

11237



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

TRABAJO DE REVISIÓN QUE PRESENTA
DR. JOAO GARCÍA MARTÍNEZ
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRÍA



TUTOR DE TESIS:
DR. CESAR SCORZA ISLAS

MÉXICO, D.F. 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

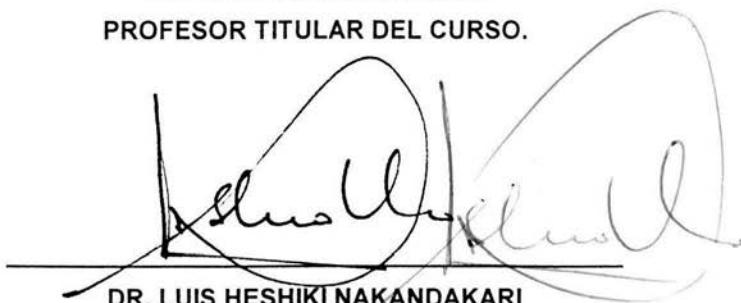
EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA



DR. PEDRO A. SANCHEZ MARQUEZ:

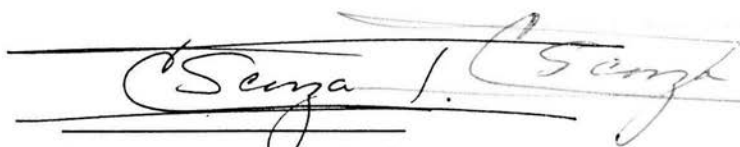
DIRECTOR DE ENSEÑANZA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO.



DR. LUIS HESHIKI NAKANDAKARI

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PRE Y POSGRADO



DR. CESAR SCORZA ISLAS

TUTOR DE TESIS



A faint handwritten signature and a partially visible stamp are located in the bottom left corner of the page.

74
00

INDICE

1.	DEDICATORIA	5
2.	INTRODUCCION	5
2.1.	JUSTIFICACION	5
2.2.	OBJETIVO	7
3.	LA ATENCION MEDICA EN NUESTRO PAIS	7
4.	LA SALUD MUNDIAL	12
5.	DEFINICIONES	13
5.1.	CALIDAD	13
5.2.	CALIDAD TOTAL	13
5.3.	USUARIO	13
5.4.	PRESTADOR DE SERVICIOS	14
5.5.	INSTITUCION	14
5.6.	EQUIDAD	14
5.7.	OPORTUNIDAD	14
5.8.	CALIDAD EN EL PROCESO DE LA ATENCION	14
5.9.	HUMANISMO	14
5.10.	NORMAS VIGENTES	15
5.11.	CONOCIMIENTOS MEDICOS VIGENTES	15
5.12.	PRINCIPIOS ETICOS	15
5.13.	COMUNICACION CON EL USUARIO	16
5.14.	AMBIENTE CONFORTABLE	16
5.15.	USO ADECUADO DE LA TECNOLOGIA APROPIADA	17
5.16.	RESULTADOS CONGRUENTES CON EL OBJETIVO DE LA ATENCION	17
5.17.	SATISFACCION DE LAS NECESIDADES DE SALUD	18
5.18.	EXPECTATIVAS DEL USUARIO	18
5.19.	EXPECTATIVAS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS	20
5.20.	EXPECTATIVAS DE LA INSTITUCION.	22
5.21.	EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.	23
PROCESO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA		
6.	MARCO HISTORICO	24

6.1	NECESIDAD DE UNA EVALUACION	25
7.	DIRECCION	28
8.	EDUCACION	31
9.	INVESTIGACION	31
10.	ANALISIS DE LAS QUEJAS	31
11.	AUTOESTIMULO	32
EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA		
12.	METODOLOGIA DE LA EVALUACION INTEGRAL DE LA ATENCION MEDICA	33
13.	OBJETIVO DE LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA	34
14.	POLITICAS	35
15.	UNIVERSOS DE APLICACION	37
16.	TIEMPO DE APLICACION	37
17.	NORMATIVIDAD	37
18.	RESPONSABLES DE LA APLICACION	38
19.	RESPONSABLES DEL MANEJO DE LOS RESULTADOS	39
METODOLOGIA		
20.	EVALUACION DEL PROCESO Y RESULTADOS DE LA ATENCION MEDICA	39
20.1.	EVALUACION DEL PROCESO	40
20.1.1.	OPORTUNIDAD DE LA ATENCION MEDICA	40
20.1.2.	PROCESO DE ATENCION MEDICA	41
20.1.3.	EDUCACION MEDICA	42
20.1.4.	INVESTIGACION MEDICA	42
20.1.5.	SATISFACCION DEL PRESTADOR DE LOS SERVICIOS	43
20.2.	EVALUACION DE LOS RESULTADOS	43
20.2.1.	CAPACIDAD RESOLUTIVA	44
20.2.2.	MORBILIDAD	44
20.2.3.	MORTALIDAD	44
20.2.4.	PRODUCTIVIDAD Y RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS.	45
20.2.5.	SATISFACCION DEL USUARIO	45
20.2.6.	SATISFACCION DE LA INSTITUCION	46

21.	SISTEMA E.S.I.N.I PARA ASIGNACION DE JUICIOS DE VALOR, IDENTIFICACION, REGISTRO, SEGUIMIENTO Y SOLUCION DE PROBLEMAS.	46
INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACION		
22.	PROCESO DE EVALUACION Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA	54
22.1.	EVALUACION	54
22.1.1.	ESTRUCTURA	54
22.1.2.	PROCESO DE LA EVALUACION MEDICA	55
22.1.3.	RESULTADOS DE LA ATENCION	56
22.1.4.	AMBIENTE LABORAL	56
22.1.5.	MEJORAMIENTO CONTINUO	57
EVALUACION FINAL DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA		
23.	AREAS MEDICA, ENFERMERIA, TRABAJO SOCIAL Y NUTRICION Y DIETETICA.	62
23.1.	RECURSOS FISICOS	63
23.2.	DOTACION DE PERSONAL	63
23.3.	DOTACION DE ARTICULOS DE CONSUMO	65
23.4.	ORGANIZACIÓN	65
23.5.	PROCESO DE LA ATENCION	67
23.6.	RESULTADOS DE LA ATENCION	74
23.7.	AMBIENTE ORGANIZACIONAL Y LABORAL	76
24.	EVALUACION DE RECURSOS, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD.	79
25.	EVALUACION DE LA OPORTUNIDAD PARA LA ATENCION MEDICA.	79
26.	EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA A TRAVES DEL EXPEDIENTE CLINICO.	79
27.	EVALUACION DE LA EDUCACION Y DE LA INVESTIGACION MEDICA.	79
28.	EVALUACION DE LA SATISFACCION DE LOS	79

	USUARIOS CON LA ATENCION RECIBIDA Y DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS CON EL TRABAJO DESARROLLADO.	
29.	EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA A TRAVES DE LA ESTANCIA PROLONGADA.	79
30.	CONTINUIDAD Y CAMBIO EN LA BUSQUEDA DE LA CALIDAD.	79
30.1.	LA NATURALEZA DE LA CALIDAD.	79
30.2.	RESPONSABILIDAD HACIA LOS INDIVIDUOS.	81
30.3.	RESPONSABILIDAD HACIA LA SOCIEDAD.	81
31.	CALIDAD TOTAL.	82
31.1.	DEFINICION.	83
31.2.	OBJETIVOS.	83
31.3.	PLANEACION.	83
31.4.	PROBLEMAS A RESOLVER PARA LA IMPLANTACION DE LA CALIDAD TOTAL.	84
32.	CONCLUSIONES.	84
33.	EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA A TRAVES DEL ANALISIS DE LA ESTANCIA PROLONGADA.	87
	BIBLIOGRAFIA	89

1. DEDICATORIA.

A mis padre, maestros, Giovanna y Lucía, por su apoyo incondicional.....

Gracias.

2. INTRODUCCION.

2.1.JUSTIFICACION.

En México y como sucede en la mayoría de los países en vías de desarrollo, la suficiencia de recursos para prestar atención a la salud y a la enfermedad, la cobertura y el número de servicios otorgados, representaron durante mucho tiempo los elementos esenciales de información para el nivel directivo de las instituciones y al pueblo de México. Se hacía énfasis en el análisis de la asignación y ejercicio de presupuestos, tanto como en el logro de los objetivos y metas programáticas. La crisis económica mundial en la que se ha visto inmerso nuestro país, ha tenido una marcada repercusión en las instituciones de salud y seguridad social, con la consecuente limitación en la disponibilidad de recursos. Esta situación nos ha llevado a un análisis cuidadoso del impacto logrado con las acciones realizadas a favor de la salud y por otra parte las repetidas manifestaciones de insatisfacción de los usuarios, ha hecho necesario revisar la actual situación en cuanto a recursos existentes, disponibilidad de presupuesto, personal, su nivel de capacitación y a partir de ello, desarrollar sistemas y procedimientos de trabajo que permitan alcanzar dos objetivos fundamentales:

1. Otorgar servicios con oportunidad, calidad y satisfacción de los usuarios, y

2. Eficiencia en la administración de los recursos disponibles.

Para poder lograr estos objetivos es necesario contar con una serie de variables con las cuales podamos evaluar de una manera objetiva la calidad de la atención médica. El objetivo final es contar con un método ideal para "La Evaluación Integral de la Calidad de la Atención Médica". En donde queremos incluir estas variables que deben de ser verificadas con objeto de obtener una información completa y correcta, que permita la toma de decisiones.

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

No sería aceptable que un procedimiento de evaluación de la calidad de la atención, concluyera su función con el establecimiento de un diagnóstico situacional. Es necesario repercutir este diagnóstico situacional en acciones que permitan mejorar, garantizar o acreditar una atención médica de calidad, a través de la identificación de problemas que afectan la calidad o la eficiencia en la

prestación de los servicios, asignación o ubicación del responsable y un tiempo para su solución, establecimiento participativo formal, por consenso, con el equipo involucrado, para que dé la mejor alternativa de solución, con seguimiento hasta su consecución, que indudablemente repercutirá en mejorar la calidad y la eficiencia.

2.2. OBJETIVO.

Realizar en forma metodológica la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica que permita mejorar la calidad con que se prestan los servicios en las Instituciones del Sistema Nacional de Salud, a través de uniformar los criterios de evaluación y proporcionar los instrumentos para lograrlo.

3. LA ATENCION MEDICA EN NUESTRO PAIS.

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

1. Fomento de la cultura de la salud.
2. Acceso universal a los servicios de salud con equidad y calidad.
3. Prevención y control de enfermedades y accidentes.
4. Protección del medio ambiente y saneamiento básico.
5. Contribución a la regulación del crecimiento demográfico.

6. Impulso a la asistencia Social.

Las estrategias consideradas para su consecución son:

1. Coordinación Funcional del Sistema Nacional de Salud.
2. Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud.
3. Descentralización de los servicios de salud.
4. Modernización y Simplificación Administrativa.
5. Coordinación Intersectorial.
6. Participación de la Comunidad.

La principal estrategia para la descentralización en el Sistema Nacional de Salud, tiene como base el desarrollo y "Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud" (SILOS), que en nuestro país se han denominado "Jurisdicciones Sanitarias" en la Secretaría de Salud. ^(5,6) Esta política a nivel nacional, está permitiendo reforzar la capacidad gerencial y toma de decisiones a nivel local, en forma congruente con el lugar donde se otorgan los servicios y se generan los problemas.

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

Sería insensato dejar de reconocer los indudables avances que ha tenido la salud pública en México. Sería igualmente erróneo guardar silencio sobre las carencias, problemas y desigualdades.

En la agenda de pendientes lo prioritario está en la cifra tan alta de mexicanos (58%) que carecen de una garantía de recibir, en caso de necesidad, servicios

médicos. Cuando se enferman deben de echar mano de recursos propios, lo que tiene consecuencias negativas en diferentes ramos.

Otro problema mayúsculo está en la calidad de los servicios. Solo en las grandes ciudades se pueden recibir tratamientos especializados y en ese sentido destaca el centralismo de la Ciudad de México. También debe mencionarse el número de médicos que hay con relación al número de habitantes. En ese terreno hay variaciones notables, por ejemplo, entre el Distrito Federal y Chiapas. Ese es un factor central tras las diferencias en la mortalidad de los niños de zonas rurales y zonas urbanas.

CONCEPTO	%	TOTAL
Derechohabiente	40.8	39,120,682
IMSS	32.3	31,523,279
ISSSTE	5.9	5,751,517
Pemex, Defensa y Marina.	1.1	1,059,099
Otra	1.1	1,039,992
No derechohabiente.	56.9	55,555,788
<i>Fuente: INEGI, 2001.</i>		

La población derechohabiente usuaria de las instituciones del Sistema Nacional de Salud asciende acerca de 40 millones de personas., Sin embargo, existen alrededor de 18 millones de mexicanos que a pesar de que legalmente se pueden beneficiar de los servicios de salud no acuden a ellos.

PRINCIPALES RECURSOS Y SERVICIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 1990 – 2001.			
CONCEPTO	1990	2000	2001
Infraestructura y Recursos Materiales.			
Unidades Médicas	13,195	18,841	19,152
Camas censables	63,122	74,445	75,549
Consultorios	34,724	49,989	50,673
Quirófanos	1,825	2,624	2,667
Laboratorios de análisis clínicos	1,649	1,779	1,808
Recursos Humanos			
Médicos	89,748	136,164	136,924
Enfermeras	130,529	185,464	186,373
Servicios			
Consultas (miles)	144,919	231,432	243,738
<i>Fuente: INEGI, 1998, Ernesto Zedillo, 2000, y Vicente Fox, 2001.</i>			

En el papel, es indudable el aumento en los recursos destinados al sistema de salud. La calidad de los servicios que otorga es mucho más difícil de evaluar. Los servicios médicos privados juegan un papel importante en los servicios de salud. Sin embargo, es igualmente insuficiente la información sobre la calidad de la atención que prestan. Hay indicios de que algunos médicos practican cirugías innecesarias por razones exclusivamente mercantiles.

CONDICIONES DE LA SALUD, 2002.	
CONCEPTO	TOTAL
Esperanza de vida al nacer (años)	75.3
Mortalidad Infantil (x 1000 nacimientos)	14.5
Mortalidad (defunciones por 1000 Hab.)	4.3
Defunciones	449,865
Gasto en Salud con respecto al PIB. (%)	6

Fuente: INEGI, 2001.

Independientemente de cualquier otra consideración hay un aumento consistente en el aumento en la esperanza de vida. En 1970 era de 62 años, en 1999 llegó a los 74 años y en el 2000 alcanzó 75.3 años.

INDICADORES DE SALUD INFANTIL, 2000 – 2001.		
CONCEPTO	2000	2001
Mortalidad		
Por enfermedades diarreicas	22.70	19.75
Por infecciones respiratorias	40.30	35.88
Por deficiencia nutricional	15.51	13.79
Cobertura de vacunación, esquema básico (%)		
Menores de 1 año	94.4	95.00
De 1 a 4 años	98.00	98.30
Enfermedades prevenibles por vacunación (casos)		
Poliomielitis	0	0

Tétanos	9	6
Sarampión	30	0
Tos ferina	46	86
Difteria	0	0
Tuberculosis meningea	13	0
<i>Fuente: Ernesto Zedillo, 2000, y Vicente Fox, 2001.</i>		

La disminución de la tasa de mortalidad es una realidad. En 1997 se daban 4.6 defunciones por cada 1000 habitantes, tres años después (2000) había retrocedido 3 décimas para ubicarse en 4.3. Eso es especialmente relevante entre los infantes.

Sin embargo, a pesar de toda esta información objetiva en números que demuestran francamente logros, aunque estos aún insuficientes para nuestra población, queda manifiesto la incapacidad y la dificultad para valorar la calidad de la atención médica, la cual queda mucho aún por hacer y forma parte de los programas de prioridad de el Sistema Nacional de Salud. Y una de las principales causas es la incapacidad para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica.

4. LA SALUD MUNDIAL.

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

“SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000”.

5. DEFINICIONES.

5.1.DEFINICION DE CALIDAD.

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

5.2.CALIDAD TOTAL.

La calidad total es un proceso programado, integral, sistemático y permanente que propicia un cambio cultural en los grupos sociales, en todos los aspectos de su desempeño, dirigido a mejorar la calidad de su vida en forma continua. En el trabajo implica la presencia de calidad en los dirigentes, trabajadores, funciones, procesos y actividades, dirigidos al logro de la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios.

5.3.USUARIO.

Es el sujeto que recibe la atención médica, con el prestador de servicios en una institución determinada.

5.4.PRESTADOR DE SERVICIOS.

Individuo asignado para otorgar la atención médica al usuario en una institución determinada.

5.5.INSTITUCION.

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

5.6.EQUIDAD.

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

5.7.OPORTUNIDAD.

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

5.8.CALIDAD EN EL PROCESO DE LA ATENCION.

Atención médica que se otorga conforme a las normas y a los conocimientos médicos vigentes, con el apoyo en la utilización adecuada de la tecnología apropiada.

5.9.HUMANISMO.

Trato que debe otorgarse a una persona específicamente si se encuentra enferma o afligida, en forma personalizada, con equidad, privacidad y amabilidad, dentro de los principios éticos y morales, tanto en lo que se refiere al paciente como a sus familiares.

5.10. NORMAS VIGENTES.

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

5.11. CONOCIMIENTOS MEDICOS VIGENTES.

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

5.12. PRINCIPIOS ETICOS.

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

5.13. COMUNICACIÓN CON EL USUARIO.

Información a los usuarios y a sus familiares como elemento indispensable que permite abatir su nivel de angustia, a través del conocimiento de la situación del paciente, de su pronóstico, del plan de estudio y tratamiento y particularmente de los procedimientos a los que va a ser sometido. Escuchar los problemas que generan angustia en el paciente y brindarle apoyo para su solución, previene su insatisfacción y la generación de quejas y demandas.

5.14. AMBIENTE CONFORTABLE.

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

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

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

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

deben de tener conocimientos de cual es el objetivo de la atención y el pronóstico probable.

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

5.15. USO ADECUADO DE LA TECNOLOGIA APROPIADA.

Este concepto lleva implícitos dos conceptos interrelacionados. En primer término vale la pena mencionar la disponibilidad limitada de equipos, particularmente los equipos sofisticados o de "punta" como consecuencia de su alto costo y la evolución vertiginosa de la tecnología, situación que da lugar el hecho de que a corto plazo, un equipo nuevo o "de punta" es ya anticuado u obsoleto. En segunda instancia debe tenerse en cuenta el uso inadecuado de la tecnología, tanto por una indicación incorrecta o improcedente, como por la utilización excesiva de la tecnología, particularmente cuando ésta precede o substituye a los procedimientos clínicos de interrogatorio, exploración física o semiología. Esta práctica, independientemente de los posibles riesgos para los pacientes, lleva implícitos un incremento sustantivo de los gastos para el paciente o sus familiares en la medicina privada o para las instituciones públicas en su caso.

5.16. RESULTADOS CONGRUENTES CON EL OBJETIVO DE LA ATENCION.

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

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

5.17. SATISFACCION DE LAS NECESIDADES DE SALUD.

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

5.18. EXPECTATIVAS DEL USUARIO.

En la actualidad la satisfacción del usuario con los servicios recibidos, ha adquirido una relevancia fundamental. Esta satisfacción del usuario es

determinada por el logro o cumplimiento de las expectativas con las que acude a solicitar y recibir atención. Es necesario considerar que las expectativas del usuario son todos aquellos elementos fundamentales de la calidad de la atención, mismas que deben de ser tomadas en cuenta como motivo de evaluación. Las principales expectativas que ha sido posible identificar son las siguientes:

- Accesibilidad de los servicios, en la medida que los servicios existentes, estén disponibles para satisfacer la demanda de los usuarios, esta disponibilidad puede estar limitada por múltiples factores como: distancia excesiva entre el domicilio del usuario y la unidad de la atención médica, la carencia, insuficiencia o alto costo de los transportes, factores culturales e inclusive las limitantes a la accesibilidad a los servicios por la vigencia de trámites burocráticos excesivos o cuya realización sea lenta y torpe.
- Oportunidad en la atención determinada tanto por la gravedad real o sentida del padecimiento, como por el nivel de angustia del paciente o sus familiares.
- Trato personalizado y amable a través de la atención individualizada a cada paciente por el médico responsable de su atención, logrando que el paciente y sus familiares puedan identificar con certeza a quien acudir y que si participa en la atención, pueda identificar en forma personalizada a cada paciente, no como un número de cama, ni siquiera por su primer nombre como actualmente se acostumbra señalar en la cabecera de cada cama, sino en la forma que cada paciente le agrada ser llamado.

Una de las principales manifestaciones de insatisfacción de los usuarios es el hecho de que desconoce quien es su médico tratante, cuando éste no hace acto de presencia o cuando son médicos diferentes los que otorgan la atención en cada

consulta y no hay una "cabeza" a la cual dirigirse, especialmente cuando la información se emite por diferentes vías, particularmente si ésta es discordante.

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

5.19. EXPECTATIVAS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS.

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

- Disponibilidad de áreas físicas, mobiliario, equipo, instrumental e insumos suficientes para la realización de su trabajo con calidad. Si partimos de la base de que la realización del trabajo cotidiano con calidad es una necesidad inherente de los individuos, debe considerarse en beneficio de la calidad y eficiencia en la prestación de servicios, la necesidad de un equipamiento y suministro suficiente. Ha sido un hecho de observación cotidiano la demanda del personal, de contar con lo necesario para el mejor desempeño de sus actividades, antes que solicitudes de beneficios personales.
- El reconocimiento por el trabajo realizado con calidad y eficiencia, es uno de los factores fundamentales de motivación y satisfacción del personal; su ausencia genera efectos inversos. Con mucha

frecuencia los directivos médicos omiten el otorgamiento del reconocimiento a sus colaboradores por considerar que estos resultados corresponden un aspecto inherente al desempeño de sus actividades, perdiéndose así la oportunidad de un estímulo a la motivación.

- Percepción salarial congruente con las características del trabajo desarrollado. Una de las principales circunstancias que han desestimulado la realización de el trabajo cotidiano con calidad y eficiencia, radica en el hecho de que los contratos colectivos de trabajo estipulan percepciones uniformes para el personal, de una misma categoría, independientemente de que el trabajo hubiera sido poco o mucho, suficiente o insuficiente, con calidad o sin ella; con participación en actividades académicas o de investigación o sin ellas., etc. Situación que lleva implícito el hecho de que no tan solo no es necesario hacer un esfuerzo adicional sino que inclusive permite al trabajador que carece de motivación, llevar a cabo únicamente el trabajo mínimo indispensable para no ser despedido de su empleo.
- Opciones de superación, como motivación para esforzarse en el desempeño de su trabajo con calidad y eficiencia, partiendo de la premisa de que las oportunidades de ascenso, se otorguen al personal distinguido por su desempeño con calidad y eficiencia.
- Capacitación y desarrollo como elemento fundamental que permite incrementar el nivel técnico y profesional del personal, que le permita realizar sus actividades con calidad y eficiencia superiores y con ello tener acceso a opciones para mejorar en la escala organizacional, mejorar su nivel socio – económico.
- Seguridad en el puesto como elemento de tranquilidad hacia el futuro, que permite al prestador de servicios realizar sus actividades con menor presión y por ende con mayor satisfacción. No obstante

una sobreprotección contractual o sindical puede ser un incentivo negativo que permita al trabajador desempeñarse con el esfuerzo mínimo indispensable ante la seguridad de que no perderá su empleo.

5.20. EXPECTATIVAS DE LA INSTITUCION.

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

- Otorgar atención médica conforme a las normas de calidad que los expertos de la institución, con participación de los responsables de las áreas operativas, han establecido para guiar la prestación de los servicios dentro de los estándares de calidad y eficiencia esperados.
- Administración eficiente de los recursos asignados conforme a los lineamientos y estándares marcados por la misma institución, con costos – beneficios aceptables, con posibilidad de que sean verificados por los procedimientos que se determine.
- Ausencia de diferimientos para otorgar la atención, en detrimento de la oportunidad en la calidad de la atención.
- Ausencia de quejas por deficiencias en la calidad que se otorga la atención médica.
- Equidad en la prestación de los servicios que permite otorgar atención médica a todos los derecho habientes usuarios,

independientemente de su nivel socio económico, del tipo de padecimiento que padezca, de la disponibilidad presupuestal, etc.

- Mejoría del nivel de salud de la población, determinada por la disminución de la morbilidad, valorada en función de la disminución de los índices de incidencia y prevalencia por padecimiento y por 1000 usuarios, disminución en el consumo de medicamentos y en la frecuencia de atención hospitalaria, y disminución de la mortalidad y la letalidad por determinado padecimiento, así como por incremento del promedio de vida.
- Satisfacción de la demanda de atención en la medida que se otorgue el 100 % de las atenciones que los usuarios hubieran solicitado, para satisfacer sus necesidades de salud.
- Productividad en la medida que se realicen las acciones presupuestadas, para obtener el mayor rendimiento posible de los recursos disponibles.

5.21. DEFINICION DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

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

PROCESO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

6. MARCO HISTORICO.

En 1986 el grupo básico Interinstitucional de Evaluación del Sistema Nacional de Salud se dedicó a trabajar en un modelo para la evaluación de la calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sistema Nacional de Salud, tomándose como base el documento propuesto por el IMSS, sobre la Evaluación integral de las Unidades Médicas, mismo que fue enriquecido con aportaciones de los representantes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud (SSA) y Sistema Nacional para el Desarrollo integral de la Familia. (DIF).

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

En julio de 1987 la Subdirección General Médica del IMSS editó y difundió con carácter normativo el documento "Evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del IMSS", habiéndose aplicado en la totalidad de sus hospitales como auto evaluación. En agosto de 1987 la Secretaría de Salud editó el documento "Bases para la evaluación de la Calidad de la Atención en unidades médicas del sistema nacional de salud", cuya difusión desafortunadamente no se logró en forma suficiente. A este mismo documento se le trató posteriormente de

darle las características de una norma técnica, lograr su aprobación y proceder a su difusión y aplicación. La primera parte del propósito se logró y el documento se elaboró, sin embargo, nunca se obtuvo, a pesar de los esfuerzos reiterados, su aprobación.

Rumbo a la calidad han existido numerosos obstáculos. Finalmente el 16 de diciembre de 1991 se integró un nuevo equipo en busca de la calidad. Se iniciaron entonces por parte principalmente del IMSS, métodos de evaluación de la calidad de la atención médica en sus principales clínicas, llevándose estas a cabo entre los años de 1992 y 1994 y por consecuencia se actualizaron las definiciones de calidad, se complementaron los conceptos y metodología del comité y subcomités Médicos Asistenciales y se formó el "Proceso de Evaluación y Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica".

6.1. NECESIDAD DE UNA EVALUACION.

Una de las funciones esenciales de las jurisdicciones sanitarias, de la Secretaría de Salud ^(5,6) y de las delegaciones del IMSS y del ISSSTE es la evaluación a través de diferentes mecanismos, incluyendo la supervisión, mediante la aplicación de programas y estrategias congruentes con una normatividad central que les da homogeneidad y congruencia con el resto de programas.

Dentro de las etapas iniciales para la integración de un Sistema Nacional de Salud, como parte de la Política de Sectorización vigente en 1983, se integraron los Grupos Básicos Interinstitucionales de información, Evaluación y Planeación, bajo la coordinación de la Secretaría de Salud (SSA), con participación del IMSS, ISSSTE, Sistema para el Desarrollo de la Familiar (DIF), Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP), Secretaría de la Contraloría General de la

Federación (SECOGEF), Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal (SMDDF) y Gabinete de Salud de la Presidencia de la República (GSPR).

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

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

En julio de 1987 la Subdirección General Médica del IMSS editó el documento "Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del IMSS" ⁽¹²⁾, conjuntamente con instrumentos para su aplicación en los hospitales de la institución, incluyendo una "Cédula de Registro" ⁽¹³⁾, y un "instructivo" para la "Evaluación de la Calidad de la Atención Médica en los hospitales del IMSS" ⁽¹⁴⁾. En estos documentos se conjuntaron los conceptos aplicados a partir de 1983 para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica por la Jefatura de Centros Médicos y Hospitales de Alta Especialidad del IMSS, publicados por González Posada y colaboradores en diciembre de 1984 ⁽¹⁵⁾. En este documento se incluye un Sistema de Evaluación Integral de las Unidades Médicas en cuanto a la calidad y eficiencia y se hace énfasis en la satisfacción del usuario y prestador de servicios. ⁽¹⁶⁾.

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

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

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

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

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

Es necesario contar con un mecanismo que permita la realización de la evaluación de la calidad y eficiencia de las unidades médicas, por los responsables de su operación a través de la aplicación de una guía metodológica que permita conocer las condiciones de calidad y eficiencia con que se otorgan los servicios como resultado de una auto evaluación, cuyas conclusiones permitirían establecer un diagnóstico situacional, detectar los problemas que afectan la calidad y la eficiencia de la prestación de los servicios, la satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios. Los resultados de esta auto evaluación serían acreditados por las autoridades locales o avalados por las centrales, por muestreo.

7. DIRECCION.

La responsabilidad de la evaluación de la calidad y la eficiencia con que se otorga la atención médica recae en el Director de la unidad médica y sus cuerpos de gobierno, a través del Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia, presidido por el propio Director, con el apoyo del cuerpo de gobierno, personal de confianza, personal de base interesado en este procedimiento. Como apoyo directo a la gestión del Comité de Calidad y Eficiencia, se contará con Subcomités, tanto del área médica como administrativa. Los Subcomités del área médica serán los de:

- Evaluación del Expediente Clínico.
- Tejidos.
- Mortalidad.
- Detección.
- Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias.
- Investigación Médica.

- Evaluación de Quejas Médicas.

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

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

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

El procedimiento inicia a través de un conocimiento de los recursos disponibles en cuanto a instalaciones, equipo, instrumental, mobiliario y material de consumo, el personal médico, paramédico, técnico y administrativo en cuanto a número y

capacidad profesional y técnica. El conocimiento de la estructura disponible, nos permitirá realizar un juicio de valor para acreditar la calidad y la eficiencia con que se están otorgando los servicios mediante el análisis de productividad, metas, índices de eficiencia, cumplimiento de programas y costos de operación.

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

Como elementos integrantes de la calidad en el proceso de la atención, se consideran:

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

En relación a los resultados de la atención, se evalúa la capacidad resolutive derivada del proceso de la atención, la morbilidad, y la mortalidad. Debe considerarse la satisfacción del usuario por los servicios recibidos, evaluada a través de encuestas de opinión.

Si consideramos al prestador de servicios, por una parte como un actor relevante en el proceso y resultados de la atención médica, y por otra parte un

“usuario” que obtiene de su trabajo los recursos para su subsistencia y hace uso de las instalaciones de la institución, se propone la evaluación de su satisfacción en el desempeño de sus actividades, tanto por el hecho de que no podemos esperar que un trabajador insatisfecho nos de eficiencia y calidad en su trabajo, como por la responsabilidad de las instituciones en la mejoría de la calidad de vida de sus empleados. La triada de actores que participan en la atención médica se completa con la institución donde se prestan los servicios, la cual a través de la evaluación debe constatar la calidad en la prestación de los mismos, la eficiencia en la utilización de los recursos y la satisfacción de usuarios y de trabajadores.

8. EDUCACION.

Este es un instrumento a través del cual se debe garantizar la inducción, capacitación y actualización del personal en el puesto que desempeña, la formación de personal para la salud en las áreas médica, paramédica y técnica y la difusión de los conocimientos vigentes de la medicina.

9. INVESTIGACION.

Conduce hacia el desarrollo permanente de nuevos conocimientos que permitan mejorar los procedimientos y técnicas médicas en beneficio de la calidad y la eficiencia en la atención.

10. ANALISIS DE LAS QUEJAS.

Con frecuencia sucede que las expectativas del usuario no se ven satisfechas o existe inconformidad manifiesta en relación con la atención médica recibida, dando lugar a la presentación de una queja. Amén de la necesidad de investigar,

analizar y dar respuesta a las quejas que se presentan, la información en ellas contenida, es de gran utilidad como manifestación de un problema, que seguramente está afectando la calidad médica, la eficiencia o la satisfacción de los usuarios y estará sujeta a la metodología que conduzca a su solución.

11. AUTOESTIMULO.

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

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

EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

12. METODOLOGIA PARA LA EVALUACION INTEGRAL DE LA ATENCION MEDICA.

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

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

regido por normas de calidad y conocimientos médicos vigentes, principios éticos y legales que no pueden ser soslayados ni siquiera en aras de un resultado aparentemente bueno o la satisfacción del usuario, teniendo siempre como premisas insustituibles: "primero no hacer daño", el riesgo de la atención médica no debe ser superior al beneficio esperado y la preservación de la vida del paciente.

13. OBJETIVO DE LA EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION.

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

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

El conocimiento de la situación vigente permite establecer las fortalezas y las debilidades existentes y determinar los objetivos a lograr, planear en forma estratégica la organización y funcionamiento de los servicios y la solución de los problemas que afectan la calidad de la atención, a través de registrarlos, en forma participativa con el responsable de darles solución, determinar la mejor opción

para resolverlos, el compromiso para darles solución y las fechas para realizar su seguimiento, hasta quedar resueltos.

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

14. POLITICAS.

- La evaluación se realizará en forma programada en cuanto a contenido y calendarización, a fin de que se lleve a cabo conforme a la metodología preestablecida y de que el evaluado esté enterado de lo que se espera de él.
- En virtud de que la evaluación no tiene carácter punitivo, ni se pretende identificar culpables, la evaluación no tiene porque ser sorpresiva. La programación de la fecha de evaluación y de su contenido, lleva implícito el riesgo de que el servicio, departamento o unidad médica se preparen y "monten una escenografía" para el personal de evaluación una imagen que no corresponda a la realidad. Indudablemente que este riesgo existe, sin embargo debe de tenerse en cuenta que tan solo para preparar una buena "escenografía" es necesario identificar y caracterizar el problema, de igual manera que en la preparación de la escenografía, una buena parte del problema quedará resuelto, de hecho en la mayoría de los casos la "escenografía" es parte de la solución del problema.
- La evaluación será permanente, a través de visitas periódicas a las unidades o servicios con la frecuencia establecida, conforma a la normatividad de cada institución, para dar continuidad al procedimiento y

llevar a cabo seguimiento de los problemas en el proceso y resultados de atención, hasta su solución.

- La evaluación será participativa entre evaluador y evaluado, con objeto de analizar las causas de los problemas captados, establecer un consenso, enterar de inmediato al evaluado, establecer los compromisos y dar la asesoría que se requiera.
- Nadie conoce mejor un proceso que el responsable de ese proceso, por lo tanto es quien mejor puede identificar los problemas que lo afectan y quien puede hacer mayores aportaciones para su solución. Si a ello unimos la asesoría que el evaluador puede otorgar, estaremos más cerca de identificar la mejor opción para resolverlo.
- En algunas ocasiones el evaluador puede tener una percepción incorrecta de alguna situación, considerándola como problema. En esta circunstancia las aportaciones del evaluador pueden aclarar la situación vigente y evitar que se considere como problema, con ello el evaluador habrá adquirido una experiencia adicional para enriquecer su bagaje de conocimientos. Al darse esta interrelación entre evaluador y evaluado en el análisis de los problemas, no será necesario que éste reciba el informe oficial de la evaluación para iniciar su solución, puede iniciarla de inmediato.
- La evaluación será objetiva, evitando introducir prejuicios o consignas en pro o en contra del evaluado, que resten confiabilidad y aceptación al procedimiento.
- La evaluación será congruente con los niveles de atención a la salud y los recursos disponibles.

- Los directivos de las unidades médicas tendrán la responsabilidad de evaluar la calidad de la atención que se otorga en la unidad a su cargo, identificar los problemas que la deterioran y generar las acciones que permitan mejorarla, garantizarla y lograr su acreditación.

15. UNIVERSOS DE APLICACIÓN.

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

16. TIEMPO DE APLICACIÓN.

La evaluación debe ser un proceso de desarrollo permanente, que conforme a un programa de aplicación sistémica y una secuencia establecida se lleve a cabo en cada una de las unidades médicas del sistema, con una periodicidad determinada. Por lo que concierne a la periodicidad, con la cual se recomienda la evaluación, se propone la siguiente:

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

17. NORMATIVIDAD.

La normatividad a nivel del Sistema Nacional de Salud es responsabilidad de la Secretaría de Salud, en su carácter de institución coordinadora, a través de la

emisión de la Norma Oficial Mexicana y de la determinación de criterios generales para la evaluación de la calidad de la atención médica, con la participación de las instituciones que la integran.

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

18. RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN.

- Los jefes de Departamento o Servicios Clínicos, deben realizar la autoevaluación de su área de responsabilidad, para verificar la calidad con que se atiende a los usuarios.
- La evaluación de la calidad de la atención médica en las unidades médicas, estará a cargo del Comité de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. La organización y funcionamiento del Comité de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, estará sujeta a un reglamento que defina sus características de integración, método de trabajo, estrategias de evaluación y aplicación de acuerdos.
- La evaluación de la calidad de la atención médica a nivel de jurisdicción o zona, es responsabilidad de los Servicios Estatales de Salud o Servicios Médicos de la delegación correspondiente, a través de verificar la realización de la autoevaluación de la calidad de la atención por parte de las unidades médicas por muestreo de resultados.
- A nivel estatal, se realizará la evaluación de la atención médica por los responsables de los Servicios Estatales de Salud, por los Servicios Médicos Delegacionales en el IMSS e ISSSTE y será coordinada por el Subcomité de Salud y Seguridad Social del Comité de Planeación para el Desarrollo Estatal (COPLADE).

- A nivel institucional se llevará a cabo de acuerdo con las disposiciones y reglamentos en cada institución.

19. RESPONSABLES DEL MANEJO DE RESULTADOS.

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

METODOLOGIA.

20. EVALUACION DEL PROCESO Y RESULTADOS DE LA ATENCION MEDICA.

20.1. EVALUACION DEL PROCESO.

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

20.1.1 OPORTUNIDAD DE LA ATENCION.

20.1.2. PROCESO DE ATENCION MEDICA.

20.1.3. EDUCACION MEDICA.

20.1.4. INVESTIGACION MEDICA.

20.1.5. SATISFACCION DEL PRESTADOR DE SERVICIOS.

20.1.1. OPORTUNIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

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

- La accesibilidad se refiere al grado de dificultad que tiene el usuario para establecer relación con los servicios que se otorgan en la unidad de salud donde requiere ser atendido. Está determinada por la ubicación de la unidad médica, las vías de comunicación, los factores educativos, socioculturales, y económicos de los usuarios y los trámites administrativos establecidos para hacer uso de los servicios.
- El diferimiento se refiere a los días que debe esperar el usuario para recibir atención por cita programada, en consulta externa, hospitalización, cirugía, servicios auxiliares de diagnóstico y de tratamiento, en relación con la fecha óptima en que debería de otorgarse.
- Tiempo de espera en el lapso que transcurre entre el momento en que el usuario solicita atención urgente o se presenta a su cita programada en la unidad de atención médica y en el momento en que se le

proporciona el servicio en consulta externa de medicina familiar o de especialidades, urgencias, admisión al hospital, servicios auxiliares de diagnóstico y de tratamiento.

20.1.2. PROCESO DE ATENCION MEDICA.

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

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

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

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

20.1.3. EDUCACION MEDICA.

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

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

20.1.4. INVESTIGACION MEDICA.

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

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

20.1.5. SATISFACCION DEL PRESTADOR DE LOS SERVICIOS.

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

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

20.2. EVALUACION DE LOS RESULTADOS.

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

- 20.2.1. CAPACIDAD RESOLUTIVA.**
- 20.2.2. MORBILIDAD.**
- 20.2.3. MORTALIDAD.**
- 20.2.4. PRODUCTIVIDAD Y RESULTADOS DE LOS PORGRAMAS.**
- 20.2.5. SATISFACCION DEL USUARIO.**

20.2.6. SATISFACCION DE LA INSTITUCION.

20.2.1. CAPACIDAD RESOLUTIVA.

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

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

20.2.2. MORBILIDAD.

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

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

20.2.3. MORTALIDAD.

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

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

La evaluación de la morbilidad y de la mortalidad debe incluir el análisis de los factores sociales, ambientales, biológicos, económicos y los

relacionados con los servicios de salud que se integran en el diagnóstico de salud de un universo determinado.

20.2.4. PRODUCTIVIDAD Y RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS.

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

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

20.2.5. SATISFACCION DEL USUARIO.

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

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

Cuando no se logra la satisfacción del usuario, con frecuencia se presentan quejas que traducen su inconformidad e insatisfacción; se investiga si la queja es procedente o no, el personal o área involucrado y los motivos de la

queja. Se pretende a través de la evaluación, prevenir las causas que les dieron el origen.

20.2.6. SATISFACCION DE LA INSTITUCION.

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

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

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

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

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

incorrecto o inclusive la facilidad de asignar un valor arbitrario, superior o inferior, en forma prejuiciada.

Los posibles prejuicios, conscientes o no, que pueden afectar la asignación de una cifra mayor o menor a una calificación determinada, por simpatías o antipatías, buen o mal estado de ánimo, consignas en pro o en contra, etc. quitarían objetividad y reproducibilidad al procedimiento, haciéndolo poco confiable y seguramente mal aceptado.

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

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

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

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

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

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

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

"Otorgar atención médica al usuario con equidad, oportunidad, calidad y humanismo, conforme a las normas, conocimientos médicos y principios éticos vigentes; con comunicación permanente con el usuario y en un ambiente confortable; mediante el uso adecuado de la tecnología apropiada, con resultados

congruentes con el objetivo de la atención y satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución donde se otorga la atención”.

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

METODOLOGIA.

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

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

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

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

La presencia de una de estas situaciones nos llevaría a un logro del objetivo con calificación de: "INSUFICIENTE".

3. El logro del objetivo de la atención médica y de la satisfacción del paciente, del prestador de servicios y de la institución como resultado de una atención oportuna y un proceso de atención correctamente realizado, en un ambiente confortable, con trato personalizado y amable, con una comunicación abierta con el paciente, que conduzcan a su satisfacción plena por los servicios recibidos, permitirán el logro del objetivo con una calificación de: "EXCELENTE".
4. La omisión en el otorgamiento de la atención médico por carencia absoluta de oportunidad o por no haberse llevado a cabo en el proceso de atención por diversas causas, conduce a la asignación de una calificación de: "NO REALIZADO".

5. La realización incorrecta de la atención médico por un proceso de atención llevado a cabo con carencia de oportunidad, con ignorancia o aplicación deficiente de normas, conocimientos médicos o tecnología vigentes que conduzcan a resultados negativos con daño al paciente por complicaciones, secuelas o inclusive defunción, daño para el prestador de servicios o para el patrimonio o la imagen de la institución obliga a asignar calificación de: "INADECUADO".

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

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

E	EXCELENTE
S	SUFICIENTE
I	INSUFICIENTE
N	NO REALIZADO
I	INADECUADO.

Aún cuando el Sistema E.S.I.N.I fue diseñado originalmente para evaluar el proceso de calidad de la atención médica, es aplicable también a la evaluación de:

estructura, resultados, satisfacción del usuario, de la ecuación y de la investigación.

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

EXCELENTE	SUFICIENTE	INSUFICIENTE	NOREALIZADO	INADECUADO	TOTAL
25	100	50	20	5	200
12.5 %	50 %	25 %	10 %	2.5 %	100 %

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACION.

22. PROCESO DE EVALUACION Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

22.1. EVALUACION.

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

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

22.1.1. ESTRUCTURA.

- Recursos Físicos: se evalúa su suficiencia en congruencia con las necesidades de satisfacer la demanda de atención, en cuanto a número y capacidad de las unidades de atención médica, su estado de conservación, el número de consultorios, camas, quirófanos, peines de

laboratorio, salas de radiodiagnóstico, etc., el número y características de los equipos, instrumental y mobiliario disponibles, sus condiciones de conservación y su estado funcional.

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

22.1.2. PROCESO DE LA ATENCION MEDICA.

- Organización: para estar en condiciones de otorgar atención médica a los usuarios con calidad y eficiencia, es necesario que los servicios cuenten con una organización adecuada que incluya: existencia de un diagnóstico situacional actualizado, determinación de objetivos en función de ese diagnóstico situacional, identificación de fortalezas y debilidades y como consecuencia de todo ello una planeación estratégica del trabajo. Como elementos fundamentales que den formalidad a la organización y con base en los elementos previos deberá contarse con un manual de organización con un programa de trabajo y con los manuales de procedimientos que se requieran. Deberá existir un comité de Calidad y los subcomités Médico Asistenciales que se considere convenientes, incluyendo: evaluación del expediente clínico, infecciones hospitalarias, tejidos, mortalidad, quejas,

prescripción racional de medicamentos, etc. Deberán existir procedimientos de evaluación en forma programada, con identificación, registro y seguimientos de problemas, hasta su solución.

- Proceso de la atención realizado conforme a las normas vigentes determinadas por los expertos en la materia, a los conocimientos médicos actualizados, y al uso adecuado de la tecnología apropiada y coordinación adecuada entre las áreas que intervienen en la atención del paciente.

22.1.3. RESULTADOS DE LA ATENCION.

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

22.1.4. AMBIENTE LABORAL.

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

Para formalizar la evaluación integral de la calidad y eficiencia con que se otorga la atención médica, se desarrolló una cédula de registro complementada con el instructivo correspondiente, que pueden ser utilizados para la evaluación por el nivel central, por el nivel regional o por el nivel local; así mismo puede aplicarse en forma de auto – evaluación por la propia unidad o servicios de

atención médica. La cédula es aplicable para evaluar las unidades de atención médica de primer, segundo y tercer nivel de atención; así mismo es aplicable por el área médica, el área de enfermería, el área de trabajo social o el área de nutrición y dietética, en el ámbito de la responsabilidad correspondiente a cada área.

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

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

22.1.5. MEJORAMIENTO CONTINUO.

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

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

logrado el objetivo con oportunidad y calidad en el proceso, aún cuando son aceptables, ameritan la recomendación de intentar alcanzar el nivel de excelencia.

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

Las situaciones consideradas como problema quedaron registradas y serán sujetas a un proceso que incluye los siguientes pasos:

1. En forma participativa entre evaluador y evaluado, considerando a este como responsable del proceso sujeto a evaluación, determinan la mejor opción para dar solución al problema. En caso de que el personal evaluado desconozca los procedimientos para dar solución al problema, el evaluador de la asesoría correspondiente. Cabe la posibilidad de que en el proceso de evaluación el personal evaluado aporte argumentos que justifiquen el procedimiento realizado o los resultados alcanzados, en cuyo caso el problema referido se descargará como tal y se asignará la calificación correspondiente de excelente o suficiente.
2. Una vez definida la mejor alternativa para dar solución a un problema determinado, evaluador y evaluado, establecen un compromiso sobre el tiempo en que el problema deberá quedar resuelto y la periodicidad con que se dará seguimiento a los avances alcanzados.
3. En caso de que así se hubiera establecido el personal evaluado, informará periódicamente acerca de los avances logrados.

4. En la fecha programada el personal evaluador dará seguimiento al avance en la solución de los problemas de la evaluación previa.

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

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

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

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

Se clasifica a los problemas en tres sistemas:

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

1.3. Problemas de la unidad médica.

- En el segundo sistema se clasifica a los mismos problemas según el capítulo de evaluación al cual correspondan en:

2.1. Problemas en los recursos.

2.2. Problemas del personal.

2.3. Problemas en el material de consumo.

2.4. Problemas en la organización.

2.5. Problemas en el proceso de atención.

2.6. Problemas en los resultados.

2.7. Problemas en el ambiente organizacional y laboral.

- En el tercer sistema se clasifican a los mismos problemas de los dos sistemas anteriores conforme al proceso al cual correspondan en:

1.1. Problemas en el proceso de urgencias.

1.2. Problemas en el proceso de la consulta externa.

1.3. Problemas en el proceso de hospitalización.

1.4. Problemas en el proceso de cirugía.

1.5. Problemas en el proceso de auxiliares de diagnóstico y de tratamiento.

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

Cuadro.

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

Como podrá observarse en la primera columna se indica el número de problemas correspondientes a cada rubro, en la segunda columna el porciento del total de problemas correspondiente a cada rubro y en la tercera columna el porciento de avance en la solución de problemas correspondientes a ese rubro. En el renglón correspondiente al total, en la primera columna se asentará el número total de problemas identificados, en la segunda el 100 % correspondiente al total de los problemas y en la tercera al porciento global en la solución total de problemas.

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

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

EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION.

23. AREAS MEDICA, ENFERMERIA, TRABAJO SOCIAL Y NUTRICION Y DIETETICA.

23.1. RECURSOS FISICOS.

- 23.1.1 Ubicación y accesibilidad: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal y evaluar las facilidades disponibles para acudir a recibir atención o para realizar las actividades que se desarrollan en esas áreas, desde el punto de vista del paciente y del trabajador.
- 23.1.2 Amplitud, iluminación, ventilación y temperatura: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal y evaluar la comodidad existente para recibir atención o realizar las actividades que desarrollan en esas áreas, con referencia a los factores ambientales señalados, desde el punto de vista del paciente y del trabajador.
- 23.1.3 Sistemas de comunicación y localización: considerar todas las áreas donde se otorguen servicios médicos y evaluar la señalización existente, la intercomunicación de central de enfermeras a unidad del paciente, teléfonos públicos, líneas telefónicas directas y extensiones en las áreas que así lo requieran.
- 23.1.4. Distribución y delimitación de las áreas: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal y evaluar las facilidades disponibles para realizar las actividades que desarrollan en esas

áreas, en cuanto a diseño arquitectónico y organización funcional, desde el punto de vista del paciente y del trabajador.

- 23.1.5. Dotación de mobiliario, equipo e instrumental: analizar a la disponibilidad de recursos en todas las áreas donde labore personal del departamento o de servicio y evaluar su suficiencia y utilización racional, en relación a las actividades que se desarrollan en cada una de ellas.
- 23.1.6. Disponibilidad de los recursos de seguridad: considerar todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal y evaluar en relación a su posibilidad de garantizar la integridad física de pacientes, familiares y personal, así como seguridad de los bienes institucionales. Tener en cuenta: salidas y escaleras de emergencia, mangueras contra incendio, extinguidotes, barandales para las camas, sujetadores y personal de vigilancia.
- 23.1.7. Orden y aseo de las áreas: verificar que en todas las áreas donde otorguen servicios o labor personal, la planta física, el equipo, material mobiliario e instrumental se encuentre en óptimas condiciones en relación a puntos a evaluar, verificar el cumplimiento de la supervisión del aseo y sus acciones continuadas en las áreas críticas.
- 23.1.8. Disponibilidad de áreas de guarda de medicamentos, equipo, material y ropa: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorgan los servicios o labores del personal y evaluar a suficiencia, accesibilidad y seguridad de los espacios para la guarda de los recursos institucionales.
- 23.1.9. Acciones de mantenimiento preventivo: verificar todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal, las condiciones de conservación de la planta física, equipo y mobiliario que se encuentren en

ellas; verificar la existencia, conocimiento y cumplimiento de un programa de mantenimiento preventivo por escrito y en posesión de la jefatura del departamento o servicio.

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

23.2. DOTACION DE PERSONAL.

- 23.2.1. Considerar la suficiencia de personal en función de: demanda de servicios, productividad e indicadores, analizar todas las áreas donde labore personal del departamento o del servicio, tomando en cuenta la plantilla autorizada en los diferentes turnos, el ausentismo y la cobertura de plazas.
- 23.2.2. Capacidad profesional y técnica del personal: considerar a todos los miembros o categorías del departamento o del servicio y evaluar en relación a sus antecedentes curriculares, al desempeño de sus actividades en las esferas asistencial, de enseñanza y de investigación, a la aplicación de sus conocimientos habilidades, actitudes y aptitudes, en congruencia con las funciones a desarrollar.
- 23.2.3. Aprovechamiento de la jornada de trabajo: evaluar en relación a puntualidad, cumplimiento de las actividades asistenciales, de enseñanza e investigación y la realización de funciones inherentes a la categoría específica que se evalúe con eficiencia.

23.3. DOTACION DE ARTICULOS DE CONSUMO.

Evaluar en cada uno de los rubros considerados: la oportunidad y suficiencia del suministro, la disponibilidad permanente y la calidad de los artículos suministrados. Verificar la existencia de dotaciones fijas actualizadas por escrito, la oportunidad con que se solicita el surtido, su congruencia con los consumos y la continuidad del reaprovisionamiento. Revisar la existencia de informes a las áreas de control de calidad sobre aquellos productos que hubieran generado problemas durante su consumo o utilización por no satisfacer las expectativas de los usuarios o de los prestadores de servicios.

23.4. ORGANIZACIÓN.

- 23.4.1. Existencia de diagnóstico situacional actualizado: verificar el conocimiento formal (por escrito) que el responsable tiene de su área de responsabilidad, la participación del personal médico, paramédico y administrativo en su integración. Verificar que la información sea integral, su orden y su actualización, así como su disponibilidad a nivel de Jefatura de servicios, División, Jefatura de Enfermería, Trabajo Social, Nutrición y Dietética y Dirección de la unidad médica.
- 23.4.2. Determinación de objetivos en función del diagnóstico situacional: tomar en cuenta la existencia de objetivos precisos y su congruencia con el diagnóstico situacional, con las características, las necesidades y problemas de la atención médica, con la morbilidad prevalente en las diferentes áreas de servicios, así como su congruencia con los objetivos de la unidad y con las normas, políticas y programas institucionales.

- 23.4.3. Planeación del trabajo con base a los objetivos: evaluar con base a la existencia de: Manual de Organización del Servicio o Area, Programa de Trabajo y los Manuales de procedimientos que se requieran, tomando en cuenta su congruencia con los objetivos propuestos y su congruencia con los lineamientos jurídicos, normativos y laborales del instituto. Verificar su difusión, conocimiento por el personal de todas las áreas y su accesibilidad para consulta. Los servicios clínicos deben contar además con los Criterios Diagnósticos terapéuticos establecidos por escrito elaborado en el propio servicio y en relación, cuando menos, con sus diez principales causas de morbilidad y mortalidad. En el Departamento de Nutrición y Dietética se debe contar con un manual de Dietas específico para la unidad.
- 23.4.4. Existencia y funcionamiento del Comité de Evaluación de la Calidad y Eficiencia: verificar la existencia y cumplimiento de funciones y actividades del Comité conforme a la norma vigente, especialmente, su impacto como instrumento para la mejora continua de la calidad y eficiencia de la atención médica.
- 23.4.5. Existencia y funcionamiento de los Subcomités Médicos: evaluar en relación a los instructivos vigentes y a los resultados obtenidos en cada Subcomité, en especial en cuanto a su impacto a nivel operativo en la solución de problemas que deterioran la calidad de la atención.
- 23.4.6. Realización programada de procedimientos de evaluación: verificar que exista un programa de evaluación y su cumplimiento a través del registro de los procesos de evaluación realizados en el departamento o servicio por el responsable del mismo y sus colaboradores, conforme a la aplicación de los instructivos vigentes y de acuerdo a las políticas normadas.

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

23.4.8. Seguimiento de problemas: verificar con la periodicidad que se decida los avances y el cumplimiento de los compromisos establecidos para la solución de problemas y descargarlos del archivo de problemas pendientes.

23.5. PROCESO DE LA ATENCION.

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

23.5.2. Disponibilidad de los servicios: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorguen servicios o labore el personal y verificar la ubicación y funcionalidad de escaleras, rampas y facilidades para minusválidos, elevadores, tomas de oxígeno y de aspiración, baños, timbres, etc. Constatar la fluidez de los trámites médico – administrativos para

obtener un servicio; analizar la existencia de diferimiento y otros problemas que dificulten la atención médica con oportunidad o la realización del trabajo por los prestadores de servicios, teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes y del personal.

- 23.5.3. Oportunidad en la atención: verificar todas las áreas en donde se otorguen servicios o labore personal y evaluar la disponibilidad de los recursos y si el conjunto de acciones que se deben de realizar para satisfacer necesidades de los pacientes, se llevan a cabo en el momento que se requieren. En las áreas clínicas, tomar en cuenta, además, la oportunidad con que el derechohabiente solicitó la atención y la oportunidad con que fue enviado por la unidad remitente. En trabajo social, verificar que se haya cumplido con la visita de este profesional, al total de los pacientes, al siguiente día hábil posterior a su ingreso.
- 23.5.4. Amabilidad en el trato del paciente: verificar si el personal de salud y el administrativo se comporta en forma atenta y afectuosa en su relación con derechohabientes y público.
- 23.5.5. Información al paciente sobre el uso adecuado de los servicios: verificar que el personal de salud oriente oportuna y suficiente a pacientes y familiares acerca de los servicios con que cuenta la institución, su disponibilidad y su ubicación.
- 23.5.6. Respeto a la privacidad y al trato individualizado: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal, que en los casos que se requiera exista respeto al pudor del paciente, así como aislamiento visual y auditivo entre éste y el resto de los enfermos, familiares o incluso personal. Verificar si el paciente es llamado con

respeto por su nombre o apellido, así como que exista un médico tratante y el paciente lo conozca.

- 23.5.7. Identificación y medidas de seguridad al paciente: verificar todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal y evaluar la existencia indispensable de pulseras de identificación, tarjetas de identificación en la cabecera del paciente y en las charolas de los alimentos, así como correcta elaboración de los registros administrativos. Evaluar la seguridad en función de los registros administrativos. Evaluar la seguridad en función de cumplimiento de procedimientos generales y específicos del servicio, que garanticen la integridad del paciente, tales como: disponibilidad de áreas físicas, equipos, instrumental, material y personal adecuado para proporcionarla: barandales, sujetadores, pieceras, salidas de emergencia, extinguidotes, mangueras contra incendios, áreas de seguridad, control de accesos, vigilancia, programas para evacuación en casos de siniestro, etc.
- 23.5.8. Relación del personal con el paciente y con los familiares: tomar en cuenta todas las áreas donde labore personal del departamento o del servicio y evaluar la amabilidad, comunicación, apoyo, asesoría, orientación, etc., que el personal debe otorgar al paciente y familiares.
- 23.5.9. Cumplimiento de actividades y procedimiento para la atención médico conforme a las normas vigentes: evaluar en todas las áreas donde se otorguen servicios o personal:
- 23.5.10. Evaluación integral del caso desde el punto de vista biológico, psicológico, laboral y social: considerar que el pacientes sea atendido en forma integral, independientemente de la especialidad a la que

corresponda su patología principal, con la participación del personal que se requiera para abarcar sus esferas biológica, psicológica, laboral y social.

23.5.11. Establecimiento y congruencia del diagnóstico: verificar que en todas las áreas donde se otorguen atención médica, se establezca un diagnóstico de probabilidad o certeza y que este corresponda con los datos clínicos asentados, tal y como se describe posteriormente.

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

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

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

- 23.5.15. Establecimiento oportuno del diagnóstico definitivo: verificar a través del expediente clínico que como resultado del programa de estudio se haya establecido el diagnóstico definitivo con oportunidad.
- 23.5.16. Vigilancia oportuna de la evolución: tener en cuenta tanto al paciente externo como al hospitalizado y evaluar en función de la congruencia entre las citas otorgadas o visitas realizadas y las características de cada caso. Verificar la existencia de un seguimiento continuo de las modificaciones clínicas del paciente en cuanto a la patología principal y a las agregadas, en relación a los resultados de laboratorio y gabinete, a la respuesta al tratamiento o a cambios no esperados, incluyendo las esferas biológica y psicológica.
- 23.5.17. Prevención, detección oportuna y manejo de complicaciones, evaluar en función de todas las acciones, generales y específicas, que deben realizarse en pacientes hospitalizados y ambulatorios para anticipar la posible presentación de complicaciones, detectarlas de inmediato cuando se presenten y tratarlas oportuna y correctamente. Tomar muy en cuenta las relacionadas con la prevención de infecciones hospitalarias, de escaras, de broncoaspiración y de caídas, así como las relacionadas con las esferas psicológicas y nutricionales.
- 23.5.18. Prevención de secuelas y rehabilitación en su caso: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorgue atención médica y evaluar las acciones en las esferas biológica, psicológica y nutricional, las actividades destinadas a la prevención e identificación oportuna de secuelas como consecuencia del padecimiento o de las acciones realizadas con fines diagnósticos o terapéuticos y el inicio oportuno del proceso de rehabilitación.

- 23.5.19. Evaluación de disfunciones familiares relacionadas con el problema de salud del paciente, evaluar el deterioro del patrón de interacción psicosocial existente entre los miembros de la familia que afecta negativamente la interacción de los miembros del núcleo familiar, grado de deterioro existente, grado de desintegración y posibilidad de que la disfunción familiar afecte negativamente la evolución del padecimiento, así como las posibilidades de que se corrija.
- 23.5.20. Información oportuna al paciente y familiares: evaluar en relación a la continuidad y fluidez de la comunicación por parte del médico y del personal de los diferentes servicios, en función de normas y reglamentos hospitalarios en cuanto a: evolución del padecimiento, estado de salud, programa diagnóstico – terapéutico – educacional, procedimientos a efectuar, resultado de los estudios, procedimientos y cirugía realizadas, programas institucionales, aprovechamiento de los servicios, prescripción dietética y prealta.
- 23.5.21. Elaboración de registros conforme a las normas establecidas para la integración del expediente clínico y formas institucionales: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorgue atención médica y verificar que los registros en el expediente clínico y formatos institucionales se hayan realizado conforme a las normas vigentes.
- 23.5.22. Integración del paciente y familiares a grupos de autoayuda y educación para la salud: verificar la participación de los diversos programas institucionales, grupos de autoayuda, de educación o de capacitación para el manejo de su padecimiento, propios de la unidad y el mejor aprovechamiento de los servicios que otorga la institución.

- 23.5.23. Discusión de casos problema con el jefe inmediato superior: tomar en cuenta la periodicidad, formalidad y registro de los expedientes clínicos, acerca de la realización de reuniones del personal de las diferentes áreas o servicios con su jefe inmediato, para analizar, discutir y proponer soluciones en aquellos casos que por sus características o las dificultades que presentes así lo justifiquen. Evaluar en función del análisis, discusión y propuestas generales en las reuniones entre médicos con el jefe de departamento clínico, o con los especialistas, entre enfermera, nutricionista, trabajadora social o asistente médica con los médicos tratantes, en relación a los casos que así lo ameriten.
- 23.5.24. Notificación de problemas de control de calidad: verificar en las áreas donde se otorga la atención médica a labore personal y evaluar su relación a las comunicaciones al área de control de calidad acerca de los problemas con el equipo, instrumental, ropa, material de consumo, medicamentos que no satisfagan las expectativas del personal de salud o de los usuarios, etc., conforme a la norma vigente.
- 23.5.25. Coordinación entre las áreas que intervienen en el manejo del paciente: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorga la atención médica y evaluar en función de la participación organizada de cada uno de los componentes del equipo de salud, del cumplimiento de las acciones que corresponden a cada uno de ellos y su interacción durante el proceso de atención, de manera directa o indirecta con objeto de lograr resultados óptimos en cuanto a calidad, eficiencia y satisfacción de los pacientes y de los prestadores de servicio. Verificar cada uno de los procesos siguientes:

- 23.5.26. Visita médica.
- 23.5.27. Manejo de la prescripción.
- 23.5.28. Informe del estado de salud.
- 23.5.29. Asignación de cama.
- 23.5.30. Programación de estudios.
- 23.5.31. Programación quirúrgica.
- 23.5.32. Manejo de la pre – alta.
- 23.5.33. Coordinación con dependencias de la institución, en donde se deberá continuar la atención.
- 23.5.34. Coordinación con instituciones del Sistema Nacional de Salud que se requiera.
- 23.5.35. Concertación con instituciones del sector público, social y privado que se requiera.

23.6. RESULTADOS DE LA ATENCION.

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

- 23.6.2. Solución del problema que motivó la atención, tomar en cuenta tanto las áreas de consulta externa, como de hospitalización y de cirugía, evaluar en función de una atención integral y solución del problema que motivó la atención teniendo en cuenta el objetivo de la atención propuesta (curación, mejoría, control, etc.), desde el punto de vista médico, de enfermería, de trabajo social y de nutrición.
- 23.6.3. Ausencia de daño como consecuencia de la atención: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorgue atención médica y evaluar la existencia de problemas de salud producidos como consecuencia de la atención médica otorgada, de la atención de los aspectos sociales, laborales y nutricionales. Especial atención debe darse a las infecciones intrahospitalarias y a las reintervenciones quirúrgicas. Evaluar la existencia de posible daño a los prestadores de servicio y al patrimonio o los recursos institucionales.
- 23.6.4. Ausencia de secuelas: tomar en cuenta todas las áreas donde se otorga la atención médica y evaluar en función de la presencia de consecuencias de problemas de salud o de una atención otorgada correctamente, su diagnóstico y su rehabilitación, desde el punto de vista psicológico, biológico, social, laboral y nutricional.
- 23.6.5. Satisfacción por la atención médica recibida: tomar en cuenta al paciente hospitalizado y al de consulta externa y evaluar el logro de sus expectativas, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, a través de encuestas de opinión tanto en lo referente al proceso como a los resultados de la atención, tener en cuenta la disponibilidad, confiabilidad y periodicidad de su aplicación.

- 23.6.6. Atención y solución de quejas: verificar que la atención de las quejas se realice conforme a las normas institucionales vigentes, con calidad y calidez dando solución al problema que suscitó la queja, en los casos que se justifique y la información que se requiera, cuando la queja fuera improcedente.
- 23.6.7. Prevención y solución de problemas sociales y laborales: tomar en cuenta la paciente externo y al hospitalizado, evaluar en función de la posibilidad de prevenir los problemas que puedan derivarse de su enfermedad, su tratamiento, la ausencia de su ambiente familiar y laboral y darles solución cuando proceda y sea factible.
- 23.6.8. Prescripción, incapacidad e instrucciones para continuar su manejo a domicilio: tomar en cuenta al paciente externo y al hospitalizado y verificar el cumplimiento y participación de cada área, para cubrir las necesidades del paciente a su egreso: prescripción, recomendaciones higiénicas, manejo dietético, incapacidades, citas, etc.
- 23.6.9. Información documental para el personal que continuará la atención incluyendo problemas pendientes de resolver: tomar en cuenta tanto el egreso de hospitalización como la baja de consulta y evaluar en función de la participación de cada área en la esfera de su competencia, que permita garantizar continuidad en la atención en la unidad a donde se refiera, en base a una información completa y congruente.
- 23.6.10. Congruencia de la contrarreferencia con el nivel de atención y la regionalización vigente: verificar que se cumplan los criterios clínicos y paraclínicos así como los procedimientos administrativos, para realizar la contrarreferencia con el nivel de atención adecuado y a la unidad

médica que corresponda, conforme al estado actual del pacientes y su padecimiento.

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

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

23.7. AMBIENTE ORGANIZACIONAL Y LABORAL.

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

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

- 23.7.3. Participación del personal en el análisis y solución de problemas, evaluar en función del conocimiento que el personal de las diferentes áreas tiene de los problemas que afectan los procesos bajo su responsabilidad, de la función que corresponde dentro de la organización y del grado de cumplimiento y eficiencia con que realiza sus actividades, su participación en la administración del departamento o servicio, así como sus aportaciones para mejorar el desempeño.
- 23.7.4. Uso inadecuado de los recursos institucionales: verificar que el personal haga uso responsable, racional y pertinente, en todas las ocasiones y circunstancias, de los recursos institucionales disponibles, para el fin que están destinados y conforme a las normas y instructivos vigentes.
- 23.7.5. Reconocimiento por la labor desarrollada con calidad y eficiencia: evaluar en función de la existencia de procedimientos periódicos o continuos, formales o informales, públicos o privados, para otorgar reconocimientos por el desempeño con calidad y eficiencia hacia el personal que así lo merezca tanto a nivel del servicio, como de la unidad.
- 23.7.6. Ausencia de conflictos laborales: evaluar en función de la relaciones existentes entre el personal de base y el de confianza en las diferentes áreas, así como el cumplimiento bilateral de los lineamientos asentados en el Contrato Colectivo y Reglamento Interior de Trabajo. Considerar favorablemente la integración y la participación del Sindicato en la solución de los problemas del servicio, departamento o de la unidad.
- 23.7.7. Satisfacción del prestador de servicios: verificar el bienestar que experimentan los prestadores de servicios como resultado de su

desempeño laboral y la congruencia que exista entre sus expectativas y las condiciones de su trabajo, salario, oportunidades de desarrollo, reconocimiento y seguridad que le brinda la institución en el desempeño de su trabajo, en base a la utilización de las encuestas de opinión correspondientes.

Los demás Instrumentos útiles para la evaluación de la calidad médica son:

24. EVALUACION DE RECURSOS, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD.
 25. EVALUACION DE LA OPORTUNIDAD PARA LA ATENCION MEDICA.
 26. EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA A TRAVES DEL EXPEDIENTE CLINICO.
 27. EVALUACION DE LA EDUCACION Y DE LA INVESTIGACION MEDICA.
 28. EVALUACION DE LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS CON LA ATENCION RECIBIDA Y DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS CON EL TRABAJO DESARROLLO.
 29. Y EL PROPUESTO POR NOSOTROS EN EVALUAR LA ATENCION DE LA CALIDAD MEDICA A TRAVES DE LA ESTANCIA PROLONGADA.
-
30. **CONTINUIDAD Y CAMBIO EN LA BUSQUEDA DE LA CALIDAD.**

30.1. LA NATURALEZA DE LA CALIDAD.

Una característica que distingue al modelo industrial es su enfoque en el consumidor como el árbitro final de la calidad. Es el consumidor quien, en último término, decide si el producto o servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas. El objetivo no sólo es alcanzar la satisfacción del consumidor sino también lograr su entusiasmo, su confianza y su fidelidad futura.

En el modelo industrial existe, por consiguiente, un interés continuo en conocer los deseos de los consumidores y traducirlos en características concretas de los productos. En una propuesta bien elaborada el consumidor se convierte en una parte de la línea de producción, ya que al consumir un producto o utilizar un servicio, se comprueba su calidad y se genera información para su mejoría. Por supuesto que el conocimiento científico y técnico puede generar productos o servicios de alta calidad; sin embargo, la aceptación del consumidor es la que, finalmente, valida aquel juicio.

En el modelo industrial, los costos forman parte de la definición de la calidad, porque en la mente del cliente precio y calidad están interrelacionados. De esta forma, el control de costos se convierte en un elemento necesario para asegurar la satisfacción del usuario y, en consecuencia, para generar ventas y éxito financiero.

En el modelo de atención a la salud se encuentran semejanzas y diferencias importantes. Una similitud es la obligación de reconocer la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables. Para ello y de una forma aún más importante que la postulada en el modelo industrial, se valoran las preferencias del paciente informado tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención a la salud.

Sin embargo, el modelo de atención a la salud difiere en la necesidad que existe en acomodar, dentro de la definición de calidad, un conjunto más complejo de responsabilidades hacia los usuarios y la sociedad. Esto añade, a la vez, riqueza y tensiones internas a la definición de la calidad de la atención a la salud. Estas diferencias se pueden ver en tres aspectos:

1. Responsabilidades hacia los individuos.

2. Responsabilidades hacia la sociedad.
3. Responsabilidades para la gestión de las relaciones entre los costos y la calidad.

30.2. RESPONSABILIDAD HACIA LOS INDIVIDUOS.

Con respecto a los individuos, no sólo somos proveedores de satisfacción; quizá los pacientes no están con frecuencia, capacitados para distinguir entre una atención buena y una mala, nosotros, junto con otros profesionales, tenemos una responsabilidad : la de actuar en nombre de los pacientes, sirviendo a sus intereses de la manera que nos parezca más adecuada. Es verdad que esto puede conducir al paternalismo, al autoritarismo e inclusive a la arrogancia y que son peligros que deben de evitarse a toda costa. Pero el imperativo moral permanece: cuidar el interés de los pacientes, incluso a costa de sus propios deseos.

Dado que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos tan íntimos, sensibles e importantes de la vida, nuestros conceptos acerca de cómo manejar la relación interpersonal son infinitamente más complejos que los intercambio entre cliente y proveedor en el mundo de los negocios.

Si se toma en cuenta que la atención a la salud es un producto del esfuerzo conjunto de médicos y pacientes, el "cliente" es parte de la línea de producción, de forma más íntima, si cabe, que en lo presupuesto en el modelo industrial. La capacidad para educar a los pacientes en la producción de los cuidados, a la salud es un atributo sobresaliente característico de la calidad de la atención médica.

30.3. RESPONSABILIDAD HACIA LA SOCIEDAD.

Los profesionales de la salud actúan bajo un contrato social muy diferente que regula los negocios o la industria. Por una parte, son responsables del bienestar de los individuos y, por la otra, del bienestar social. Sus responsabilidades sociales toman diversas formas que no consideramos en detalle aquí, pero sí se menciona la obligación de lograr la equidad en la distribución de los beneficios de la atención médica y la necesidad fundamental de la relación entre los costos y la calidad.

31. CALIDAD TOTAL.

La calidad total ha sido una nueva filosofía, una nueva actitud, que debe estar presente en todos nuestros actos, tendiente a mejorar la calidad de nuestra vida y de aquellos con quienes convivimos en la familia, en el trabajo y en la sociedad.

La calidad total lleva implícito un cambio cultural que involucra a todo el personal de una organización. Se debe iniciar desde la ecuación y debe estar presente en nuestra mentalidad, en el ambiente y en el trabajo, en los valores, en las economías, en el consumo y en fin, en todos nuestros actos, es un estado de ánimo que debe formar parte de nuestra vida. La calidad se dará conforme cambie la gente, cambien los hábitos y el modo de vida.

A nivel institucional representa una cultura organizacional cuyo fundamento está en conocer y entender las necesidades y expectativas de los usuarios de los servicios, con objeto de ofrecerles una respuesta de calidad. Es un proceso dinámico y sistematizado para mejorar las organizaciones a través del pensamiento científico, con más y mejor información, para el análisis de los procesos, con imaginación, exactitud y buen gusto, que permita desarrollar a las personas que trabajan en ellas y propiciar una mejor calidad de vida.

La calidad total se debe iniciar a nivel de los directores generales y proyectarse en cascada hasta el nivel más bajo, incluyendo a todo el personal debiéndose comprometer también a los sindicatos.

31.1. DEFINICION.

La calidad total es un proceso programado, integral, sistemático y permanente que propicia un cambio cultural en los grupos sociales, en todos los aspectos de su desempeño, dirigido a mejorar la calidad de su vida en forma continua. En el trabajo implica la presencia de calidad en los dirigentes, trabajadores, funciones, procesos y actividades, dirigidos al logro de la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios.

31.2. OBJETIVOS.

- Fomentar el establecimiento de los procesos de Calidad Total en las unidades médicas.
- Promover la atención con la calidad que esperan los usuarios dentro de un marco congruente con sus necesidades y expectativas, en concordancia con los conocimientos médicos vigentes.
- Mejorar los procesos de la atención para elevar la calidad de vida de los usuarios y prestadores de servicios.

31.3. PLANEACION.

Para lograr o incrementar la calidad es necesario que este aspecto esté contemplado en la planeación estratégica. Tener en cuenta:

- La visión, la misión, las prioridades y los objetivos de la institución.
- Considerar las fuerzas y las áreas de oportunidad para mejorar la calidad.

- Las metas a corto y mediano plazo.
- Las estrategias, la capacitación, la tecnología y el desarrollo de proveedores.
- Los programas, presupuestos, responsables, fechas y resultados medibles.
- La evaluación de avance y desarrollo en el proceso de planeación.

31.4. PROBLEMAS A RESOLVER PARA LA IMPLANTACION DE LA CALIDAD TOTAL.

Para lograr implantar el proceso de Calidad Total es necesario resolver problemas importantes:

- Problemas de estructura, recursos e insumos.
- Identificar los líderes.
- Conseguir el apoyo de la dirección.
- Definir con claridad los objetivos.
- Establecer la visión a mediano y largo plazo.
- Programas que no son convincentes y claros para quienes tienen que aplicarlos, cuando los trabajadores no participaron en su estructuración y no los entienden bien.
- Normas no actualizadas y no aplicables.
- Insuficiente comunicación vertical y horizontal.
- Insuficiente motivación y entusiasmo.
- Resolver conflictos con el sindicato.
- Implantar un riguroso seguimiento de acciones.

32. CONCLUSIONES.

Para la implantación del proceso de calidad total, es necesario cubrir en forma organizada las siguientes etapas:

1. Convencimiento y capacitación de los directivos en el proceso de calidad, posteriormente en línea descendente hasta cubrir a la totalidad del personal.
2. Contar con la estructura necesaria para el funcionamiento del proceso de calidad total. Dentro de esta etapa debe cumplirse con los siguientes pasos:
 - Formar equipos de trabajo.
 - Determinar la filosofía de calidad en la empresa.
 - Definir políticas, metas y programas.
 - Contar con estructuras de calidad.

El comité de calidad es el órgano rector en calidad y es quien determina la formación de los equipos de trabajo.

3. Desarrollar la cultura de calidad en base al logro de:
 - Espíritu de servicio: promover un cambio de actitud favorable en busca de la satisfacción del usuario.
 - Visión global de la institución: conocerla e involucrarse con ella.
 - Dominio del trabajo: hacerlo bien a la primera vez.
 - Cumplimiento del trabajo: hacer aquello a lo que estamos comprometidos.
 - Honestidad: no se requiere supervisión ni controles externos, debe tenerse el orgullo personal de hacerlo bien.

- Participación: en la toma de decisiones que afectan al trabajo, no sólo en las discusiones.
 - Comunicación, cordialidad, franqueza y apertura de los directivos y con los compañeros de trabajo.
 - Oportunidad para el ascenso como resultado del trabajo bien hecho, capacidad y productividad. Una empresa de calidad tiene sueldos y prestaciones por arriba de la media del mercado. Esto permite mayor exigencia en la selección de futuros miembros.
4. Contar con una mitología de calidad: estructura, organización, identificación de expectativas, medición de resultados, logro de metas y retroalimentación.
 5. Desarrollar técnicas de análisis y medición de eficiencia y resultados, como: curva normal de distribución (histograma), gráficas de control, diagrama del pareto, diagrama de causa efecto, gráfica de estratificación y gráficas de dispersión, etc.
 6. Técnicas de mejora: diagrama de relación, diagrama de afinidad, análisis de los campos de fuerza, tormenta de ideas, diagrama analítico del proceso.

Es necesario, también:

1. Obtener mayor consenso en torno a la terminología utilizada para referirse a las diversas estrategias para mejorar la calidad.
2. Sistematizar aún más los muy variados métodos que se emplean o pudieran emplearse con este propósito.
3. Describir resultados concretos y sus costos, y demostrar la efectividad y eficiencia de los métodos.

4. Realizar esfuerzos para mejorar la calidad de la atención en consonancia con esfuerzos para mejorar la calidad de la educación de los profesionales de la salud de manera tal que pueda hablarse, en efecto, de estrategias de calidad total.

33. EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA A TRAVES DEL ANALISIS DE LA ESTANCIA PROLONGADA.

Una de las propuestas por parte de el Departamento de Calidad de la Atención Médica de el Instituto Nacional de Pediatría es la de evaluar la calidad de la atención médica, mediante el análisis retrospectivo a través del expediente clínico, de aquellos pacientes que tuvieron una estancia intrahospitalaria prolongada, definiendo a la misma, como aquella hospitalización con duración mayor a 15 días. Con este análisis obtendríamos datos de los cuales pudieramos conocer todo lo siguiente y crear diagnósticos situacionales en mejora de la calidad de la atención médica en nuestra institución:

- Conocer las infecciones hospitalarias.
- Formas de Contagio.
- Tardanza en la realización de un estudio.
- Tardanza en la realización de un procedimiento.
- Detectar en que servicio está existiendo más problemas.
- Problema en cada enfermedad en particular, sacando el promedio de estancia de cada uno.
- Costo beneficio.
- Concordancia entre el diagnóstico de ingreso y el definitivo.
- Causas de estancia prolongada.

Que calificar:

1. La oportunidad.
2. Morbilidad.
3. Mortalidad.
4. Información al usuario.
5. Realización correcta de los procedimientos. En base a los conocimientos médicos, actualización y de la tecnología médica.
6. Sistema de referencias Médicas.
7. Satisfacción, encuestas de opinión.
8. Análisis de las Quejas.
9. Educación e investigación.
10. Reconocimiento. (motivación).

BIBLIOGRAFIA

1. Aguirre. H. Gerardo. Calidad de la Atención Médica. 2ª edición. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. 1997.
2. LEY GENERAL DE SALUD: DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION. Estados Unidos Mexicanos. 7 de febrero de 1984.
3. SECRETARIA DE SALUD: Programa Nacional de Salud, 1984 – 1988, México. Diario Oficial de la Federación, 9 de agosto de 1984.
4. SECRETARIA DE SALUD: Programa Nacional de Salud, 1990 – 1994, México.
5. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: Sistemas locales de Salud. Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias Tipo. Primera Reunión Nacional. Cocoyoc, Morelos, México, 1989.
6. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: Sistemas Locales de Salud. Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias Tipo. Guías Metodológicas para el Desarrollo de los Componente del Proyecto. México, D.F. 1990.
7. RUELAS – BARAJAS E.: Calidad, Productividad y Costos. Salud Pública Mex 1993; 35: 298 – 304.
8. DONABEDIAN A. Quality assessment: The Industrial model and the health care model. Clinical Performance and Quality Health Care 1993;1 (1):51 - 52
9. CANTU DELGADO H.: Desarrollo de una Cultura de Calidad. 2ª Edición. Editorial Mc Graw Hill. 2001. México, D.F.

10. SECTOR SALUD, GRUPO BASICO INTERINSTITUCIONAL DE EVALUACION: Bases para Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud, México, D.F. 1987.
11. INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO: Encuestas para Medir la Calidad de la Atención en el I.S.S.S.T.E. México. Febrero – julio de 1988.
12. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA. JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALES: Evaluación de la Calidad de la Atención Médica en las unidades médicas del I.M.S.S. México. 1987.
13. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA. JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALES: Evaluación de la Calidad de la Atención Médica en los Hospitales del I.M.S.S. Cédula de Registro. México. 1987.
14. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA. JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALES: Evaluación de la Calidad de la Atención Médica en los Hospitales del I.M.S.S. Instructivo. México. 1987.
15. GONZALEZ POSADA, J.; MERELO ANAYA, A.; AGUIRRE GAS, H.; CABRERA HIDALGO, J.A: Sistema de Evaluación Médica, Progresos y Perspectivas. Rev. Médica, IMSS, 1984; 22: 407.

16. AGUIRRE GAS, H.: Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Expectativas de Pacientes y Trabajadores. Revista Salud Pública de México. Marzo – abril de 1990; 32: 170.
17. SECRETARIA DE SALUD. GRUPO BASICO INTERINSTITUCIONAL DE EVALUACION: Cuadro básico de indicadores para la Evaluación de la Salud. México, 1990.
18. SECRETARIA DE SALUD. GRUPO BASICO INTERINSTITUCIONAL DE EVALUACION: Norma técnica para la evaluación de la calidad de la atención médica. México, 1990.
19. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA. ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE MEXICO: Unidad de garantía de calidad. Curso Internacional sobre Calidad de la Atención Médica. VI Cápsulas Biográficas. Cuernavaca, Mor. 1990
20. DONABEDIAN, A.: La Calidad de la Atención Médica. La Prensa Médica Mexicana, S.A., México, 1984.
21. DONABEDIAN, A.: The Quality of Care. How can it be assessed?. Jama, 1988;260:1743.
22. AGUIRRE GAS, H.: Calidad de la Atención Médica. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Secretaría General Comisión Americana Médico Social. 2ª Edición. 1997. México, D.F.
23. AGUAYO QUEZADA S.: México en Cifras. Editorial Grijalbo. 1ª Edición, 2002. México, D.F.

24. RUELAS E.: Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones. Salud Pública Mex. 1992;34:29-45.
25. DONABEDIAN A. et al.: Quality, cost and health: An integrative Model. Med Care 1982;10:975-992.
26. VERHEGGEN F. et al.: La calidad de servicio en la atención a la salud: Aplicación de resultados de la investigación mercadotécnica. Salud Pública Mex. 1993;35:316-320.