. A partir de la priorización de problemas, se seleccionan los que mayor puntaje hayan tenido y se anotan en la primera columna de la matriz.
2. Es posible que la matriz se trabaje sin usar la de priorización, en ese caso, mediante una lluvia de ideas, se identifican los problemas que afectan a un determinado proceso o incluso a un conjunto de procesos de una área, departamento o programa. Para ello se revisa la carta de proceso previamente elaborada y se revisa si se están obteniendo los resultados propuestos de cada actividad o bien, si se cumplen los requisitos planteados para la realización de las mismas. Es pertinente empezar con el análisis de los problemas de los procesos identificados como críticos para el logro de los objetivos institucionales.
3. La lluvia de ideas también puede ser un auxiliar para aplicar esta metodología.
4. Se anotan en la primera columna los problemas identificados, es necesario que se describan de manera precisa y concisa, para evitar confusiones en el análisis subsecuente.
5. Se analiza cada problema independientemente.
6. Se debe identificar la causa de cada problema; la pregunta ¿por qué? es un buen auxiliar para encontrar todas las posibles respuestas que deben registrarse de manera precisa y concisa en la columna correspondiente. Esta reflexión permite encontrar las causas primarias, generadoras del problema en cuestión o incluso, de otros no considerados.

Es pertinente empezar con el análisis de los problemas de los procesos identificados como críticos para el logro de los objetivos institucionales.

7. Se identifican los daños y los riesgos derivados, tanto del problema señalado, como de las causas descritas y se consignan en la columna correspondiente. Este análisis permite visualizar de manera más precisa la trascendencia del problema.
8. Se señalan los servicios, áreas o departamentos involucrados con el problema con sus causas y se registran. Este paso facilitará la identificación e implementación de soluciones o la negociación de las mismas en caso necesario.
9. El equipo propone alternativas de solución al problema y a las causas del mismo. Las soluciones se anotarán en la columna correspondiente de manera resumida pero sin omitir lo fundamental de las mismas.
10. Para cada alternativa de solución debe designarse un responsable, éste se enunciará por su cargo (no por su nombre) y se registrará en la columna correspondiente. Evite señalar como responsable a dos o más personas, esto podría generar duplicidad de funciones u omisión de las mismas.
11. Para cada alternativa de solución deberá estimarse un plazo para su implementación. Éste se asentará en la columna correspondiente.
12. Es pertinente numerar cada alternativa de solución, al igual que los responsables de la implantación y los plazos estimados para su cumplimiento; verifique que guarden una correlación numérica entre sí (anexo 6).
13. Recuerde registrar el área, servicio, departamento o programa al que corresponda el análisis de problemas, así como, el proceso al que corresponden. También debe consignarse la fecha en que se realiza el análisis y numerarse las hojas que correspondan al mismo.
14. El seguimiento de las alternativas de solución puede hacerse al verificar el cumplimiento de las mismas en los plazos establecidos. En caso de haberse cumplido, deberá analizarse la causa de incumplimiento y proponer nuevas alternativas de solución.
15. De forma periódica y sistemática deben revisarse los avances de las soluciones propuestas, al igual que la aplicación de la misma matriz a nuevos problemas que surjan y que impidan el correcto desempeño de los procesos.

Precauciones

- Es indispensable que la discusión se dé por el equipo de salud donde se realizan los procesos analizados y tratar de buscar el consenso en el análisis correspondiente a cada columna.
- Al igual que en las herramientas previamente descritas, la coordinación de la discusión es muy importante para el cumplimiento del propósito de la metodología; es necesario evitar que una o más personas acaparen el uso de la palabra, al igual que los comentarios agresivos que pueden inhibir la participación de algunos participantes.
- Todas las anotaciones hechas en la matriz de análisis de problema deben ser autoexplicativas, de manera que cualquier persona del equipo de salud pueda entender plenamente lo que ahí se consigna. Evite las abreviaturas.
- Verificar que las anotaciones respecto a cada problema en cada columna guarden una clara relación.

Bibliografía

Bruce, Judith et al (1993). *Implications of reproductive health for objectives and efficacy of family planning programs*. Population Council. EV.

Bruce, Judith (1989). *Fundamental elements of the quality of care: simple framework*. Population Council, EU.

Careaga, G., Figueroa, J. G. y Mejía, M.C. (comps.) (1996). Comisión Nacional para la Protección de los Seres Humanos en Estudios Biomédicos y del Comportamiento, «Informe Belmont: principios éticos y normas para la protección de los seres humanos durante investigaciones científicas» en *Ética y salud reproductiva*. Coordinación de Humanidades, Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM/Programa Universitario de Investigación en Salud, UNAM/ Miguel Ángel Porrúa. México.

Chambers, Virginia, et al (1995). «Calidad de la atención postaborto» en *Calidad de la atención. Aportes*. Comité promotor por una maternidad sin riesgos en México / Population Council. Pág. 55-66. México.

Deming, W. E. (1986). *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*. Díaz de Santos. Madrid.

Donabedian, Avedis (1990). «La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad» en *Revista Salud pública de México*. Núm. 2 (32). Págs. 113 -117.

Donabedian, Avedis (1990). "Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica" en *Salud Pública*. México.

Donabedian, Avedis (1984). *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*. La Prensa médica mexicana. México.

Donabedian, Avedis (1986). *Criteria and standards for quality assessment and monitoring*. Pág. 108.

Donabedian, Avedis (1989). *Characteristics of clinical indicators*. QRB November. Págs. 330-339.

Ishikawa, K. (1986). *¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa*. Norma. Bogotá.

Miller, Lynne et al (1997). *La resolución de problemas y el mejoramiento de procesos como medios para lograr calidad*. Center for Human Services. USAID.

Matarnala, Ma. Isabel et al (1995). *Calidad de la atención, género, ¿Salud de las mujeres?* COMUSAMS-ACHNU. Chile.

Matamala, Ma. Isabel (1998). «Gender-related indicators for the evaluation of quality of care in reproductive health services» en *Reproductive Healths Matters*. Núm. 11 (6). Págs. 10-21.

Pittman, Patricia, et al (1995). «Calidad de la atención de género» en *Mujer y Salud/RSM/LAC*. Núm. 3 (4). Págs. 9-24.

Real Academia Española (1996). *Diccionario de la Lengua Española*. Real Academia Española de la Lengua. Madrid.

Reyes Zapata, Hilda et al (1995). «Calidad de la atención médica en un centro de tercer nivel» en *Calidad de la Atención. Aportes*. Comité promotor por una maternidad sin riesgos en México / Population Council. México. Págs. 33- 40.

Reyes Zapata, Hilda et al (1990). "Programa de calidad en el primer nivel de atención" en *Salud pública de México*. Núm. 2 (32). Págs. 232-242.

Ruelas, Enrique et al (1990). "Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto nacional de Perinatología" en *Salud pública de México*. Núm 2 (32). Págs. 207-220.

Spendolini, M. J. (1994). *Benchmarking*. Norma. Bogotá.

The Family Planning Manager (1993). "Herramientas seleccionadas para utilizarse en el PMC" en *Suplemento The Family Planning Manager*. Núm. II (1). Págs. 1-14.

Muriedas, Pilar y Mónica del Puerto (coords.) (1996). SIPAM. México.

Vidal, Luis et al (1993). "Diseño de un sistema para el desarrollo de programas de garantía de calidad" en *Salud pública de México*. Núm. 3 (35). Págs. 326-331.

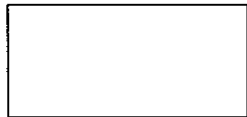
World Health Organization (1997). "Selecting reproductive health indicators. A guide for districts managers" en *Who*.

ANEXO 1
Guía para el llenado de la carta de proceso

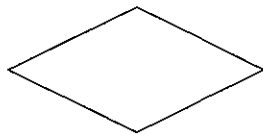
- Columna 1.** Anotar las previsiones que deben tomar para garantizar que se pueda llevar a cabo el proceso.
- Columna 2.** Diseñar el diagrama de flujo o flujograma de las actividades, con base en la siguiente simbología:



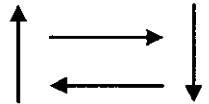
Simboliza el inicio y el fin del proceso.



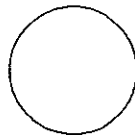
Representa la realización de alguna actividad. Por ejemplo: dar una cita, recibir un usuario, etcétera.



Indica la toma de una decisión y siempre debe ser expresada en forma de pregunta que tenga como opciones de respuesta Sí o No. Después de este símbolo ha de anotarse una actividad, otro momento de decisión o el fin del proceso, para cada opción (sí o no).



Marcan la dirección del proceso.



Un conector permite continuar la elaboración del flujograma en otra parte de la misma hoja o en una hoja distinta, cuando dicho diagrama es muy grande y el espacio no es suficiente.

- Columna 3.** Puntualizar a los responsables de llevar a cabo cada actividad, especificando puestos.
- Columna 4.** Anotar los resultados esperados de cada actividad del flujograma.

Importante. Primero se diseña el flujograma y con base en él se llenan las columnas 3, 4 y 1 respectivamente. Ejemplo:

| 4° | 1° | 2° | 4° |
|--|--|-------------|------------------------------------|
| Factores a controlar | Proceso | Responsable | Resultados esperados |
| Presencia del expediente en el consultorio antes de iniciar la consulta. | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> Anotar en el expediente el estado de salud de el usuario </div> | Médico | Que el expediente esté actualizado |

ANEXO 2
Carta de proceso

Fecha: _____ Nombre del proceso: _____ Área de trabajo: _____
Propietario del proceso: _____ Realizada por: _____

| Factores a controlar | Proceso | Responsable | Resultados esperados |
|-----------------------------|----------------|--------------------|-----------------------------|
| | | | |

ANEXO 3
Asignación de prioridades

Fecha: _____ Realizado por: _____ Área de trabajo: _____ Hoja Núm.: _____
de _____

| Problema u oportunidad de mejora | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Factibilidad | Calificación |
|---|-----------------|----------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ANEXO 4
Asignación de prioridades

Fecha: Octubre-14-98 Área de trabajo: S. Vacunas Elaborado por: Comité de calidad
Hoja núm. 1 de 1

| Problema u oportunidad de mejoría | Magnitud | Trascendencia | Vulnerabilidad | Factibilidad | Calificación |
|--|-----------------|----------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|
| Limpieza deficiente de las áreas de servicios. | 4 | 4 | 5 | 5 | 18 |
| Horario de la enfermera de vacunas no compatible con el horario del servicio | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| Señalamiento incorrecto del servicio de vacunas | 5 | 5 | 5 | 5 | 20 |
| Ubicación inadecuada de servicio de vacunas | 5 | 3 | 1 | 1 | 10 |
| Área física pequeña del servicio de vacunas | 5 | 3 | 1 | 1 | 10 |
| Diversidad de actividades en el área física del servicio de vacunas | 5 | 5 | 1 | 1 | 12 |
| Iluminación deficiente en el área de servicio de vacunas | 5 | 3 | 1 | 1 | 10 |

ANEXO 5
Análisis de problemas

Fecha: _____ Realizado por: _____ Área de trabajo: _____

| Problema | Causa | Consecuencia | Áreas o personas involucradas | Solución | Responsable | Plazo |
|-----------------|--------------|---------------------|--------------------------------------|-----------------|--------------------|--------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

ANEXO 6
Análisis de problemas

Fecha: oct. 14-98 Área de trabajo: Vacunas Elaborado por: Comité de calidad

Hoja núm. 1 de 1

| Problema | Causa/s | Consecuencia | Áreas o personas involucradas | Solución/es | Responsable/s | Plazo |
|---|---|---|--|---|----------------------|--------------|
| Limpieza deficiente de las áreas de servicios. | Insuficiente personal de limpieza. Técnica deficiente para realizar el aseo. | Mala imagen del centro de salud. Insatisfacción de usuarios y de proveedores. | Todos los servicios. | Establecer guardias con el personal de intendencia. | Administrador | Nov.30 |
| Horario de la enfermera de vacunas no compatible con el horario del servicio. | Criterios adecuados para asignar horarios y personal en este servicio. | Insatisfacción de usuarios. | Servicio de vacunas. | Cubrir la primera hora del servicio con otra enfermera. | Director | Oct. 21 |
| Incorrecto señalamientos del área de vacunas. | Falta de supervisión de los señalamientos de las distintas áreas de servicios. | Confusión de usuarios. Saturación de trabajo del personal de módulo de informes. | Servicio de vacunas Módulo de informes. | Colocar señalamientos correctos de todos los servicios. | Administrador | Oct. 21 |

ANEXO 7
Indicadores y estándares

Fecha: _____ Área de trabajo: _____ Elaborado por: _____
 Hoja núm. _____ de _____

| Tipo | Indicador | | | Fuente | Periodicidad | Responsable |
|------|-----------|---------|----------|--------|--------------|-------------|
| | Criterio | Fórmula | Estándar | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Guía para el llenado del formato de indicadores y estándares

- Columna 1.** Enunciar el tipo de indicador de que se trate (estructura, proceso o resultado).
- Columna 2.** Identificar para cada actividad crítica uno o más criterios, es decir, un evento o suceso que debiera o no ocurrir y que representa beneficio, riesgo o daño derivados de la actividad realizada.
- Columna 3.** Construir una fórmula que permita medir el suceso que se observa. Esta fórmula puede ser una expresión cuantitativa, cuando:
- a. es necesario identificar un numerador y un denominador que nos permita obtener una proporción o un porcentaje.
Ejemplo: Núm. de asistentes al taller de género
Núm. de asistentes esperados al taller de género
 - b. sólo se requiere una expresión numérica.
Ejemplo: Núm. de minutos de espera para recibir consulta.

La fórmula también puede ser una expresión cualitativa que indique la ausencia o presencia de la característica observada. Ejemplo: presencia de normas técnicas en los consultorios.

- Columna 4.** Asignar a cada fórmula un estándar, es decir, el límite máximo o mínimo que se considera aceptable de acuerdo a los recursos institucionales actuales. Su propósito es tener un punto de referencia para evaluar y monitorear lo alcanzado contra lo deseado, que es lo que representa el estándar.
- Columna 5.** Anotar la fuente o el documento donde se obtendrá la información (registro diario, libretas, formatos, etcétera). En caso de no existir, se diseñará el formato para ese fin y se consignará en esta columna.
- Columna 6.** Registrar la periodicidad de registro de la información necesaria para la monitoría de cada indicador, así como la periodicidad de análisis y de reporte.
- Columna 7.** Anotar el puesto del responsable que llevará a cabo cada paso antes mencionado (médico adscrito, residente, jefe del servicio, etcétera). No es pertinente consignar el nombre del área, sino particularizar el puesto; del mismo modo debe señalarse sólo un miembro del equipo de salud para evitar duplicidad u omisión de la responsabilidad de registro, análisis y reporte de la monitoriza de cada indicador.

ANEXO 8

Indicadores y estándares de calidad en los servicios de salud sexual y reproductiva

| Tipo | Criterio | Fórmula | Estándar | Fuente | Periodicidad | Responsable |
|------------|--|---|--|-------------------------------|---|---|
| Estructura | Existencia de cada una de las normas técnicas del campo de la salud reproductiva. | Existencia o no de normas técnicas de: planificación familiar, cáncer cérvico uterino, embarazo, parto y puerperio, control de la nutrición, etcétera, en cada consultorio médico. | Existencia de cada una de ellas en cada consultorio. | Bitácora de observación. | Registro, análisis y reporte semestral. | Consultorio: médico. En general coordinador de atención médica. |
| Estructura | Abasto suficiente de material de apoyo didáctico en salud sexual y reproductiva. | Existencia o no de: láminas ilustrativas (genitales, ciclo menstrual, caracteres sexuales, etcétera); modelos de órganos genitales, trípticos sobre uso de métodos de planificación familiar y de derechos reproductivos. | Existencia de todo el material didáctico acordado en cada consultorio. | Bitácora de observación. | Trimestral | Coordinadora de enfermería. |
| Proceso | Propiciar el autocuidado y la autoestima de las usuarias. | Porcentaje de usuarias encuestadas que dicen que durante la consulta médica se les enseñó como autoexplorarse las mamas y la importancia de ello. | 100% | Encuesta a usuarias. | Aplicación, análisis y reporte trimestral | Comité de encuestas |
| Proceso | Orientación satisfactoria y trato respetuoso a usuarias. | Porcentaje de usuarias entrevistadas que dicen se les orientó satisfactoriamente para realizar sus trámites de consulta (al momento de solicitar la ficha, en la caja, en la consulta, en el laboratorio, etcétera). | 100% en cada uno de los servicios. | Encuesta por áreas a usuarias | Aplicación, análisis y reporte trimestral | Comité de encuestas |
| Resultado | Capacidad técnica para la resolución del motivo de la consulta. | Porcentaje de mujeres encuestadas que dicen se les resolvió el problema que motivó la consulta. | 90% servicio médico; 95% dental; 100% laboratorio. | Encuesta a usuarias | Aplicación, análisis y reporte trimestral | Comité de encuestas |
| Resultado | Cumplimiento de la consejería en planificación familiar. Propiciar el autocuidado. | Porcentaje de usuarias entrevistadas que dicen conocer todos los métodos de PF existentes en el centro de salud (preguntar por cada uno de ellos). | 100% en todos los métodos. | Encuesta a usuarias | Aplicación, análisis y reporte trimestral | Comité de encuestas |



Ejercicios y actividades de evaluación

Tercera actividad

Ejercicio individual

De acuerdo con la información proporcionada en los temas de este módulo, desarrolle los seis ejercicios que componen esta actividad de evaluación:

Ejercicio 1

Elabore un cuadro que correlacione los enfoques de evaluación propuestos por Donabedian (estructura, proceso y resultado) y las dimensiones de la calidad señaladas por el mismo autor, precisando cuáles son los requerimientos de calidad que deben tener cada una de las características enunciadas (técnica e interpersonal). La reflexión debe partir del contexto institucional donde usted labora.

Las preguntas que deben responder para realizar el ejercicio son las siguientes:

- ¿Cuáles son las características y especificaciones de calidad que corresponden simultáneamente a la dimensión técnica y a la estructura en su organización?
- ¿Cuáles son las características y especificaciones de calidad que corresponden simultáneamente a la dimensión interpersonal y a la estructura en su organización?
- ¿Cuáles son las características y especificaciones de calidad que corresponden simultáneamente a la dimensión técnica y al proceso en su organización?
- ¿Cuáles son las características y especificaciones de calidad que corresponden simultáneamente a la dimensión interpersonal y al proceso en su organización?
- ¿Cuáles son los resultados y especificaciones de calidad que se esperan en su organización y que corresponden a la dimensión técnica?
- ¿Cuáles son los resultados y especificaciones de calidad que se esperan en su organización y que corresponden a la dimensión interpersonal?

Para cada una de las preguntas planteadas dé un mínimo de diez ejemplos.

Guíese con el siguiente cuadro que ejemplifica el ejercicio propuesto:

| Dimensiones | Enfoques de evaluación | | |
|----------------------|---|---|--|
| | Estructura | Proceso | Resultados |
| Técnica | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal médico certificado en sus diferentes especialidades. ➤ Instrumental quirúrgico completo, en buen estado y estéril. ➤ Estuche de diagnóstico completo y limpio, focos funcionando. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Procedimiento quirúrgico apegado a la norma. ➤ Elaboración de historia clínica completa en todos los casos de nuevo ingreso. ➤ Prescripción médica acorde a la norma. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Usuario egresado en el tiempo considerado para la atención de su padecimiento. ➤ Cero reintervenciones quirúrgicas. ➤ 100% de usuarios con insuficiencia renal crónica que aprenden a realizarse diálisis peritoneal (enfermos ambulatorios). |
| Interpersonal | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Existencia de señalamientos de cada uno de los servicios con los que cuenta la unidad, escritos con letra clara y colocados de manera visible. ➤ Áreas de exploración médica que permiten respetar la intimidad de las personas atendidas. ➤ Salas de espera limpias y bien ventiladas. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Saludo y presentación del médico en cada una de sus consultas de primera vez. ➤ Explicar en lenguaje sencillo los procedimientos médicos antes de realizarlos. ➤ Resolver todas las dudas que manifiesten los usuarios respecto a su padecimiento e indicaciones médicas. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cero demandas a nivel judicial. ➤ 90% de personas que se manifiestan satisfechas con el servicio recibido en relación con el total de personas egresadas. ➤ 95% de usuarios que regresan a consulta de seguimiento en relación con el total de consultas de primera vez. |

El ejercicio se hará a partir del contexto institucional donde usted labora.

Ejercicio 2

De acuerdo a lo enunciado respecto a macroprocesos, procesos y microprocesos, enuncie un macroproceso que se desarrolle en la institución donde usted labora, un proceso intermedio que se derive de él y un microproceso.

Ejercicio 3

Siga los doce pasos enunciados para la realización del análisis de procesos. Apóyese en el formato ilustrado en el anexo 2 para desarrollar estos pasos y en el ejemplo presentado en el anexo 1. Efectúe el ejercicio sólo de un proceso crítico.

Ejercicio 4

Usando el formato ilustrado en el anexo 3 de una matriz de priorización, desarrolle un ejercicio donde enuncie los problemas que interfieren con el proceso analizado en la actividad No. 2 y aplique los criterios de priorización. Apóyese en el ejemplo presentado en el anexo 4.

Ejercicio 5

Usando el formato ilustrado en el anexo 5 de una matriz para análisis de problemas, desarrolle un ejercicio donde analice los 5 principales problemas priorizados en la actividad No. 3. Apóyese en el ejemplo presentado en el anexo 6.

Ejercicio 6

Usando el formato ilustrado en el anexo 7 para la elaboración de indicadores, desarrolle un ejercicio donde aplique los pasos para la elaboración de indicadores. Apóyese en los ejemplos presentados en los temas de este módulo y en los presentados en el anexo 8.

Elabore cinco indicadores de estructura, cinco de proceso y cinco de resultado, todos ellos a partir de los procesos críticos encontrados en el desarrollo de la carta de proceso (ejercicio 2) y de los problemas prioritarios detectados en el ejercicio 3 del mismo tema.

Extensión máxima: seis páginas.

CURSO A DISTANCIA. AUDITORÍA MÉDICA

HOJA DE IDENTIFICACIÓN PARA ENVÍO DE ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

DE:

| | |
|-------------|---------------------|
| NOMBRE | FECHA |
| INSTITUCIÓN | |
| PAÍS | LOCALIDAD |
| Fax: | Correo electrónico: |

| |
|---------------------------------------|
| COORDINADOR: Mtro. Martín Gómez Silva |
| TUTOR: |

Puede fotocopiar esta forma y emplearla para enviar cada una de las actividades de evaluación.

| ACTIVIDADES | FECHA DE ENVÍO | No. DE HOJAS QUE ANEXA |
|-------------------|----------------|------------------------|
| Primer ejercicio | | |
| Segundo ejercicio | | |
| Tercer ejercicio | | |

Directorio

SANTIAGO LEVY ALGAZI
Presidente de la CISS y de la Junta Directiva del CIESS

GABRIEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ
Secretaría General de la CISS

LUIS JOSÉ MARTÍNEZ VILLALBA
Director del CIESS

ANTONIO RUEZGA BARBA
Coordinador General Académico del CIESS

MARTÍN GÓMEZ SILVA
Coordinador Académico del CIESS

RAQUEL ABRANTES PÊGO
Coordinadora Académica del CIESS

JUAN JOSÉ ZERMEÑO CÓRDOVA
Jefe del Área de Comunicación del CIESS

Directorio

SANTIAGO LEVY ALGAZI
Presidente de la CISS y de la Junta Directiva del CIESS

GABRIEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ
Secretaría General de la CISS

LUIS JOSÉ MARTÍNEZ VILLALBA
Director del CIESS

ANTONIO RUEZGA BARBA
Coordinador General Académico del CIESS

MARTÍN GÓMEZ SILVA
Coordinador Académico del CIESS

RAQUEL ABRANTES PÉGO
Coordinadora Académica del CIESS

JUAN JOSÉ ZERMEÑO CÓRDOVA
Jefe del Área de Comunicación del CIESS