



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE INGENIERÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN PLANEACIÓN**

**“CONTROL TOTAL DE CALIDAD EN  
SISTEMAS DE SALUD ADMINISTRADA”**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

**MAESTRO EN INGENIERÍA**

**(PLANEACIÓN)**

*P R E S E N T A:*

***ACT. FERNANDO ELEAZAR VANEGAS CHÁVEZ***



**DIRECTOR DE TESIS:**

**M. en I. Rubén Téllez Sánchez**

**Ciudad Universitaria**

**Marzo, 2004**



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.

<b>Índice del Contenido</b>	
Índice de Mapas Conceptuales o Figuras .....	IV
Marco de Referencia.....	VI
Resumen.....	VIII
Introducción.....	IX
1. ¿Por qué hablar de mejora en la calidad de la atención médica? Tendencia a futuro de la organización de la atención medica.....	1
1.1 Énfasis en la prevención sobre la curación.....	2
1.2 Aumento de la visibilidad de medicinas alternativas.....	2
1.3 Mayor exigencia del consumidor.....	2
1.4 Incremento en la competencia entre organizaciones y entre profesionales....	3
1.5 Mayor regulación del mercado.....	3
1.6 Mayor necesidad y exigencia de información sobre el desempeño de organizaciones y profesionales.....	4
1.7 Necesidad de coaliciones de proveedores.....	4
1.8 Modificación en el patrón de ejercicio profesional del médico.....	4
1.9 Nuevo balance entre especialistas y médicos generales o familiares.....	4
1.10 Calidad y eficiencia como imperativos.....	5
2. ¿Qué es la calidad?.....	6
2.1 Calidad.....	6
2.2 Cliente.....	6
2.3 Producto.....	6
2.4 Características del producto.....	7
2.5 Cumplimiento de requisitos y especificaciones relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas.....	7
3. Calidad de la atención médica.....	8
3.1 Dimensiones de la calidad.....	8
3.2 Enfoques para evaluar la calidad de la atención médica.....	9
3.3 Relación entre las dimensiones y los enfoques de evaluación.....	10
4. Garantía de calidad y estrategias de garantía de calidad.....	12
4.1 Garantía de calidad.....	12
4.2 Estrategias de garantía de calidad.....	12
4.3 Corrientes relacionadas con el concepto de Calidad en la estructura de una compañía.....	
5. Calidad total / mejoramiento continuo.....	16
5.1 Mejoramiento continuo.....	16

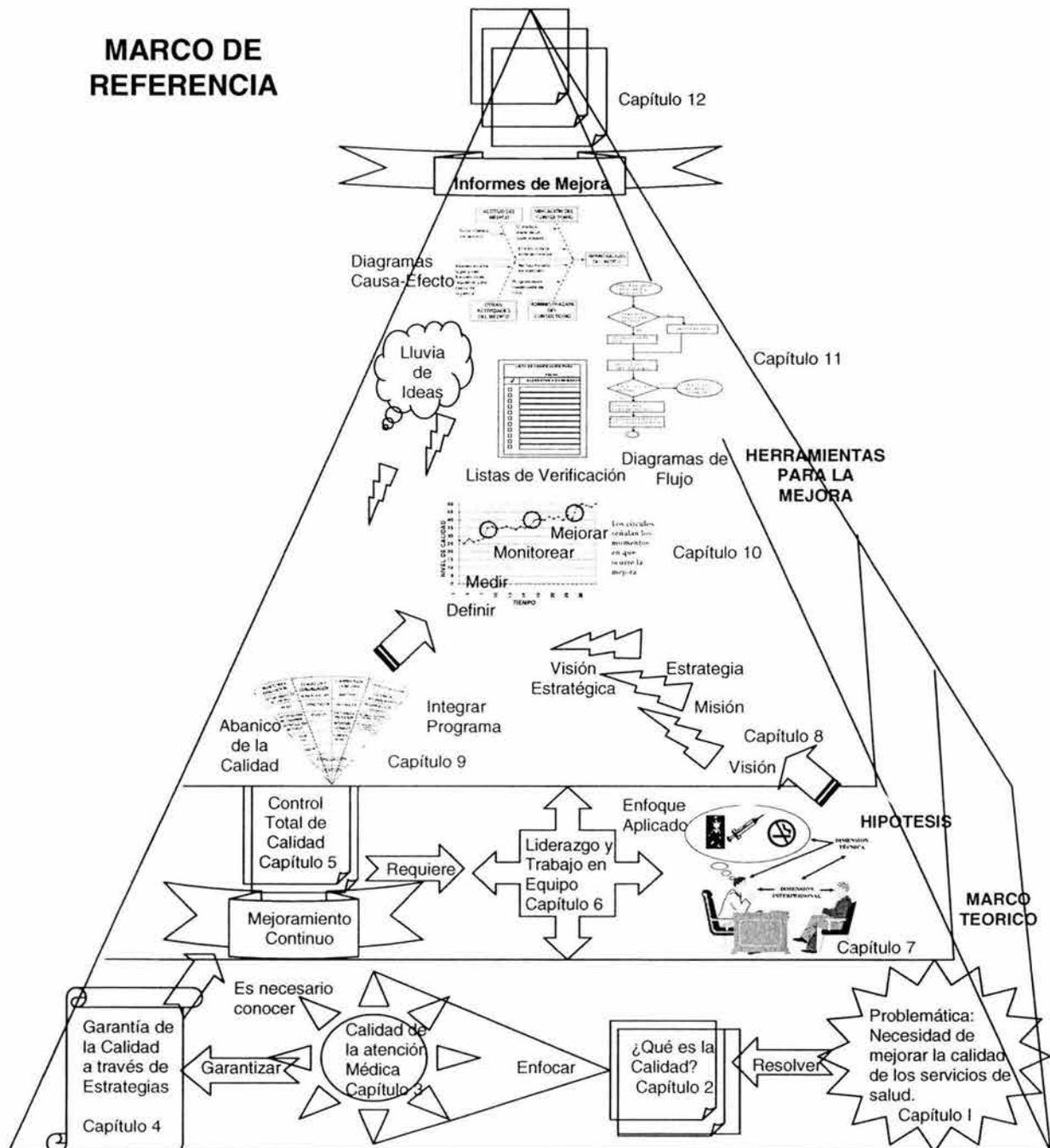
5.2	Calidad total.....	17
6.	Papeles de los directivos y trabajo en equipo.....	20
6.1	Liderazgo.....	20
6.2	Trabajo en equipo.....	24
7.	El enfoque del cliente aplicado a los servicios de salud.....	30
7.1	Organización.....	30
7.2	El servicio de la atención a la salud.....	30
7.3	Características comunes de los servicios.....	31
7.4	Características específicas de la atención médica como un servicio humano	31
7.5	El papel de los terceros pagadores como grupo especial de clientes de los profesionales de la salud.....	33
7.6	La cadena del servicio en las organizaciones de salud.....	33
7.7	Momentos de la verdad y satisfacción del paciente.....	34
7.8	Importancia de conocer la opinión de los pacientes acerca de la atención....	35
8.	Visión, misión, estrategia y visión estratégica.....	37
8.1	La visión.....	37
8.2	La misión.....	38
8.3	Estrategia.....	38
8.4	Visión estratégica.....	39
8.5	Planteamiento de objetivos.....	39
9.	Elementos para integrar un programa de Garantía de Calidad.....	40
9.1	Introducción.....	40
9.2	Objetivo del programa.....	40
9.3	Justificación.....	40
9.4	Antecedentes.....	40
9.5	Marco filosófico.....	41
9.6	Prioridades.....	41
9.7	Plan de acción.....	43
10.	Los cuatro pasos para la mejora, el análisis de procesos y la monitoría de actividades críticas.....	46
10.1	Definición.....	46
10.2	Medición.....	62
10.3	Monitoría de actividades críticas y control.....	65
10.4	Mejora.....	67
11.	Herramientas para la mejora.....	69
11.1	Lluvia de ideas.....	69
11.2	Diagrama Causa-efecto.....	71
11.3	Hoja de datos.....	73

---

11.4	Listas de verificación.....	74
11.5	Gráficas.....	75
12.	Propuesta e informes de mejora.....	78
12.1	Propuestas de mejora.....	78
12.2	Informe de mejora.....	82
	Recomendaciones y conclusiones.....	88
	Apéndice: Manual de Calidad de un caso Colombiano.....	90
	Bibliografía.....	122

<b>Índice de Mapas Conceptuales o Figuras</b>	
Marco de Referencia.....	VI
1.1 El presente es una transición.....	1
1.2 Principales relaciones entre las tendencias.....	5
2.1 Características que determinan la calidad de los productos.....	7
3.1 Acciones que determinan el logro de mayores beneficios y la exposición a los menores riesgos.....	8
3.2 Simultaneidad de las dimensiones técnica e interpersonal durante la atención médica....	9
3.3 Matriz de relación entre las dimensiones de la calidad y los enfoques de evaluación.....	10
4.1 Modelo de Gestión de la Calidad propuesto por Ruelas (1992).....	13
4.2 Relación entre los elementos de la gestión de la calidad y las estrategias de garantía de calidad.....	14
5.1 Elementos de los gráficos de control.....	16
5.2 El ciclo de Shewhart-Deming.....	17
5.3 Los tres elementos de la calidad total.....	19
6.1 Relaciones de los gerentes según su estilo de liderazgo (De la Cerda, 1990).....	21
6.2 Proporción ideal de las fuentes de poder del liderazgo según Chapman (1993).....	23
6.3 Elementos de una agenda de reunión.....	28
6.4 Elementos de una minuta de reunión.....	29
7.1 Cadena de clientes y proveedores en los servicios de salud.....	34
9.1 Modelo de Qualimed para el desarrollo de programas para la mejora continua de la calidad.....	45
10.1 Carta de requisitos de calidad para productos con instructivo.....	49
10.2 Ejemplo de carta de requisitos de calidad para productos.....	50
10.3 Carta de proceso.....	52
10.4a Ejemplo de la carta de proceso.....	53
10.4b Ejemplo de la carta de proceso.....	54
10.4c Ejemplo de la carta de proceso.....	55
10.5 Carta de requisitos de calidad para insumos con instructivo.....	56
10.6 Ejemplo de carta de requisitos de calidad para insumos.....	56
10.7 Carta de requisitos de calidad para estructura.....	57
10.8 Ejemplo de carta de requisitos de calidad para estructura.....	57
10.9 Ejemplo de identificación de actividades críticas del proceso de consulta.....	59
10.10 Instrumento para análisis de actividades críticas.....	60
10.11a Ejemplo de análisis de actividades críticas del proceso de consulta de control prenatal.....	61
10.11b Ejemplo de análisis de actividades críticas del proceso de consulta de control prenatal.....	62
10.12 Instrumento para desarrollo de indicadores.....	64
10.13 Ejemplo de desarrollo de un indicador.....	65
10.14 Instrumento para planear la medición de la calidad.....	66
10.15 Ciclo de la monitoría de la calidad propuesto por Donabedian (1990).....	66
10.16 El ciclo de retroalimentación (adaptado) propuesto por Juran (1990).....	67
10.17 Representación gráfica de la mejora de la calidad.....	68
11.1 Estructura elemental del diagrama causa-efecto.....	72
11.2 Ejemplo de diagrama causa-efecto.....	73
11.3 Estructura básica de una hoja de datos.....	74
11.4 Estructura básica de una lista de verificación.....	74

11.5 Ejemplo de gráfica lineal.....	76
11.6 Ejemplo de gráfica de barras.....	77
12.1 Diagrama Causa-efecto del 78% de los expedientes mal integrados.....	81
12.2 Diagramas de flujo de la elaboración adecuada de Expedientes.....	84
..... a la	86
12.3 Gráfica de la mejora de la calidad del porcentaje promedio de integración del expediente clínico.....	87



El Marco de Referencia es la primer aplicación de una de las técnicas más usada en este trabajo: Los Mapas Conceptuales o Figuras Ricas, las cuales se usan por excelencia para plasmar a través de imágenes en todas sus formas: diagramas, dibujos, esquemas y cualquier tipo de expresión visual que transmita con mayor claridad el proceso o el conjunto de ellos de cualquier tipo de sistema o idea que se desee manifestar. En particular, el Mapa Conceptual arriba plasmado muestra la estructura del presente trabajo, así como cada una de sus partes y su desarrollo para lograr el objetivo del mismo.

La problemática que se plantea es la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud (Capítulo I), para lo cual es necesario resolver ¿Qué es la Calidad? (Capítulo 2) y enfocar la Calidad en la atención Médica (Capítulo 3), una vez logrado es importante Garantizar la Calidad a través de Estrategias bien definidas (Capítulo 4). Aunque también se enriquecen teóricamente los siguientes cuatro capítulos, hasta aquí se considera el Marco Teórico esencial del Trabajo;

Ahora es necesario definir con precisión qué es el Control Total de Calidad y suponer que a través del Mejoramiento Continuo se logrará implementar satisfactoriamente (Capítulo 5), para lo cual se requiere suponer también que se cuenta con un Liderazgo firme y decidido, además de un trabajo en equipo (Capítulo 6) y, por último, suponer que el enfoque del cliente se logra aplicar adecuadamente a los servicios de salud (Capítulo 7). Estos últimos tres Capítulos constituyen implícitamente la hipótesis de la presente tesis para lograr aplicar exitosamente las herramientas para la mejora que más adelante se estudian y se aplican;

Con estos elementos, los líderes del equipo de trabajo podrán definir con claridad la Visión de la organización, así como su misión, quienes además contando con las estrategias adecuadas, pondrán en marcha la visión estratégica (Capítulo 8) para integrar adecuadamente un programa dentro de la institución que garantice la Gestión de la Calidad (Capítulo 9). Para lograr esto último se utiliza una herramienta para la mejora: el abanico de la calidad que provee los elementos que se requieren para integrar dicho programa;

En el Capítulo 10 se establecen los cuatro pasos para la mejora: definir, medir, monitorear y mejorar a través de la aplicación de las herramientas de la mejora, como son: la lluvia de ideas, las listas de verificación, los diagramas de flujo, los diagramas causa-efecto, etc. (Capítulo 11) para llegar al producto final del trabajo, el denominado entregable, el elemento que congrega la clave para la implementación, aplicación y actualización exitosa de la Gestión de la Calidad en los Sistemas de Salud Administrada: Los Informes de Mejora (Capítulo 12).

El objetivo fue proporcionar a todos aquellos directivos de organizaciones que administren servicios de salud, nuevas medidas para mejorar la calidad de los mismos a través de elementos teóricos y prácticos de "Control Total de Calidad" como el medio para lograr una empresa rentable y que satisfaga a todos los involucrados en el sistema: desde el cliente, quien desea preservar o recuperar su salud a través de servicios de calidad, hasta el inversionista quien no solo desea obtener utilidades.

El problema que se resolvió fue la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud en nuestro país a través de un enfoque de la Calidad en la atención médica, para lo cual es importante garantizar dicha Calidad con una estrategia bien definida: el Control Total de Calidad mediante la implementación satisfactoria del Mejoramiento Continuo, para lo cual se supuso que se cuenta con un liderazgo firme y decidido, además de un trabajo en equipo y que el enfoque del cliente se logra aplicar adecuadamente a los servicios de salud; los líderes del equipo de trabajo podrán definir entonces con claridad la visión y la misión de la organización y pondrán en marcha la visión estratégica para integrar adecuadamente un programa dentro de la institución que garantice la Gestión de la Calidad. Se establecieron los cuatro pasos para la mejora: definir, medir, monitorear y mejorar a través de la aplicación de las herramientas de la mejora, como son: la lluvia de ideas, las listas de verificación, los diagramas de flujo, los diagramas causa-efecto, etc., con las cuales se llegó al producto final del trabajo, el elemento que congrega la clave para la implementación, aplicación y actualización exitosa de la Gestión de la Calidad en los Sistemas de Salud Administrada: Los Informes de Mejora.

---

# Introducción

En México, desde hace más de sesenta años a la fecha, la prestación de servicios médicos, tanto públicos como privados, han sufrido una gran cantidad de cambios en su concepción y operación: reformas oficiales, innovaciones tecnológicas, desafíos organizacionales, creación de nuevos sistemas de salud administrada que aunados a otros fenómenos sociales como la explosión demográfica, incremento en el desempleo y el estancamiento del producto interno bruto, entre otros, han generado una gran presión social.

Dichos factores han propiciado mayores opciones en la iniciativa privada, dado que la carga de esta responsabilidad para el gobierno federal no deja de ser agobiante, concibiendo la creación de nuevos mercados con diferentes esquemas para proveer los servicios médicos a las personas físicas o morales que lo demanden. Por lo general, estos esquemas no sólo conducen a un aumento significativo en el potencial de crecimiento de la industria sino que cambia los aspectos legales, las necesidades de los clientes y el ambiente general del mercado.

Aún cuando la ley original del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la cual entró en vigor en 1943, otorgaba a los patrones la facultad de optar por retirarse del sistema a favor de un programa patrocinado por una organización privada, pocas compañías aprovecharon la alternativa. La excepción más notable fue la de las instituciones bancarias que obtuvieron esta concesión en 1957. Otras compañías optaron por no ingresar o salirse del IMSS porque contaban con un programa de atención médica para sus empleados antes de la creación del mismo (por ejemplo, la compañía estatal petrolera PEMEX) o porque operaban en áreas remotas donde el IMSS no tenía instalaciones (por ejemplo, compañías mineras).

Ciertas entidades, que surgieron después de la creación del IMSS ofrecen servicios de salud a determinados sectores bien definidos, como son el ISSSTE (para los trabajadores del estado) y el ISSFAM (miembros de las Fuerzas Armadas). Las personas con menores ingresos que no estaban afiliadas a ninguna de las organizaciones mencionadas anteriormente, han sido atendidas por otras instituciones públicas de salud como la SSA (Secretaría de Salud), la Cruz Roja o el INI (Instituto Nacional Indigenista).

En 1996, se reformó la ley del seguro social otorgando una parte de las contribuciones destinadas a la cobertura de pensiones para que lo administre el sector privado a través de las AFORES (Administradoras de Fondos para el Retiro) en las que cada miembro tiene su propia cuenta para el retiro. Esta reforma ha incrementado las dificultades financieras de administración del IMSS en virtud de que los fondos para los servicios de salud son insuficientes y habían estado subsidiados por los fondos de retiro. Además, debido a una carencia evidente de medidas de control de costos, el alza de precios en los medicamentos, en el equipo médico y en las hospitalizaciones, continúa incrementándose a una tasa de 15% o más por año en nuestro país, al menos hasta fines del año 2001.

Por lo anterior, resulta necesario contar con nuevas medidas para mejorar la calidad de los servicios de salud disponibles, en virtud de que se desconfía en el sistema de seguridad social por parte de los prestadores de servicios de salud y de los pacientes, dado que prefieren por ejemplo: pagar por cuenta propia los gastos médicos no cubiertos por la póliza de un seguro de grupo contratado con una compañía de seguros, en lugar de acudir al IMSS, cuando se cuenta con ambas opciones para cubrir los servicios médicos que le hagan falta a su familia. Asimismo, aún cuando,

en teoría, todo ciudadano está cubierto por los servicios públicos de salud, un importante porcentaje de la población total carece de ellos, por lo que la creación y el desarrollo de nuevos esquemas para proveer servicios médicos en el país son de vital importancia.

El objetivo de este trabajo es proporcionar a todos aquellos directivos de organizaciones que administren servicios de Salud, nuevas medidas para mejorar la calidad de los mismos a través de elementos teóricos y prácticos de “Control Total de Calidad” como el medio para lograr una empresa rentable y que satisfaga a todos los involucrados en el sistema: desde el cliente, quien desea preservar y, en dado caso, recuperar su salud a través de servicios de calidad, hasta el inversionista que desea, no solo obtener utilidades a mediano o largo plazo, sino lograrlo con una institución de la cual pueda sentirse orgulloso por procurarle completa satisfacción a todos los que intervienen en ella.

De este modo, debe entenderse como “Control Total de Calidad” al sistema eficaz que integra los esfuerzos en materia de desarrollo de calidad, mantenimiento de calidad y mejoramiento de calidad realizados por todos y cada uno de los departamentos en una organización, de modo que sea posible producir los servicios a los niveles más económicos y que sean compatibles con la plena satisfacción de los clientes.

Asimismo, entiéndase que “los Sistemas de Salud Administrada” son aquellas organizaciones creadas para proveer servicios de salud a través de diversos esquemas de contención de gastos o de pagos directos, esto es, por ejemplo: una institución de seguros que opere el ramo de salud ofrece a su cliente la promesa de proveerle los servicios médicos con determinadas características en el contrato, que requiera generalmente durante un año, a cambio del pago de una cantidad cierta, denominada prima, sin importar que el gasto médico que se genere resulte mayor o menor al pago de la prima pagada. Otro esquema, es el servicio que ofrecen las denominadas administradoras de salud que ofrecen la administración de todos los gastos médicos de una organización, por el pago de una comisión; un tercer esquema es el otorgamiento de precios preferenciales al brindar el acceso a una red de servicios médicos administrada para ese fin, etc.; o bien, el pago directo que se realiza en un hospital al brindarse un servicio directo de un evento determinado. De tal forma que dichos sistemas pueden ser públicos o privados.

Por otra parte, en el desarrollo de esta tesis se aplican la mayoría de las técnicas estudiadas y aprendidas en los cursos de la maestría en planeación, con la hipótesis de mostrar que, bajo ciertas condiciones, lo útiles que pueden ser en la práctica real; dichas técnicas son analizadas en las materias: “Calidad y Productividad”, “Enfoque de Sistemas”, “Técnicas Heurísticas para la Planeación”, “Evaluación de Proyectos” y, en general, toda la formación y perspectiva que se adquiere al estudiar un posgrado en planeación en nuestra Máxima Casa de Estudios. Particularmente, a lo largo del trabajo se utiliza una herramienta que se considera de gran utilidad: el Mapa Conceptual, que bien diseñado, pensado y probado representa una herramienta clave en la estrategia de comunicación y planeación entre las personas involucradas en cualquier tipo de proyecto, además de otras herramientas.

Los capítulos están organizados de lo general a lo específico y de lo conceptual a lo práctico.

En el primero se presenta un análisis sobre la perspectiva de los servicios de salud ante los cambios del entorno a escala mundial. Se destaca el importante lugar que ocupará el mejoramiento de la calidad y la eficiencia para que las organizaciones de salud hagan frente a los retos que, de hecho ya están empezando a enfrentar.

Del capítulo 2 al 5 se precisan los conceptos que los directivos deben tener claros si quieren desempeñarse como verdaderos líderes del movimiento por mejorar la calidad y la eficiencia de su organización.

Los capítulos 6, 7 y 8 contienen un análisis sobre los papeles y funciones que los directivos deben desempeñar en la organización para promover de manera efectiva las acciones para mejorar la calidad y la eficiencia. En el capítulo 6 se profundiza en el significado del liderazgo y se comentan los estilos más conocidos, destacándose la importancia de asumir uno que favorezca la participación del personal. Se proporcionan además algunos elementos sobre trabajo en equipo.

El capítulo 7 tiene el cometido de interesar a los directivos en el desarrollo de sistemas para conocer las necesidades y el nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios que ofrece su organización o su área. Se trata de proporcionar elementos para analizar las características tan particulares de los usuarios de los servicios de salud y de dar ideas sobre instrumentos y técnicas para comprenderlos mejor.

La importancia del desarrollo de una filosofía institucional centrada en una visión clara del futuro de la organización, de un compromiso firme con la población a la que sirve y del diseño de una estrategia congruente son temas abordados en el capítulo 8.

Los capítulos del 9 al 12 constituyen la parte práctica del trabajo junto con el apéndice donde se plasma el Manual de Calidad de un Caso Colombiano.

En el primero de ellos se presenta un modelo para guiar a los directivos en el desarrollo de un Programa de Garantía de Calidad para la organización o área que representan.

El capítulo 10 ofrece una metodología para llevar a cabo la mejora continua de la calidad en la operación de los servicios de salud.

Algunas de las principales herramientas que utilizan los equipos de trabajo que forman parte de organizaciones que han desarrollado sistemas para la calidad total y la mejora continua de la calidad, son descritas y ejemplificadas en el capítulo 11.

En el capítulo 12, con el pretexto de ejemplificar una forma de desarrollar propuestas e informes de mejora, se presenta el caso de un equipo de promotoras comunitarias de salud que se atrevieron a emprender acciones para ofrecer un nivel de calidad más alto en sus servicios.

Al final se encuentra la serie de instrumentos básicos para el análisis de procesos, el monitoreo de actividades críticas y el desarrollo de indicadores, para facilitar los esfuerzos de las organizaciones de salud para garantizar la calidad de la atención que en ellas se proporciona.

El apéndice es tal cual el Manual de Calidad de un Hospital que forma parte de una EPS (Entidad Promotora de la Salud) en Colombia, que en México lo equivalente sería una ISES (Institución de Seguros Especializada en Salud), es decir, una institución que brinda servicios de salud a los ciudadanos colombianos bajo los esquemas, tanto de aseguramiento como de administración de servicios médicos, lo cual lo realiza con recursos propios por lo que el hospital forma parte de su patrimonio. En él se plasma el resultado de las técnicas enunciadas, así como los elementos teóricos y prácticos expuestos en el presente trabajo ya como el resultado del esfuerzo realizado en su diseño y respaldado con la experiencia diaria en materia de servicios de salud.

Se eligió este Manual de Calidad por tratarse del Manual de una institución que ha logrado aplicarlo exitosamente en los últimos diez años, desde 1993, cuando fue aprobada la famosa Ley 100 en Colombia, y que dio lugar a la creación de las Entidades Promotoras de Salud, las cuales son sistemas de salud administrada con muy buenos resultados en la satisfacción del cliente en Latinoamérica para este tipo de servicios, además de haber alcanzado prácticamente su punto de equilibrio en sus gastos de operación en tan solo una década sin registrar quebrantos que afectaran a los miles de afiliados que año con año se suman a la suscripción de estas entidades. La versión del mismo es al 1° de diciembre de 2003.

Se incluyó una sección titulada Bibliografía recomendada. En ella aparecen las referencias completas de las obras citadas en el trabajo, así como muchas otras que podrían ser de gran utilidad para quienes se interesen en profundizar en diversos temas.

Estoy convencido de que este trabajo será de utilidad para promover un cambio hacia la prestación de servicios de salud con los mejores niveles de calidad y eficiencia que sea posible alcanzar, en virtud de que se ha plasmado todo el material con la mayor claridad y experiencia permisible, dotándolo de elementos, no sólo teóricos, sino que también prácticos, en virtud de que he tenido la fortuna de trabajar durante varios años en la operación de este tipo de sistemas de salud administrada, desde el ángulo de un órgano supervisor en nuestro país, donde me ha sido posible observar el inicio de operación de mercados completos, su evolución y desarrollo, así como asistir a conferencias nacionales e internacionales e intercambiar experiencias y puntos de vista muy redituales sobre el tema.

La aportación de esta tesis de maestría en la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Ingeniería de la UNAM es única hasta la fecha en cuanto a lo que se refiere a un enfoque del Control Total de Calidad aplicado a la prestación de servicios médicos, mas no a lo que se refiere a trabajos sobre Calidad en general o en otro tipo de aplicaciones, de las cuales, en efecto, hay muchas afortunadamente, pero en lo que respecta al enfoque de este trabajo ojalá en un futuro se realicen muchos trabajos de tesis más, dado que eso significaría que esta aplicación tendrá mucho desarrollo y éxito en nuestro país.

# 1. ¿Por qué hablar de mejora en la calidad de la atención médica? Tendencias a futuro de la organización de la atención médica.

## EL FUTURO DE LA ATENCIÓN MÉDICA HOY

Hoy los servicios de salud, tanto públicos como privados, transitan a través de una coyuntura entre pasado y futuro marcada por reformas oficiales, por retos organizacionales, innovaciones tecnológicas, y por un incremento en la presión social. Todo ello, de manera explícita en algunos casos e implícita en otros, parece estar modificando de manera irreversible la prestación de los servicios médicos vigentes desde hace medio siglo.

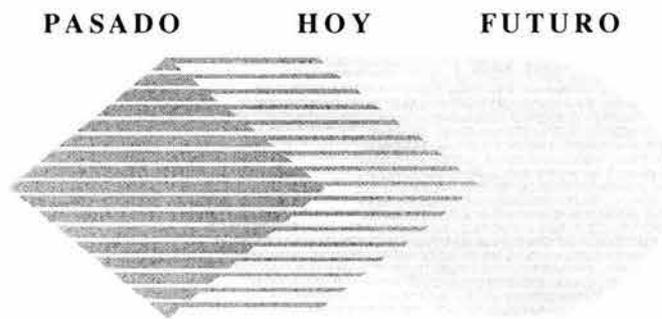


Fig. 1.1. El presente es una transición.

Algunos rasgos del futuro son ya palpables y visibles en los cambios, en marcha y anunciados, que ocurren y ocurrirán en los sectores privado y público. El conocimiento de estos rasgos es fundamental para que los profesionales de la salud -se encuentren en posiciones directivas, académicas o en la atención directa a los pacientes- aprovechen mejor las oportunidades que se presentarán y eviten los riesgos que cualquier transición trae consigo. Quienes se esfuerzan por comprender dichos rasgos del futuro, los cuales se pueden identificar ya como grupos de tendencias, estarán en mejores condiciones para contribuir al mejoramiento de la salud de la población al ofrecer servicios competitivos, y estarán actuando hoy para construir un futuro más cercano al deseable.

Las tendencias observables pueden corresponder a diferentes órdenes según el ámbito que abarcan. Uno de estos órdenes es el de las “megatendencias”, que perfilan el futuro de grandes conglomerados humanos influyendo en el conjunto de la civilización humana. Entre estas tendencias se manifiestan con mayor fuerza la sustitución de los paradigmas de la física por los de la biología, y la globalización (principalmente de la economía). La primera ha determinado, por ejemplo, el desarrollo de la biotecnología y de nuevas formas en que las empresas se organizan para producir de manera más eficiente (en forma de redes). Por su parte, la globalización ha alterado la esencia de las sociedades por la propagación de valores como la competencia, el bienestar económico y el individualismo.

Debido a su influencia en el contexto inmediato de la organización de la atención médica (económico, político y jurídico), las megatendencias están configurando una nueva concepción de aquella, la cual no está aún bien definida y ha generado incertidumbres y tensiones en la mayor parte del mundo.

Un tercer grupo de tendencias se refiere, de manera más específica, a la propia organización de la atención médica. En el siguiente cuadro aparecen las 18 tendencias identificadas en este ámbito por Ruelas y Concheiro (1997).

1. Acumulación epidemiológica
2. Énfasis en la prevención sobre la curación
3. Desarrollo tecnológico hacia el nivel molecular y hacia procedimientos no invasivos
4. Resurgimiento de la bioética
5. Aumento de la visibilidad de medicinas alternativas
6. Mayor exigencia del consumidor
7. Modificación de la mezcla de servicios públicos y privados
8. Incremento en la competencia entre organizaciones y profesionales
9. Mayor regulación del mercado
10. Mayor necesidad y exigencia de información sobre el desempeño de profesionales
11. Transformación de los grandes hospitales en organizaciones flexibles
12. Necesidad de coaliciones de proveedores
13. Profesionalización de los directivos de organizaciones de atención médica
14. Incremento en las telecomunicaciones y la informática
15. Nuevos materiales y práctica médica
16. Modificación en el patrón de ejercicio profesional del médico
17. Nuevo balance entre especialistas y médicos generales o familiares
18. Calidad y eficiencia como imperativos

A continuación se comentarán las tendencias que se relacionan de manera más directa con la práctica clínica.

### **1.1 ÉNFASIS EN LA PREVENCIÓN SOBRE LA CURACIÓN**

Se empieza a observar un imperativo económico que poco a poco conducirá hacia un predominio de la prevención sobre la curación. Esta tendencia empieza a observarse a través de las acciones de algunas organizaciones de prepago o administradoras de servicios de salud, así como también a través de compañías aseguradoras y de los servicios médicos de ciertos bancos. En todos estos casos el propósito no es sólo prevenir enfermedades o mayores deterioros en la salud, sino controlar los costos lo cual, se piensa, puede lograrse mejor si se previenen futuros y mayores daños.

Muy pronto esta exigencia se hará también evidente para las instituciones del sector público, cuyos recursos financieros se han deteriorado severamente.

### **1.2 AUMENTO DE LA VISIBILIDAD DE MEDICINAS ALTERNATIVAS**

Son cada vez más las opciones de atención no alópatas, como la acupuntura, la reflexiología y la digito-puntura, que ganan mayor terreno y respetabilidad entre el público.

### **1.3 MAYOR EXIGENCIA DEL CONSUMIDOR**

Las expectativas sobre la calidad de los servicios se incrementan como resultado de un nivel educativo más alto y de la cada vez más intensa participación de la sociedad en asuntos de su interés directo. Se prevé entonces que los usuarios de los servicios de salud sean más exigentes conforme transcurre el tiempo. Sirvan los siguientes hechos como evidencias de lo anterior:

- Aumento en las demandas contra médicos y hospitales.
- Establecimiento de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico como instancia de respuesta a la creciente presión social hacia los prestadores de servicios médicos.
- Mecanismo para enfrentar la responsabilidad civil y profesional para médicos por parte de una compañía aseguradora.

#### **1.4 INCREMENTO EN LA COMPETENCIA ENTRE ORGANIZACIONES Y ENTRE PROFESIONALES**

La posibilidad de revertir las cuotas que se paga al IMSS con el fin de hacer uso de servicios de salud privados ha resultado ser atractiva para diversas empresas que, de cualquier modo, pagan doble por la atención médica a sus trabajadores debido a que les ofrecen seguros de gastos médicos mayores, incluso de atención integral, como parte del paquete de prestaciones. Esta posibilidad ha estimulado la creación de organizaciones administradoras de servicios de salud, o de atención médica integral, que han entrado en una intensa competencia por participar en este importante mercado. En esta competencia comienzan a participar también algunas compañías aseguradoras que han decidido ampliar los planes que ofrecen al cubrir, además de los gastos médicos mayores, atención integral para sus clientes y los familiares de éstos.

Debido a que las aseguradoras y las nuevas administradoras de servicios de salud ofrecen abatir los crecientes costos de la atención médica, lo cual es atractivo para las empresas que las contratan, tienden a convertirse en compradoras importantes no sólo de servicios hospitalarios, de laboratorio y de gabinete, sino también de servicios otorgados por médicos individuales. Así, los médicos, si es que les interesa contar con los pacientes que antes acudían directamente a ellos, se ven ahora en la necesidad de competir para formar parte de las “redes de proveedores” que tales organizaciones promueven y respaldan.

De esta manera, la competencia es entre las compañías aseguradoras (ahora bajo condiciones más dinámicas), entre éstas y las organizaciones administradoras de servicios de salud y, como consecuencia, entre los proveedores de los servicios médicos.

Otros factores que intensifican esta competencia son el interés de los bancos por evaluar y controlar los costos, la calidad y la eficiencia de la atención médica que ofrecen los proveedores que contratan para dar servicio a sus empleados; la creación de nuevos hospitales, y de cadenas de éstos; la aparición de franquicias de unidades de primer nivel de atención y la penetración de organizaciones de salud extranjeras, por lo general, a través de alianzas con empresas mexicanas.

#### **1.5 MAYOR REGULACION DEL MERCADO**

Si se considera, por una parte, la gran heterogeneidad de la atención médica privada y, por la otra, la creciente competencia señalada en la sección anterior, la salud de la población podría verse seriamente afectada si los servicios de salud no fueran regulados. Por ejemplo, según datos del censo de hospitales privados realizado en 1993 por la Secretaría de Salud, el 80% de 2,723 unidades tienen 15 camas o menos, y de éstos, el 50% cuenta con cinco camas o menos. Sólo el 3% de los hospitales tienen 50 camas. Preocupa también el hecho de que en 36% del total de unidades privadas no se cuente con un solo médico de tiempo completo, y en 16% tampoco existe por lo menos una enfermera de tiempo completo.

Aunque existe el fundamento jurídico para llevar a cabo la regulación de las organizaciones de atención a la salud, lo cierto es que las administradoras de servicios de salud, las aseguradoras y los bancos —los terceros pagadores—son quienes han empezado a presionar para establecer estándares que aseguren que la calidad de los servicios de salud que contratan corresponde al precio que pagan por ellos. Dicho sea de paso, la proliferación de este tipo de organizaciones ha puesto en evidencia la necesidad de desarrollar mecanismos que regulen su funcionamiento.

Por otro lado, ha habido diversos esfuerzos en los que han participado instituciones de atención a la salud y académicas, tanto públicas como privadas, así como organismos internacionales, en los que se ha pretendido desarrollar estándares de atención por consenso y procedimientos para la certificación de médicos generales y especialistas, donde la presión de los terceros pagadores determinará que la regulación ocurra en función de una necesidad del mercado y no de una norma jurídica. Cabe mencionar aquí los proyectos de acreditación a instituciones educativas impulsados por la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina y por diversas escuelas de enfermería.

## **1.6 MAYOR NECESIDAD Y EXIGENCIA DE INFORMACION SOBRE EL DESEMPEÑO DE ORGANIZACIONES Y PROFESIONALES**

Ante la mayor exigencia de los usuarios de los servicios de salud, la regulación del mercado y el incremento en la competencia entre organizaciones y entre profesionales, resulta obvia la necesidad de perfeccionar los procedimientos para obtener información sobre su desempeño. Esta información será un insumo cada vez más importante para la planeación y el desarrollo estratégico, para el ejercicio regulatorio y para el mejoramiento de la calidad y la eficiencia.

## **1.7 NECESIDAD DE COALICIONES DE PROVEEDORES**

Como resultado de la necesidad de desarrollar organizaciones de atención a la salud flexibles y eficientes, será cada vez más frecuente el establecimiento de coaliciones entre ellas con lo que buscarán complementar los servicios que ofrezcan. Se prevé también la creación de alianzas entre estas organizaciones y los terceros pagadores cuyo objeto sea el beneficio mutuo. Estas coaliciones, expresadas en las redes de proveedores y las alianzas, será la condición para una vigilancia más estrecha al desempeño de los médicos.

## **1.8 MODIFICACIÓN EN EL PATRÓN DE EJERCICIO PROFESIONAL DEL MÉDICO**

Esta tendencia, determinada por todas las demás, afectará el ejercicio profesional del médico en su consulta privada y consiste en el establecimiento de controles más estrictos de las decisiones diagnósticas y terapéuticas con el fin de ajustarlas a protocolos clínicos. Además, por medio de las redes se facilitará también el control de las tarifas de atención. La calidad y eficiencia de las acciones de los médicos también estarán sometidas a una vigilancia más intensa.

Por último, los avances recientes en la informática tal vez obliguen a los médicos que no deseen ser desplazados a formar parte de alguna red de información.

## 1.9 NUEVO BALANCE ENTRE ESPECIALISTAS Y MÉDICOS GENERALES O FAMILIARES

La necesidad de un enfoque preventivo, ahora debido también a razones económicas, así como de controlar el acceso a los sistemas de salud y de otorgar una atención integral a los pacientes ocasionará que aumente el peso relativo de los médicos generales y familiares con respecto a los especialistas quienes, quizá estén llegando al límite de sus posibilidades de expansión.

### 1.10 CALIDAD Y EFICIENCIA COMO IMPERATIVOS

La calidad en la atención médica se expresa asegurando el logro de los mayores beneficios posibles en la salud del paciente, sometiéndolo a los menores riesgos y procurando el óptimo uso de los recursos disponibles (para evitar desperdicios y reducir costos). Tomando en cuenta lo comentado en las secciones anteriores, resulta comprensible que las organizaciones de salud estén cada vez más interesadas en ofrecer un nivel de calidad que les permita competir con ventajas en el mercado de la salud, para el caso de las instituciones privadas, y satisfacer las necesidades de salud pública, para el caso de las instituciones gubernamentales. En ambos casos se pretenderá dar respuesta a la mayor exigencia de usuarios y terceros pagadores e igualmente será necesario el desarrollo de sistemas de información que reflejen, entre otros aspectos importantes, el nivel de calidad logrado. Por supuesto que el ejercicio profesional del médico tendrá que verse orientado por el logro de la satisfacción de sus pacientes basado en la solución de sus problemas de salud.



**Nota:** Aunque todas las tendencias están relacionadas, en la figura se pretendió destacar las relaciones más importantes mediante las intersecciones de las elipses.

**Fig. 1.2.** Principales relaciones entre las tendencias.

## 2. ¿Qué es la calidad?

En este capítulo se presentan los conceptos más importantes para integrar un marco de referencia básico sobre el significado de la calidad de la atención médica. Se espera que el personal de salud, además de que pueda explicar en qué consiste, identifique los aspectos más importantes en que pueda intervenir para asegurar el nivel de calidad más alto posible.

### 2.1 CALIDAD

La Real Academia Española define calidad, en su primera acepción, como una “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.”

Podemos definirla también como el conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servicios y que permiten clasificar a éstos en diversas categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas de los clientes.

Es muy importante comprender el carácter relativo del concepto de calidad. Sólo de este modo podrá ser claro por qué un mismo producto puede ser de buena calidad para unos, mientras que para otros puede dejar mucho que desear.

### 2.2 CLIENTE

Es la entidad (persona, departamento u organización) que recibe el producto de un trabajo determinado. Cuando los clientes no pertenecen a la organización que realiza el trabajo reciben el nombre de clientes externos. Por el contrario, cuando un cliente recibe el producto del trabajo realizado por otra entidad, y ambos pertenecen a la misma organización, se le denomina cliente interno.

### 2.3 PRODUCTO

Un producto es el resultado de un proceso, es decir, de un trabajo realizado para satisfacer las necesidades de los clientes. Los productos pueden ser clasificados en tres categorías:

- A. Bienes: son objetos tangibles (lapicero, televisores, automóviles).
- B. Información:
  - 1. Programas de instrucciones, principalmente para computadoras.
  - 2. Información general: por ejemplo: planes, informes, instrucciones, advertencias y órdenes.
- C. Servicio: es el trabajo realizado para beneficiar a otro. Este trabajo puede realizarse ya sea en la persona de un tercero en algún objeto de su propiedad. Por ejemplo, la educación y la hotelería son servicios que afectan directamente a otros en su persona; mientras que el trabajo en una lavandería o un taller mecánico se realiza sobre objetos que pertenecen a otros.

Por supuesto, la atención a la salud es un servicio en tanto que pretende el beneficio de los usuarios al procurar que estos preserven o recuperen su estado de salud.

## 2.4 CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO

Son las propiedades de los productos con las cuales se pretende satisfacer las necesidades de los clientes y se ubican en las siguientes vertientes.

- A. Características Tecnológicas: Se refiere a la especificación de características o cualidades del producto como tamaño, forma, color, peso, consumo de energía, durabilidad, etc.
- B. Características de la Atención: Interrelación, que se establece entre el cliente y el procesador. En esta categoría se incluyen, entre otras, la oportunidad, la cortesía y el apego a normas y procedimientos.



Fig. 2.1. Características que determinan la calidad de los productos.

## 2.5 CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS Y ESPECIFICACIONES RELACIONADAS CON LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS

Si un producto cumple con los requisitos y especificaciones establecidas, y éstas corresponden a las necesidades, expectativas y deseos de los clientes, se logra su satisfacción.

### 3. Calidad de la atención médica

Para Donabedian la calidad de la atención médica “Es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras en salud”.

Para Ruelas y Querol (1994) la calidad “...es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos. (La buena calidad) Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente. Estos mayores beneficios posibles se definen a su vez en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con que (se) cuenta para proporcionar la atención y con los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición, resultados de la atención evaluados como la mejoría esperada en la salud atribuible a la atención misma”.



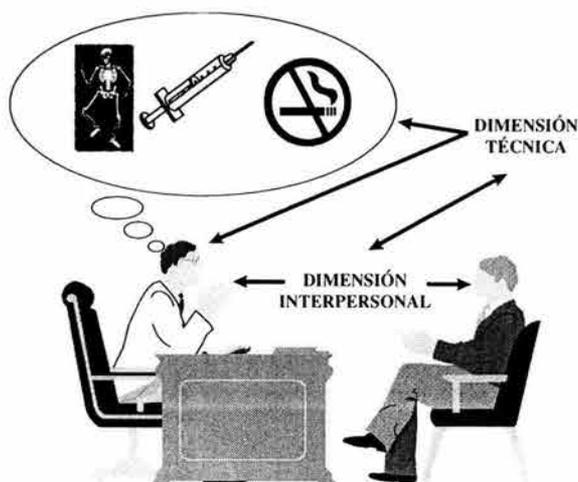
Fig. 3.1. Acciones que determinan el logro de mayores beneficios y la exposición a los menores riesgos.

#### 3.1 DIMENSIONES DE LA CALIDAD

Para Donabedian, la calidad de la atención médica tiene dos dimensiones inseparables y que tienen lugar de manera simultánea durante el proceso de atención:

- **DIMENSIÓN TÉCNICA:** Se refiere a la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente.
- **DIMENSIÓN INTERPERSONAL:** Comprende todo lo que ocurre durante la relación que se establece entre el proveedor de la atención y el receptor de la misma.

No se puede afirmar que la atención médica es de buena calidad cuando se descuida cualquiera de estas dos dimensiones. Para ilustrar esto, el Dr. Ruelas suele decir que un paciente puede vivir satisfecho hasta su último suspiro y sin embargo no debió haber muerto.



**Fig. 3.2. Simultaneidad de las dimensiones técnica e interpersonal durante la atención médica.**

### 3.2 ENFOQUES PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

La calidad de la atención médica, para Donabedian, tanto en su dimensión técnica como en la dimensión interpersonal, puede ser evaluada desde tres puntos de vista:

**ESTRUCTURA:** Comprende las características relativamente estables de la organización de salud que proporciona la atención. Estas características se refieren a los recursos financieros, materiales y humanos, así como también a la forma en que estén organizados para proveer el servicio a la población: reglas, normas, procedimientos, documentos que integran el sistema de información. También incluye los conocimientos y habilidades que aplica el personal de salud para brindar la atención.

**PROCESO:** Conjunto de actividades realizadas por el personal de salud para atender a los usuarios y solucionar sus problemas. También incluye las actividades que realizan los propios usuarios en beneficio de su salud. Son elementos del proceso de atención la forma en que el médico examina al paciente, sus decisiones diagnósticas y terapéuticas y el apego del paciente al tratamiento establecido.

**RESULTADO:** Se refiere a los cambios en el estado de salud de la población atendida que pueden ser atribuidos al proceso de atención. Los resultados consisten en una mejoría en el estado de salud, pero también en el peor de los casos (la iatrogenia) en un daño causado por el tratamiento.

### 3.3 RELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES Y LOS ENFOQUES DE EVALUACIÓN

Las dimensiones técnica e interpersonal y los enfoques de evaluación se relacionan de manera estrecha tal como se muestra en la figura 3.3.

		ENFOQUES DE EVALUACIÓN		
		ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
DIMENSIONES DE LA CALIDAD  DE LA ATENCIÓN A LA SALUD	DIMENSIÓN TÉCNICA	1	2	5
	DIMENSIÓN INTERPERSONAL	3	4	6

**Fig. 3.3. Matriz de relación entre las dimensiones de la calidad y los enfoques de evaluación.**

La figura 3.3. sirve como una guía para clasificar de manera exhaustiva las características de la atención proporcionada y de los resultados que se espera obtener. Para aprovecharla mejor, se propone una serie de preguntas para orientar al lector sobre los elementos que debe incluir en cada celda, así como algunas respuestas posibles.

#### **Celda 1.**

¿Cuáles son las características y especificaciones de calidad de la atención que corresponden simultáneamente a la dimensión técnica y a la estructura?

*Respuestas posibles:*

- Disponibilidad de equipo e instrumental completo y en buen estado.
- Personal certificado para realizar determinados procedimientos.
- Material de curación esterilizado y suficiente.

#### **Celda 2.**

¿Cuáles son las características y especificaciones de calidad de la atención que corresponden simultáneamente a la dimensión técnica y al proceso?

*Respuestas posibles:*

- Oportunidad en la atención.
- Apego a las normas establecidas.
- Duración en la realización de los procedimientos.

**Celda 3.**

¿Cuáles son las características y especificaciones de calidad de la atención que corresponden simultáneamente a la dimensión interpersonal y a la estructura?

*Respuestas posibles:*

Disponibilidad de instalaciones limpias, cómodas, ventiladas y bien iluminadas.

Las instalaciones permiten el respeto a la intimidad de los pacientes.

Los trámites que deben realizar los pacientes o sus acompañantes son sencillos y se efectúan en una sola ventanilla.

**Celda 4.**

¿Cuáles son las características y especificaciones de calidad de la atención que corresponden simultáneamente a la dimensión interpersonal y al proceso?

*Respuestas posibles:*

El trato del personal es respetuoso y considera a los pacientes de manera íntegra.

En la unidad se cuenta con un sistema para ofrecer detalles orientados a hacer más placentera la permanencia de los pacientes.

**Celda 5.**

¿Cuáles son los **resultados**, en términos de calidad de la atención, que corresponden a la dimensión técnica?

*Respuestas posibles:*

Se espera una tasa de complicaciones de 0%.

El tiempo de recuperación del procedimiento no debe ser superior a determinado número de horas.

Los pacientes no deben presentar problemas relacionados con el procedimiento después de su egreso.

**Celda 6.**

¿Cuáles son los **resultados**, en términos de calidad de la atención, que corresponden a la dimensión interpersonal?

*Respuestas posibles:*

Los pacientes deben sentirse satisfechos con el trato recibido por todo el personal.

Por lo menos el 30% de los pacientes de primera vez son recomendados por pacientes atendidos previamente.

Las definiciones revisadas en este capítulo, más las que se revisarán en el próximo, constituyen un marco de referencia elemental para los profesionales de la salud que deseen brindar una mejor atención.

## 4. Garantía de calidad y estrategias de garantía de calidad

En este capítulo se revisa el concepto de garantía de calidad, se ubica la calidad total-mejora continua como una de las estrategias de garantía de calidad y se explica el significado preciso de la expresión calidad total. Además se subraya el papel esencial que ocupa la medición en cualquiera de las estrategias de garantía de calidad y, en especial, en la de calidad total-mejora continua.

### 4.1 GARANTÍA DE CALIDAD

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, garantía significa “acción y efecto de afianzar lo estipulado”, o bien, “cosa que asegura o protege contra algún riesgo o necesidad”. En otros diccionarios garantía además significa “responder de la calidad de algo”. La pertinencia de este concepto resulta evidente si se contrasta cada acepción con el ejercicio de la atención médica y con la definición de calidad de la atención ofrecida anteriormente.

Por ejemplo, no se puede ejercer el “Derecho a la Protección de la Salud”, plasmado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos desde 1984, si la atención médica no se otorga con un nivel de calidad adecuado. De este modo, tampoco se podría negar que las expectativas de protección a la salud constituyen la estipulación de lo que se espera de las acciones del médico. Si bien es cierto que dicha estipulación no está “afianzada”, en el Código Penal se especifican los castigos para los prestadores de servicios de salud que provocan daños por comisión u omisión.

Por otra parte, debe ser claro para todos que el ejercicio de la atención médica pretende proteger contra cualquier riesgo o necesidad relacionada con la salud de las personas que la reciben. Así, el médico debe garantizar un nivel aceptable de calidad en el servicio que otorga.

Por último, si cualquier profesional responde por la calidad de su trabajo, los profesionales de la salud no tienen por qué ser la excepción.

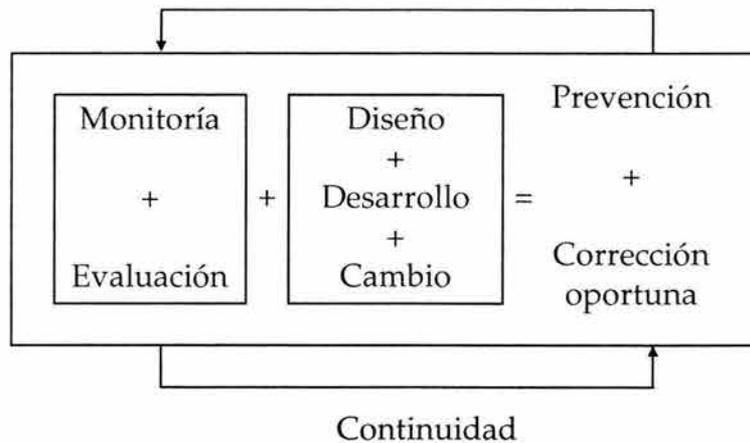
### 4.2 ESTRATEGIAS DE GARANTÍA DE CALIDAD

Como se convino en la sección anterior, en el caso de la atención a la salud, garantía de calidad es un concepto amplio que comprende la intención de ofrecer con seguridad servicios cuyas características resulten en el logro de los mayores beneficios para el paciente, sometiéndolo a los menores riesgos. Con este propósito las organizaciones de atención a la salud han llevado a cabo acciones que pueden ser agrupadas en diversas estrategias. Entre las más importantes están el aseguramiento de la calidad, la reingeniería, el *benchmarking* y la calidad total-mejora continua. A continuación se comentarán los aspectos más generales de cada una de ellas. Para una revisión más profunda se sugiere consultar los trabajos de Ruelas y Querol (1994) y Ruelas (1995).

- Aseguramiento:
  - Relación con la estandarización
  - Verificación periódica del cumplimiento de estándares
  - Acreditación como uno de los fines del aseguramiento
  - Carácter “espasmódico” de la acreditación

- **Calidad total / mejoramiento continuo**  
Esfuerzo cíclico y continuo basado en el uso de herramientas estadísticas  
Esfuerzos de control y mejora de la calidad en toda la organización y durante todo el proceso de producción del bien o servicio  
Mejoramiento entendido como el logro sostenido de niveles de calidad sin precedentes
- **Reingeniería**  
Análisis de procesos encaminado a modificarlos de manera radical
- **Benchmarking**  
Sistema de evaluación comparativa de referencia  
Identifica las prácticas que, en un conjunto de competidores, conducen a uno de ellos a destacar por sobre los demás

Ruelas (1992) desarrolló un modelo de gestión orientado a la garantía de la calidad que incluye cinco elementos fundamentales: la evaluación, la monitoría, el diseño, el desarrollo y el cambio organizacionales (ver figura 4.1).



**Fig. 4.1** Modelo de Gestión de la Calidad propuesto por Ruelas (1992).

Los elementos de este modelo se refieren a lo siguiente:

- **Monitoría**  
Medición sistematizada del comportamiento de una o más variables durante períodos establecidos y con frecuencias determinadas
- **Evaluación**  
Determinación del grado en que una variable que ha sido medida corresponde o se aleja de los estándares establecidos

- **Diseño organizacional**  
Es la combinación de elementos de la estructura organizacional que tiende a asegurar el desempeño adecuado de la organización  
Comprende los siguientes aspectos:
  - Asignación y distribución de autoridad
  - Definición de responsabilidades
  - Mecanismos de comunicación y coordinación
  - Grados de formalización y estandarización de los procesos
  - Mecanismos de control
  - Tipos de incentivos
  
- **Desarrollo organizacional**  
Consiste en el establecimiento de estrategias educativas que permitan a los individuos que trabajan en una organización hacer conciencia de lo siguiente:
  - De sus propios objetivos
  - De los objetivos de la organización
  - De la importancia del trabajo propio y de los demás para el logro de dichos objetivos
  - De formas para mejorar el desempeño propio y el de los demás
  - Del desarrollo del liderazgo en la organización
  
- **Cambio organizacional**  
Paso deliberado de un estado, en cuanto a comportamientos, procedimientos, o ambos, a otro superior en términos de la obtención de logros organizacionales relacionados con la calidad, la productividad y la eficiencia

Según el mismo autor la estrategia institucional dependerá del énfasis que se haga en los elementos del modelo de gestión de la calidad. La relación entre éstos y las estrategias de garantía de calidad se muestra en la figura 3.2.

<b>ÉNFASIS EN:</b>	<b>ESTRATEGIA</b>
Evaluación y monitoría	Aseguramiento
Desarrollo y cambio organizacional junto con la monitoría	Calidad total / mejoramiento continuo
Diseño y cambio organizacional	Reingeniería
Monitoría, con un sistema de comparación entre las mediciones	<i>Benchmarking</i>

**Fig. 4.2.** Relación entre los elementos de la gestión de la calidad y las estrategias de garantía de calidad.

### 4.3 CORRIENTES RELACIONADAS CON EL CONCEPTO DE CALIDAD EN LA ESTRUCTURA DE UNA COMPAÑÍA

Dado que el objetivo de los directivos en las organizaciones es mantener un control efectivo de las operaciones y actividades que afectan a la calidad, ellos deben estar enterados e informados sobre el desempeño real del sistema, tanto en los niveles de productividad donde se puede observar cómo hacer más con la misma cantidad de recursos, lo mismo con menos recursos ó más con menos recursos, los niveles de calidad alcanzados, los problemas operativos y funcionales que se presentan y si el sistema de calidad se está usando efectivamente. Por lo anterior, la siguiente figura muestra la ubicación de corrientes relacionadas con el concepto de Calidad en la estructura de una compañía (Osorio, 2000):

	ESTRUCTURA	CONCEPTO	PROCESOS	OBJETIVOS	RESULTADOS
<b>CALIDAD TOTAL</b>	Plan maestro rector (Plan de negocios)	Gestión de calidad	1.- Planeación de la calidad	Precisar los clientes externos e internos	Planear la calidad
	Programa de calidad. Planes de calidad	Aseguramiento de calidad	2.- Documentación de la calidad: * Manual de calidad * Procedimientos * Instrucciones * Registros	Determinar las necesidades y elaborar los productos y servicios que la satisfagan	Contar con un registro de operaciones en todas las áreas
	Manual de especificaciones	Control de calidad		Monitorear, medir, comparar y ajustar productos y servicios de acuerdo a lo planificado	Identificar las imperfecciones de la calidad
	Análisis de cifras y mejoramiento de éstas	Mejoramiento de la calidad		Eliminación de errores y prevención	Corregir las imperfecciones de la calidad

#### LA CALIDAD ASEGURADA DEBE INCLUIRSE EN PLANES ESTRATEGICOS DE LA ORGANIZACION

Dentro de las diversas corrientes de calidad la encargada de documentar los lineamientos bajo los cuales se han de desenvolver las diversas áreas de la compañía es el llamado aseguramiento de la calidad.

La ubicación de las diversas corrientes que giran en torno a la calidad pueden considerarse con las siguientes ecuaciones:

Ideal que se persigue =  $\sum$  actividades de la Calidad Total;

Calidad Total =  $\sum$  actividades de la Gestión de la Calidad;

Gestión de la Calidad =  $\sum$  actividades del Aseguramiento de Calidad;

Aseguramiento de Calidad =  $\sum$  actividades del Control de Calidad + Control estadístico de procesos + Análisis de costos de calidad;

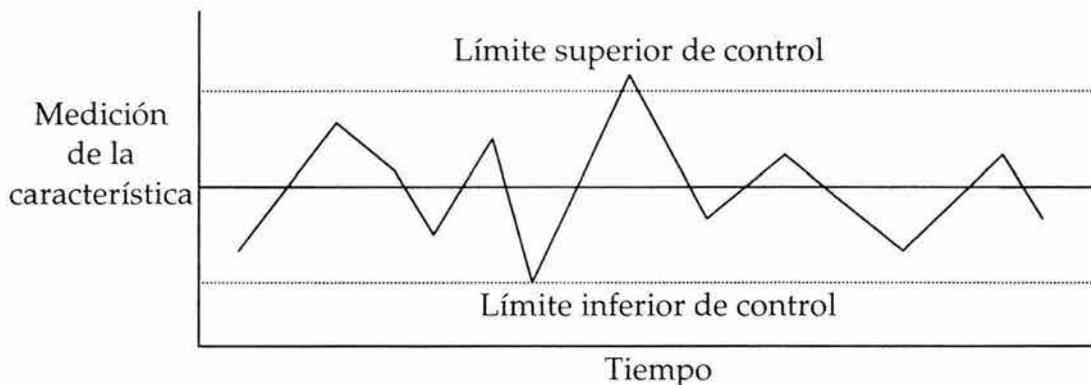
Control de Calidad =  $\sum$  actividades de Inspección + Auditoría de calidad + cero defectos.

## 5. Calidad total / mejoramiento continuo

Antes de analizar el significado de la expresión “calidad total” y los componentes básicos de esta estrategia de garantía de calidad, revisaremos en qué consiste el mejoramiento continuo.

### 5.1 MEJORAMIENTO CONTINUO

El mejoramiento continuo se refiere a la calidad. A ésta se le ha definido como el conjunto de características y atributos de los bienes o servicios que permiten determinar si cumplen o no una serie de requisitos de producción y si satisfacen a los usuarios. Por lo tanto, el mejoramiento continuo de la calidad es el resultado de la aplicación de un conjunto de acciones sistemáticas encaminadas a identificar los problemas que impiden tanto el cumplimiento de requisitos y especificaciones como el logro de la satisfacción de los clientes. El primero en concebir la idea de que la calidad debía ser mejorada de manera continua fue el Dr. W. A. Shewhart (Ishikawa, 1986), quien en la década de 1930 propuso la utilización de técnicas estadísticas para el control de la calidad. Para ello diseñó el gráfico de control, herramienta que permite identificar el momento en que la variación estadística rebasa los límites de aceptación de determinadas características del producto durante su fabricación. En la figura 5.1 se muestran los elementos que integran un gráfico de control.



**Fig. 5.1.** Elementos de los gráficos de control.

Otro componente fundamental de la propuesta original del mejoramiento continuo de la calidad es el ciclo integrado por las etapas diseño-producción-ventas-investigación (ver figura 5.2) aportado por Shewhart y revisado por Deming (Deming, 1989; Imai, 1989; Ishikawa, 1986; Walton, 1988). La aportación más relevante de este ciclo es la inclusión de la etapa de investigación, que se refiere al conocimiento del efecto que tiene el producto en el usuario, en cuanto a sus motivos de satisfacción y, sobre todo, de insatisfacción. El conocimiento del punto de vista de los clientes y el rediseño del producto en función de ese punto de vista permiten prever que el producto resultante gozará de mayor aceptación que su predecesor o que los productos de la competencia.

Con el tiempo se fueron diseñando o adaptando otras técnicas también con el propósito de identificar, analizar, solucionar y prevenir problemas que afecten la calidad. A estas técnicas se les conoce como las "herramientas para la calidad". Entre las más utilizadas están: el diagrama causa efecto (también conocido como diagrama de Ishikawa o diagrama de pescado), la hoja de datos (o planillas de inspección), los gráficos de control y de dispersión, los diagramas de Pareto (que son

representaciones gráficas de problemas o causas jerarquizados según su magnitud), los histogramas y los diagramas de flujo de los procesos. Más adelante tendré la oportunidad de ejemplificar la aplicación de algunas de ellas en el campo de la salud comunitaria y la planificación familiar. Lo que vale la pena destacar en

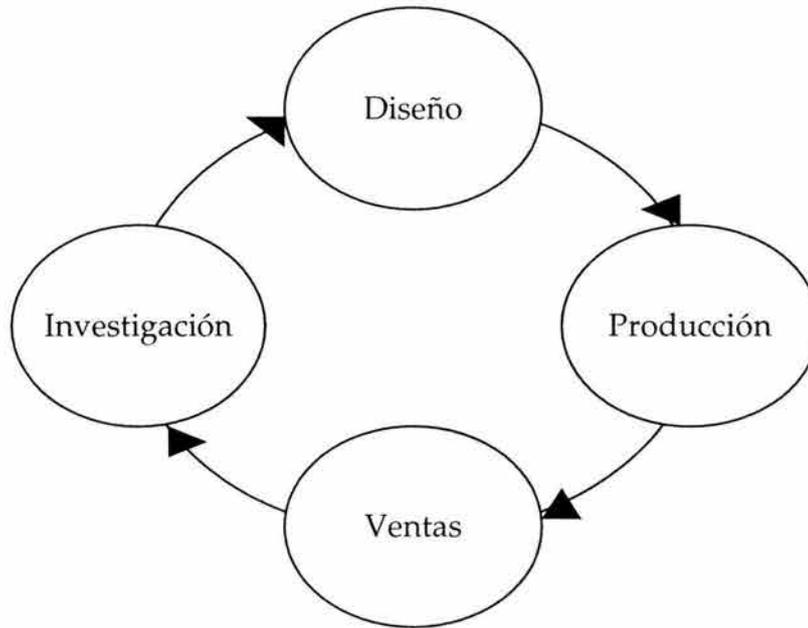


Fig. 5.2. El ciclo de Shewhart-Deming.

este punto, es la necesidad e importancia del uso de instrumentos y técnicas para medir la calidad, sin las cuales sería imposible saber si efectivamente ha habido alguna variación (en sentido positivo o negativo) después de haber realizado algún cambio en los procesos o en los productos (Deming, 1989; Ishikawa, 1986).

## 5.2 CALIDAD TOTAL

Las palabras “calidad total” originan una serie de ideas que hacen pensar en la calidad absoluta, es decir, en la excelencia, en la verdadera ausencia de defectos (Crosby, 1989) o en la completa, permanente e incuestionable satisfacción de los clientes. Nada más alejado de la realidad, y uno de los primeros en hacerlo notar fue Ishikawa (1986), quien afirma que los directivos que creen haber logrado un **control** de calidad absoluto no han tomado en cuenta que las necesidades y expectativas de los clientes cambian (cada vez más rápido), por lo que siempre es necesario buscar oportunidades para mejorar los productos o servicios que ofrece una organización. De modo que es necesario aclarar de dónde proviene y cuál es el verdadero significado de la expresión “calidad total”.

Calidad total es la traducción de las palabras en inglés *total quality*, las cuales, a su vez, son el resultado de la mutilación del concepto íntegro *total quality control*, que significa **control** total de calidad.

Como se observa, al eliminar la palabra “control” se pierde gran parte del sentido de la frase, pues no es lo mismo decir “calidad total” que “control total de calidad”. El primero en hablar de “control total de calidad” fue Feigenbaum, quien ofrece la siguiente definición:

“...Un sistema eficaz para integrar los esfuerzos en materia de desarrollo de calidad, mantenimiento de calidad y mejoramiento de calidad realizados por los diversos grupos en una organización, de modo que sea posible producir bienes y servicios a los niveles más económicos y que sean compatibles con la plena satisfacción de los clientes.” (Feigenbaum, citado por Ishikawa, 1986, pág. 84)

Con el fin de hacer más explícita la idea de que la palabra “total” se refiere a la participación de todos los miembros de la organización en los esfuerzos por controlar y mejorar la calidad, Ishikawa (1986) propuso la expresión “control de calidad en toda la compañía”.

Pero calidad total también se refiere al esfuerzo por controlar y mejorar la calidad de los bienes y servicios durante todas las etapas del proceso para producirlos. En este sentido, los proveedores y los clientes desempeñan papeles de gran importancia. La participación de los proveedores consistirá en conocer las necesidades de la organización, en cuanto a requisitos y especificaciones de los insumos que le ofrecen, así como en el firme compromiso de satisfacerlas. Por su parte, los clientes participan proporcionando información sobre su grado de satisfacción con los productos, con sus quejas y con sugerencias para mejorarlos (Albrecht, 1988; Deming, 1989; Ishikawa, 1986; Juran, 1988).

De modo que calidad total no significa calidad absoluta o excelencia, sino la participación de todos los miembros de la organización en la búsqueda de aquéllas (Albrecht, 1988; Peters y Waterman, 1984), así como el esfuerzo sistemático por controlar y asegurar un nivel determinado de calidad en todas las fases del proceso de producción de los bienes o servicios.

El control total de calidad se logra a través del mejoramiento continuo, el cual, como ya lo vimos, es el resultado de la aplicación de técnicas de medición y análisis que persigan identificar y solucionar problemas que afectan la calidad así como controlar y estandarizar los principales procesos de producción de una empresa. Conviene recordar aquí una frase que resume tanto la importancia del uso de las mediciones como el método para lograr el mejoramiento de la calidad: **“No se puede mejorar lo que no se controla; no se puede controlar lo que no se mide; no se puede medir lo que no se define.”**

En calidad total es muy importante el control de los costos no por medio de la adquisición de las materias primas más baratas, sino a través de la reducción de los desperdicios y los trabajos repetidos por errores en la realización de los procesos correspondientes (Deming, 1989). Ofrecer productos competitivos implica ofrecer productos o servicios sin defectos y a precios accesibles.

Por supuesto, la prevención ocupa un lugar privilegiado y desplaza a la tradicional inspección de los productos terminados.

Otra falacia a que ha llevado la identificación de la calidad total con la calidad absoluta es que sólo las grandes empresas pueden aspirar a aplicar un sistema tal en su administración, lo cual es desmentido por los propios expertos cuando aportan ejemplos de empresas pequeñas, incluso familiares, que se esfuerzan en lograr la satisfacción de sus clientes (Albrecht, 1988; Peters y Waterman, 1984).

Como vemos, el concepto de calidad total se ha visto enriquecido con aportaciones de diferentes autores de diversas culturas. A grandes rasgos, podríamos resumir que **calidad total es un sistema de administración que persigue el mejoramiento continuo de la calidad de los bienes o servicios que produce una organización, en función de las necesidades y expectativas de los clientes externos e internos, a través de la participación de todos sus miembros y con el liderazgo decidido de los directivos.**

Destaca que todos los autores que han abordado el tema de la administración por calidad hagan referencia a por lo menos tres aspectos básicos (Treviño, Valle, Fierro y De la Loza, 1994):

1. Lo más importante es lograr la **satisfacción de los clientes** externos e internos.
2. Es esencial la participación de todos los miembros de la organización. En este sentido es determinante el **liderazgo** que debe ejercer el cuerpo directivo de la misma así como el impulso al **trabajo en equipo**.
3. Es necesario utilizar técnicas y herramientas para identificar, analizar y solucionar problemas y promover el **mejoramiento continuo** de la calidad de los productos y procesos realizados por los diversos departamentos y equipos de trabajo dentro de la organización.

En la fig. 5.3 se muestra gráficamente la relación que existe entre los tres aspectos básicos de la calidad total. Lo primero que resalta es que los tres están representados como los lados de un triángulo equilátero, lo que significa que deben tener la misma importancia. Por otra parte, al igual que el triángulo se desbarataría si se eliminara alguno de sus lados, la calidad total sería imposible si faltara cualquiera de los tres elementos. Por ejemplo, si los directivos de una organización pregonan la calidad como el máximo valor institucional, promueven el trabajo en equipo e insisten en el uso de técnicas estadísticas, pero éstas se



**Fig. 5.3.** Los tres elementos de la calidad total.

utilizan únicamente para “resolver” aspectos que no afectan la calidad del producto que reciben los clientes externos, es decir, que a éstos no se les toma en cuenta para establecer la prioridad de los problemas o proyectos de mejoramiento, la calidad total no existe.

Por otro lado, si se insiste en que lo más importante es lograr la satisfacción de los clientes externos e internos y se reconoce que sólo a través del trabajo en equipo será posible conseguirlo, mas no se dota a los integrantes de éstos con los instrumentos y técnicas para identificar, analizar, solucionar y prevenir problemas, jamás se podrá determinar si efectivamente la calidad ha mejorado o todo ha quedado sólo en buenas intenciones.

Por último, si los directivos sólo se involucran superficialmente en las actividades para desarrollar el nuevo sistema de administración y no desempeñan su papel de líderes en este proceso, los equipos de trabajo que se lleguen a formar no sentirán un respaldo firme ni encontrarán sentido a dedicar su tiempo y esfuerzo a mejorar la calidad y buscar la satisfacción de los clientes externos e internos.

En los siguientes capítulos se revisan con mayor detalle los elementos del triángulo de la calidad.

## 6. Papeles de los directivos y trabajo en equipo

### 6.1 LIDERAZGO

A partir de Deming (1989) muchos autores han insistido en la necesidad de que los directivos de las organizaciones ejerzan un liderazgo firme para que el desarrollo de un sistema de administración basado en el control total de la calidad tenga éxito. Tanto Casares (1994) como Munné (1986), sobre todo este último, definen al liderazgo como la capacidad que posee una persona para influir en los demás miembros de un grupo más de lo que éstos influyen en ella. Como se verá después, esta posibilidad de influencia recíproca es fundamental para comprender la aplicación del concepto de liderazgo en el control total de calidad.

Desde Lewin (ver Hansen, Warner y Smith, 1981, págs. 287-289), en psicología social se han distinguido tres estilos de liderazgo que se basan sobre todo en el proceso mediante el cual se toman las decisiones en un grupo determinado (Abric, en Moscovici, 1985; Munné, 1986; White y Lippit, en Cartwright y Zander, 1971). Estos estilos son:

- 1. Autoritario.** Las decisiones son tomadas por la persona que tiene el poder o la autoridad ante el grupo sin haber consultado a sus miembros. Dichas decisiones no son justificadas ni explicitadas. Los criterios de evaluación del líder no son conocidos. El líder permanece separado de la vida del grupo e interviene sólo para orientar el trabajo o hacer demostraciones en caso de que surjan dificultades.
- 2. Democrático.** El líder toma las decisiones una vez consideradas todas las opiniones de los demás miembros. Las decisiones están articuladas en la progresión de un plan de trabajo, previamente acordado con el grupo. Los criterios y juicios del líder son explícitos y explicados. Cuando surge un problema el líder propone varias alternativas de solución entre las que el grupo opta. Sin participar demasiado en las actividades, el líder se esfuerza por integrarse a la vida del grupo.
- 3. Liberal (*laissez faire* o “dejar hacer”).** El líder decide sólo cuando el grupo le pide que decida, de modo que el grupo goza de completa libertad. El líder no juzga ni evalúa y su presencia es, ante todo, amistosa.

De la Cerda (1990) recuerda las dos teorías fundamentales del estilo de liderazgo en la administración propuestas por Douglas McGregor, basadas en el interés por la producción (conocida como Teoría X) o en el interés por la tarea (conocida como Teoría Y). Es de interés la revisión del trabajo de Fayerweather que presenta De la Cerda respecto al tipo de relaciones que establecen los gerentes con sus superiores, sus iguales y sus subordinados según el propio estilo de liderazgo. Mientras que el dirigente individualista (correspondiente a la Teoría X) se somete ante sus superiores, compite con sus iguales y es autoritario con sus subordinados, el dirigente participativo (correspondiente a la Teoría Y) apoya y guía a sus subordinados, coopera con sus iguales y respeta a sus superiores con quienes entabla relaciones de cooperación (ver figura 6.1).

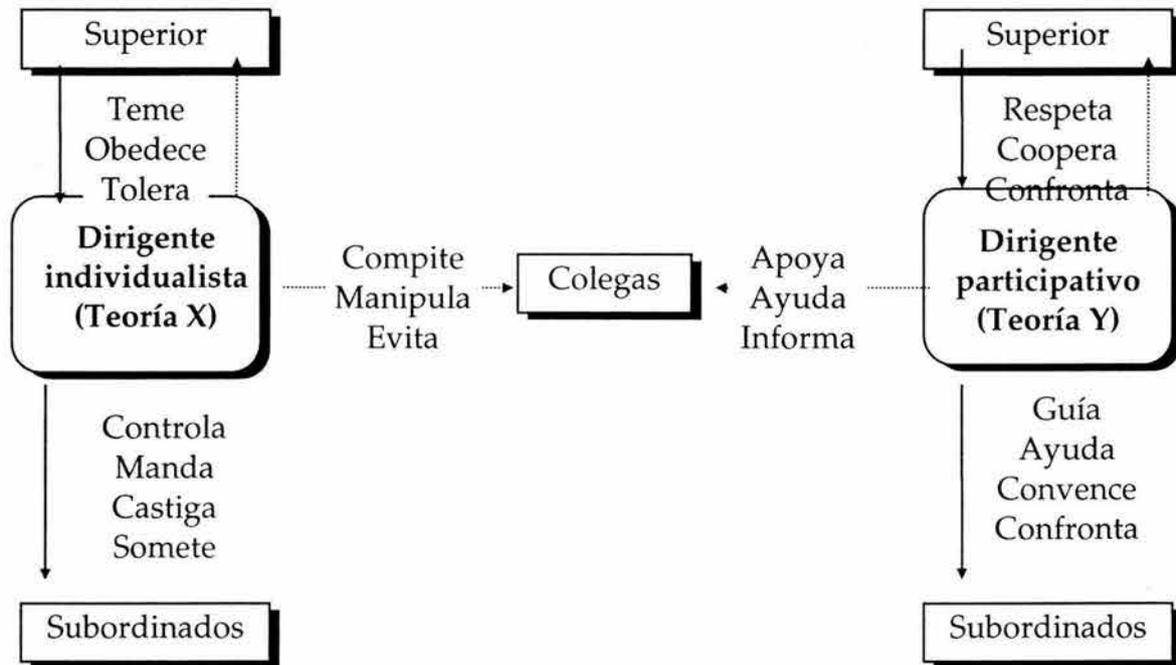


Fig. 6.1 Relaciones de los gerentes según su estilo de liderazgo  
(De la Cerda, 1990).

Por las características que atribuyen a los líderes los diversos autores que han abordado el tema de liderazgo en relación con la aplicación del control total de calidad, es posible afirmar que éstos lo identifican con el estilo democrático. Veamos algunos ejemplos.

Deming (1989) afirma: “El líder, en vez de ser un juez, será un compañero, que aconseje y dirija a su gente día a día, aprendiendo de ellos y con ellos.” (pág. 90).

Casares (1994) por su parte menciona:

“... La misión básica de todo líder (...) es dirigir a un grupo humano hacia las metas deseadas y propuestas... Todo dirigente debe moverse entre estas dos variables para lograr su cometido: 1) saber motivar, promover, orientar, negociar y relacionarse con las personas; y ser capaz al mismo tiempo de 2) definir, proponer, y hacer lograr las tareas y objetivos.” (pág. 13)

Acle (1991) afirma lo siguiente:

“El éxito de cualquier empresa, y de hecho de toda organización —política, cultural, deportiva, etcétera—, requiere de un liderazgo efectivo a todos los niveles. Cada nivel de mando, desde el director hacia abajo, necesita conocer que no basta la autoridad jerárquica para dirigir; por el contrario, se hace preciso legitimarla a través de una sólida autoridad moral. Y ésta no se confiere con el cargo, sino que debe ganarse a diario, con detalles de conducta personal y, desde luego, mediante decisiones que resulten exitosas y reconfirmen al líder frente a su grupo, haciéndolos sentir (a los demás miembros del grupo) que se avanza en el sentido correcto.” (pág. 56)

Ginebra y Arana (1991) comentan:

“‘Liderazgo’ quiere decir que en lugar de ‘empujar’, ‘arrastremos’, que la gente nos siga. Se trata de no tener que hacer uso de la investidura que posee el propio cargo, como capacidad para premiar o castigar, o definir, o dar órdenes, o medir. El liderazgo no es un modo distinto de dirigir. Se puede ser líder y mal directivo y se puede ser un buen Director General sin liderazgo; aunque esto último es difícil cuando se trata de conseguir cambios rupturales; por eso resulta poco probable que en una empresa se genere un cambio importante a *Servicio/Calidad* si el cuerpo directivo carece de este ingrediente, de este fuego interior que hace que la gente se entregue al jefe más allá del estricto cumplimiento de un deber.” (pág. 76)

Velasco (en Jiménez, 1991) no duda en advertir:

“Un liderazgo sólido y la firme convicción de alcanzar la mejora continua y la satisfacción de necesidades con empatía, con una visión sistémica, y con empeño para vencer las adversidades, puede contribuir sustancialmente a poner en práctica exitosamente teorías de cambio organizacional que nos lleven a un mejor futuro.” (pág. 13)

Sin embargo, Blanchard, Zigarmi y Zigarmi (1986), Hersey y Blanchard (1988), y Tannenbaum y Schmidt (en Astorga, 1991) reconocen que el estilo de liderazgo debe adecuarse, por un lado, a las características de los subordinados, y por otro, a la naturaleza del trabajo o del problema que aborde el grupo. Esta forma de dirigir, conocida como liderazgo situacional, requiere de flexibilidad, amplitud de criterio y gran capacidad de análisis por parte de quien se decida aplicarla.

De la Cerda (1990) va más allá al referirse a la importancia y necesidad de adaptar el estilo administrativo, en particular de liderazgo, a las características y valores predominantes en la cultura de la región dentro de la cual se encuentre la organización. Al respecto pone como ejemplo el éxito logrado por los japoneses al adaptar las técnicas de administración norteamericanas a su propia cultura, lo cual es comentado también por Serralde (1994).

Tanto De la Cerda (1990) como Schein (1972), en especial este último, hablan de lo determinante que resulta la opinión sobre los demás para asumir determinado estilo de liderazgo. Schein identifica cuatro modelos sobre la imagen de los líderes acerca de los demás: **el hombre racional-económico** (orientado por valores utilitarios); **el hombre social** (cuya conducta está determinada por la necesidad de pertenencia a un grupo); **el hombre que se autorrealiza** (quien busca un desarrollo permanente a través de sus actividades) y, por último, **el hombre complejo** (el cual puede mostrar diferentes intereses y niveles de motivación).

Independientemente del estilo predominante de liderazgo que practique una persona, o de si ejerce o no el liderazgo situacional, French y Raven (en Cartwright y Zander, 1971) identificaron cinco clases de relación entre individuos que determinan la fuente del poder que posee el líder. En primer término se refieren al **poder de recompensa** cuya base es la capacidad del líder para otorgar recompensas a los miembros del grupo. Enseguida hablan del **poder coercitivo**, basado en la facultad del líder para sancionar y castigar. El **poder legítimo** se fundamenta en cambio en ciertos valores

interiorizados por las personas quienes, al atribuirlos al líder, deciden aceptar la influencia que éste pueda ejercer. Similar al anterior, el **poder referente** está basado en la identificación que pueda surgir entre los miembros del grupo por su líder, sólo que en este caso, más que de valores, se parte de la atracción que se siente por aquél. Finalmente, el **poder de experto** tiene su origen en el grado de conocimiento que los miembros del grupo atribuyen al líder en un área determinada.

Chapman (1993) ofrece una visión más simple sobre las fuentes de poder, las cuales resume de la siguiente manera:

- 1. Poder de la personalidad.** Aquí se consideran cualidades del individuo como tener una visión clara de lo que se quiere lograr, saber comunicar los objetivos con claridad, tenacidad, disciplina, capacidad para analizar problemas, capacidad para tomar decisiones, predicar con el ejemplo, seguridad personal y saber delegar entre otras (para una lista más detallada ver Casares, 1994, pág. 161, donde se exponen 30 capacidades de liderazgo).
- 2. Poder del cargo.** Está dado por el puesto ocupado en la estructura jerárquica de la organización.
- 3. Poder del conocimiento.** Que consiste en la comprensión de las habilidades y técnicas necesarias para desempeñarse con eficacia en un puesto determinado.

En la figura 6.2 aparece la proporción ideal de dichas fuentes según Chapman (1933) en el poder global del líder ya sea su estilo democrático o bien aplique el liderazgo situacional.



**Fig. 6.2** Proporción ideal de las fuentes de poder del liderazgo según Chapman (1993, pág. 17).

Vale la pena insistir que, en sus obras, los autores revisados coinciden en asegurar que, si los máximos directivos de una organización que pretenda aplicar el control total de calidad no están comprometidos ni involucrados, y en consecuencia no ejercen un liderazgo firme y decidido, sea democrático o situacional, todo puede quedar, en el mejor de los casos, en un buen intento, y en el peor, en una serie de problemas que puede hacer que los directivos sean cada vez más resistentes a la idea de que sus organizaciones deben cambiar para poder sobrevivir.

Respecto a las características que distinguen a los directivos mexicanos, Andrade (1994) afirma que en una buena cantidad de las organizaciones nacionales muy a menudo se observa lo siguiente:

“...Posiciones más ‘duras’, intransigentes e inflexibles, se establecen sistemas de control más fuertes, se coarta la iniciativa individual y grupal y se vuelve a la autocracia, se

emprenden programas de reducción de costos (incluyendo recortes de personal) muchas veces irracionales y, en fin, se cae en la ‘administración por pánico’.” (pág. 4)

Hofstede, citado por Serralde (1994), asegura que la cultura mexicana determina un estilo de liderazgo autocrático y paternalista en las organizaciones mexicanas. Kras (1990) y De la Cerda (1990) ofrecen una conclusión similar, sin embargo, este último reconoce la presencia de una nueva tendencia hacia un estilo más democrático en la toma de decisiones y más equilibrado en cuanto a su orientación hacia la productividad y el desarrollo personal.

## 6.2 TRABAJO EN EQUIPO

Así como hay consenso entre los expertos respecto al papel del líder en la aplicación del control total de calidad, también lo hay en cuanto a la importancia de promover el crecimiento personal de los miembros de la organización a través de fomentar su participación en equipos de trabajo. De hecho, ambos aspectos son complementarios, de modo que no se podría hablar de trabajo en equipo eficaz sin liderazgo, sea de tipo democrático o de tipo situacional, y viceversa.

A continuación reproduzco las opiniones de algunos expertos sobre la necesidad de impulsar el trabajo en equipo:

“Será difícil incrementar el nivel de productividad y competencia de las empresas si no se incorpora al trabajador, en todos los niveles, a desempeñar un papel de mayor protagonismo en el quehacer de la institución para la cual labora. Dicho protagonismo deberá ser en dos sentidos: una mayor participación en el proceso de toma de decisiones, tanto en el nivel del área de trabajo (funcional), como en el nivel estratégico (institucional) por un lado, y una distribución más justa de la riqueza generada, por otro lado.” (Gavito, en Jiménez, 1991, pág. 21)

“El trabajo en equipo es muy necesario en toda la compañía. El trabajo en equipo hace que una persona compense con su fuerza la debilidad de otra, y que todo el mundo aguce su ingenio para resolver las cuestiones.” (Deming, 1989, pág. 50).

“El trabajo en equipo es un proceso colectivo. No lo puede realizar una sola persona. Cuando varios individuos se reúnen para formar un grupo, cada cual aporta sus conocimientos personales, sus habilidades, sus ideales y sus motivaciones.” (Blake, Mouton y Allen, 1989, pág. 5)

Conviene en este punto aclarar que por equipo de trabajo se entiende un grupo de personas que se reúnen periódicamente para coordinar sus acciones con el propósito de alcanzar uno o varios objetivos. Los equipos de trabajo orientados al mejoramiento de la calidad, además de organizarse para el trabajo, se dedican a vigilar el desarrollo de las actividades con base en los resultados obtenidos así como a identificar, analizar, solucionar y prevenir problemas que afecten la calidad de los productos (bienes o servicios) que entregan a sus clientes externos o internos.

Patiño (1993) propone una serie de características útiles para identificar los equipos de trabajo en mejora continua de la calidad, entendiéndolos como un conjunto de individuos que tienen:

1. Un objetivo, propósito o misión por escrito.
2. Una interacción basada en reglas previamente acordadas.

3. Responsabilidad compartida.
4. Un proceso sistemático de análisis de problemas y áreas de innovación.
5. Logros mayores a los que obtienen individualmente sus miembros debidos a la capacitación recibida con anterioridad.

El mismo autor hace una aclaración de gran importancia: en un inicio el control total de calidad era efectuado principalmente por los círculos de calidad, los cuales eran grupos de personas, por lo general del nivel operativo, que pertenían a la misma área y participaban voluntariamente, cuyo líder estaba definido por la estructura de la organización y que se reunían fuera de sus horas de trabajo para solucionar problemas (Patiño, 1993). Sin embargo, con el tiempo surgieron propuestas, derivadas de necesidades concretas de la organización, para integrar diferentes tipos de equipos de trabajo que ya no se ajustaron a las características mencionadas. Patiño además advierte del gran error que representa pretender desarrollar los círculos de calidad tal como se concibieron al principio.

Según el autor mencionado, los tipos de equipos que se pueden formar dentro de organizaciones que aplican el control total de calidad son cuatro: los grupos naturales de trabajo, los equipos interfuncionales, los equipos cliente proveedor externo y los clubes tecnológicos.

Un **grupo natural de trabajo** es un conjunto de personas que pertenecen a una misma área o departamento (en una organización de salud, Consulta Externa, Cuidados Intensivos, Urgencias) en los que el responsable de dicha área funge como líder. Los círculos de calidad tradicionales corresponderían a esta clasificación.

Los **equipos interfuncionales o interdepartamentales** en cambio pueden estar integrados por personal de diferentes áreas (servicios, departamentos) y niveles (directivos, jefes, operativos). Dentro de este tipo de equipos, Patiño distingue al equipo directivo de calidad de los equipos que se llegan a formar a partir de que algún directivo identifica un problema que no puede ser abordado únicamente por un grupo natural de trabajo o algún proceso que deba ser modificado, pues requiere de la participación múltiple para encontrar y aplicar la solución o los cambios. A este tipo de equipos se les llama equipos de tarea o equipos de proceso. Mientras que el equipo directivo es permanente, los equipos de tarea o de proceso desaparecen cuando el problema ha sido resuelto o el proceso mejorado. En instituciones de salud, un problema que puede ser motivo de intervención de un equipo de tarea o de proceso es el retraso e incumplimiento en el abastecimiento de materiales, suministros y equipo.

El tercer tipo de equipo, **cliente proveedor externo**, se forma con representantes de las organizaciones que proveen los insumos, así como de quienes reciben los productos o servicios, con el fin de llevar a cabo auditorías a los procesos y resultados o bien para controlar el propio proceso de mejoramiento. En relación con organizaciones de atención a la salud, un equipo de este tipo podría estar constituido por los representantes de algún laboratorio y de una agrupación de la comunidad con el objeto de verificar si la prescripción de determinado medicamento es adecuada y si sus efectos terapéuticos corresponden a lo esperado.

Por último, los **clubes tecnológicos** se integran por personas que ocupan puestos equivalentes en diferentes centros de trabajo pertenecientes a la misma organización. Estas personas se reúnen con el propósito de intercambiar experiencias e información para propiciar el mejoramiento tanto personal como de la organización. Los directores de un grupo de clínicas, o los respectivos jefes de determinado servicio pueden constituir este tipo de equipos en lo que respecta a organizaciones de salud.

Tal como lo advierten Ginebra y Arana (1991) para las organizaciones que apliquen el control total de calidad, lo más conveniente es impulsar la formación de equipos de trabajo cuando la alta dirección ya ha comprendido la gran responsabilidad que esto representa, ha diseñado un plan general para implantar el nuevo sistema y está decidida a fomentar el liderazgo democrático como estilo

gerencial. Lo anterior se debe a que la implantación de un sistema de administración basado en la calidad implica una profunda transformación en la estructura de poder (de participación en la toma de decisiones) para lo que las gerencias alta y media deben estar preparadas (Ogliastri, 1988; Thompson, 1984).

El propio Ishikawa apunta al respecto:

“Una de las actividades básicas que motivan las actividades de los círculos de CC (control de calidad) es crear ‘un lugar de trabajo donde la humanidad sea respetada’.”

“La gerencia y los gerentes de nivel intermedio deben tener el valor necesario para delegar tanta autoridad como sea posible, pues esa es la manera de establecer el respeto por la humanidad como filosofía gerencial. Es un sistema de administración en que participan todos los empleados, de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba, y la humanidad es totalmente respetada.”

“Los suecos han observado la manera como (sic) nosotros administramos y le han dado el nombre de ‘democracia industrial’. Eso lo dice todo.” (Ishikawa, 1986, pág. 106)

La relación entre el estilo de liderazgo y la efectividad del grupo también es abordada por Abric (en Moscovici, 1985, pág. 242), quien a partir de una serie de experimentos muestra cómo el tipo de liderazgo adoptado en un grupo determina las interacciones sociales y tiene efectos importantes en la productividad. Dada la importancia que tienen para el tema en cuestión, a continuación se reproducen textualmente las conclusiones de este autor en espera de que el lector disculpe la extensión de la cita.

“Es así que en los grupos con un mando autoritario predominan comportamientos de apatía o agresividad. El clima socioafectivo de estos grupos es negativo, la cohesión débil, las tensiones internas fuertes, que favorecen la creación de sub-grupos. Al no poder liberar la agresividad contra el responsable, ésta es desviada hacia ciertos miembros del grupo o hacia el exterior, apareciendo así chivos expiatorios. Por lo que se refiere al trabajo, podemos constatar que en presencia del jefe, el rendimiento es bueno (incluso superior al de los grupos democráticos), pero presenta una fuerte tendencia a la uniformidad, reduciéndose al máximo las diferencias interindividuales. Además, en ausencia del jefe, este rendimiento se hunde y el grupo abandona a partir de ese momento toda responsabilidad o iniciativa.

“En los grupos con un mando democrático, por el contrario, el rendimiento es elevado y permanece estable, incluso si el líder abandona el grupo. Esta situación permite, por otra parte, una expresión muy amplia de las diferencias individuales, siendo así los productos de calidad, pero menos uniformes que en la situación autoritaria. La satisfacción de los miembros del grupo es elevada y el clima socio-afectivo positivo... La agresividad contra el jefe puede expresarse de forma directa y así no produce tensiones internas no resueltas que se inviertan fuera del grupo, como sucede en el caso anterior.

“Los grupos con un mando (liberal) son los que tienen el peor rendimiento, sin que la presencia o ausencia del jefe desempeñe un papel particular. Estos grupos pueden calificarse de «activos improductivos». El clima socio-afectivo del grupo es sumamente negativo, al igual que la cohesión y el nivel de satisfacción. Al igual que en los grupos autoritarios aparecen comportamientos agresivos contra los demás, pero también hacia el exterior y chivos expiatorios.”

Por otra parte, si se echara a andar un equipo de trabajo sin la convicción de la persona que representa la autoridad, seguramente ocurriría lo que Sirvent (1985) afirma para el caso de los programas de educación para adultos en los que la participación es sólo **simbólica**, es decir, el grupo no tiene el poder para tomar decisiones, y no **real**, esto es, cuando el grupo participa en las decisiones desde la planeación de las actividades, hasta su instrumentación y evaluación:

“En tanto se mantenga la estructura elitista del poder, las situaciones de ‘apertura a la participación’ son fácilmente percibidas como una concesión que el poder constituido otorga, y no como una necesidad y derecho de cualquier persona a ser participante en las decisiones que afecten su vida cotidiana. De la misma manera que el poder concede, el poder retira; se corre el peligro de que la participación sea limitada o prohibida por decisión de una minoría que continúa monopolizando el procesamiento de las ideas centrales y el pensamiento vertebral del proyecto o de la institución.” (pág. 99)

Cuando se ha decidido promover la formación de equipos de trabajo en una organización, es necesario dotar a éstos, y sobre todo a sus líderes, de una serie de instrumentos y procedimientos que les permitan funcionar con eficacia (Blake, Mouton y Allen, 1989). De no ser así, lo más probable es que las reuniones sean vistas como una pérdida de tiempo en vista de que las decisiones tomadas resultan “decepcionantes e inapropiadas” por ser “una mezcla en la que no cree ninguno de los miembros del grupo” (Doise y Moscovici, en Moscovici, 1985).

Dado que el conflicto aparece donde hay un ambiente propicio para la confrontación de distintas ideas, y en vista de que éstas son necesarias para encontrar soluciones a los problemas o sugerir mejoras a los productos (las dos funciones primordiales de los equipos orientados al mejoramiento de la calidad), en suma, para promover el cambio (ídem), el conflicto debe ser considerado de manera positiva y no como una amenaza para el grupo, y mucho menos para el líder. Por tal razón, uno de los aspectos fundamentales en que deben estar preparados los integrantes de los equipos es el manejo de los conflictos.

Según Doise y Moscovici (ídem), cualquier situación en la que se deba tomar una decisión implica un conflicto entre opiniones, juicios y soluciones diferentes. Dos condiciones reducen la posibilidad de que surja el conflicto: por un lado, la interacción social reducida y, por otro, el peso de la jerarquía en la toma de decisiones. Por lo tanto, si se considera que el liderazgo democrático propicia una interacción más intensa entre los miembros del grupo, y que el líder democrático, por decirlo de alguna manera, “renuncia” parcialmente a la autoridad que le da el cargo, quedará más claro por qué el trabajo en equipo propicia el surgimiento de conflictos (insisto, considerados de manera positiva).

Estos mismos autores ofrecen algunas conclusiones que son capitales para el manejo de los conflictos dentro de los grupos y, en particular, en los equipos de trabajo:

1. Las diferencias de opinión son naturales y previsibles. Es necesario tomarlas en serio y provocarlas si es preciso, haciendo que cada individuo participe en el trabajo de discusión y toma de decisiones. Los desacuerdos pueden ayudar al grupo para que tome la mejor decisión, ya que al haber mayor diversidad de juicios y opiniones, aumentan las probabilidades de encontrar argumentos nuevos y soluciones válidas en las que no se pensaba en un principio.
2. Deben abolirse las técnicas que reducen el conflicto, como los promedios, los votos mayoritarios, las reglas de procedimientos, los tiempos impuestos, etcétera.
3. Se debe hacer lo posible para dar a cada individuo la posibilidad de defender su punto de vista con firmeza. Hay que evitar hacer concesiones únicamente para evitar el conflicto y lograr el acuerdo y la armonía. Cuando se llegue a un acuerdo con demasiada rapidez o

facilidad, hay que estar alerta. Sólo se podrá ceder ante posiciones que hayan sido objeto de una discusión y un examen críticos.

4. Es necesario evitar los estereotipos, las soluciones prefabricadas y los argumentos basados en la autoridad. Es una exigencia escuchar y observar las reacciones de los otros miembros del grupo, considerándolas minuciosamente antes de formular las opiniones propias.

Además del enfrentamiento de los conflictos, otro aspecto central para el cual deben estar preparados los integrantes de los equipos es el manejo de las reuniones. Thomset (1990), propone algunas ideas al respecto, de las cuales sobresalen: la necesidad de contar con una agenda para cada reunión, la enorme importancia de preparar los informes correspondientes y el papel determinante del moderador/secretario. Veamos en qué consiste cada una.

La agenda es el documento en el que se detallan los asuntos que serán tratados en una reunión de trabajo. Conviene que todos los invitados a dicha reunión la conozcan antes de que ésta se lleve a cabo. En ella se deberán incluir los siguientes datos:

- Nombre del equipo que se reunirá.
- Fecha en que se realizará la reunión.
- Hora de inicio y hora propuesta de finalización.
- Lugar en que se llevará a cabo.
- Nombre del moderador asignado.
- Nombre del secretario asignado.
- Lista de personas que deben asistir a la reunión.

Además se recomienda presentar la siguiente información en forma de columnas (ver figura 2.9):

PUNTOS A TRATAR	RESPONSABLE	TIEMPO

**Fig. 6.3** Elementos de una agenda de reunión.

El responsable es el miembro del equipo, o un invitado especial, encargado de desarrollar determinado asunto. El tiempo indicará los minutos que se emplearán para desahogar cada uno de los puntos a tratar.

Las minutas son los informes sobre los acuerdos tomados durante una reunión. Son documentos de vital importancia para el buen desarrollo del trabajo. Los datos que deben incluir son:

- Nombre del equipo que se reunió.
- Fecha en que se realizó la reunión.
- Hora en que inició y hora en que terminó.
- Lugar en que se llevó a cabo.
- Nombre del moderador.
- Nombre del secretario.
- Lista de asistentes.
- Puntos tratados.

Los acuerdos deberán mostrarse también en tres columnas según los encabezados que se muestran en la figura 2.10:

ACUERDOS	RESPONSABLE	PLAZO

**Fig. 6.4** Elementos de una minuta de reunión.

Un acuerdo es una tarea concreta que deberá estar bajo la responsabilidad de un integrante del equipo y tendrá una fecha límite para su cumplimiento.

Insisto, las minutas son documentos de vital importancia para el funcionamiento de los equipos, ya que en ellas están documentados los avances en cuanto al cumplimiento de acuerdos y las tareas pendientes.

Las minutas deben entregarse a todos los miembros del equipo lo más pronto posible con el fin de asegurar que los acuerdos se cumplan en los plazos determinados. Con el objeto de verificar lo anterior, en cada reunión el primer punto de la agenda deberá ser la lectura de la minuta de la reunión anterior.

Todas las reuniones deben estar coordinadas por un moderador, cuyas funciones más importantes son:

1. Asegurarse de que la reunión se lleve a cabo.
2. Iniciar la reunión puntualmente.
3. Dirigir la reunión.
  - a) Agotando los puntos de la agenda, uno por uno y en orden.
  - b) Evitando desviaciones de tema.
  - c) Conciliando puntos de vista divergentes.
  - d) Resumiendo cada punto de la agenda.
  - e) Siguiendo e indicando el orden de los participantes que desean hablar.
  - f) Exponiendo un resumen general.
4. Concluir la reunión.

En caso de que el equipo esté integrado por más de ocho personas, será necesario nombrar un secretario, cuyas funciones serán:

1. Tomar lista de asistencia y registrar las horas de inicio y de término de la reunión.
2. Tomar nota de los cambios que se hagan a la agenda.
3. Tomar nota de las participaciones más relevantes para cada punto de la agenda.
4. Tomar nota de los acuerdos.
5. Apoyar al moderador.
6. Con la información anterior, elaborar la minuta de la reunión.

Si el equipo es pequeño, ocho integrantes o menos, el moderador podrá absorber las funciones del secretario.

Tanto el papel de moderador como el de secretario podrán ser asignados a diferentes miembros del equipo en cada reunión, o bien podrán ser desempeñados por las mismas personas (por ejemplo, el jefe del área y la secretaria), aunque esto no es lo más conveniente para el desarrollo de los miembros del equipo.

Como en toda nueva actividad, es posible que al principio se cometan errores en la conducción de las reuniones o en la redacción de las minutas. Esto no debe desalentar a los integrantes de los equipos. Lo importante es que aprendan a realizar reuniones ordenadas y con el tiempo dichos errores irán desapareciendo.

## **7. El enfoque del cliente aplicado a los servicios de salud**

El enfoque del cliente consiste en el desarrollo de sistemas organizacionales para producir bienes o servicios que satisfagan las expectativas de quienes los reciben. Es aplicado por organizaciones de diversos tipos que están interesadas en asegurar la preferencia de sus clientes. El enfoque del cliente se opone al enfoque centrado en el producto. En éste, las organizaciones diseñan, producen y ofrecen bienes o servicios sin que se haya considerado la opinión de los usuarios y consumidores. Resulta fácil comprender por qué las organizaciones que asumen un enfoque del cliente tienen más posibilidad de perdurar que aquéllas que se centran en el producto.

Para comprender mejor el enfoque del cliente, será necesario revisar los conceptos de organización y servicio; se establecerán los tipos de servicio y se identificarán las características que distinguen a la atención médica de otros servicios prestados al individuo en su propia persona.

### **7.1 ORGANIZACIÓN**

En términos generales, una organización es la combinación de personas, recursos y funciones para el logro de objetivos determinados. Este concepto es tan amplio que puede comprender, desde el gobierno de un país, hasta una pareja de carpinteros que se asocian para reparar muebles.

Un consultorio es, entonces, una organización integrada, en la mayor parte de los casos, por el médico, la enfermera y la recepcionista; las instalaciones, el mobiliario y el equipo médico, y las funciones que cada uno de los integrantes debe realizar para contribuir a mejorar o preservar el estado de salud de los pacientes que ahí acuden.

De manera más evidente, los hospitales, las clínicas y aun los ministerios de salud, son también ejemplos de organizaciones relacionadas con a la prestación de servicios de salud.

### **7.2 EL SERVICIO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD**

En términos generales, servicio es el trabajo que se realiza para beneficio de otros, ya sea en su propia persona o en bienes que les pertenezcan, mediante un pago o simplemente con el fin de agradecerles. Así, se puede hablar del servicio que reciben un automóvil en un taller mecánico, una persona que lleva su ropa a la lavandería o una oficina al ser aseada. También se habla del servicio que recibe un individuo al acudir a la peluquería para arreglarse el cabello, a un cine cuando busca entretenimiento o a un restaurante para saciar su apetito. Todos estos servicios modifican algunas características de las personas u objetos que los reciben: lo descompuesto es reparado, lo que está sucio se limpia, el que está aburrido se divierte, quien está inconforme con su aspecto trata de sentirse mejor al arreglar su cabello y el hambriento se siente mejor al comer algo.

Dentro de los servicios prestados específicamente a los individuos en su propia persona, hay dos que modifican características más profundas relacionadas con su funcionamiento biológico, psicológico y social: el que recibe un estudiante al acudir a la escuela y el que recibe un paciente en un consultorio o un hospital. En el primer caso las características que se modifican son los conocimientos y habilidades que posee el estudiante para interpretar la realidad y enfrentarse al medio; en el segundo,

además de los conocimientos que recibe el paciente sobre algún padecimiento o condición particular, así como sobre la forma en que debe actuar para controlarlos, con mucha frecuencia se modifican características propiamente biológicas y físicas como en las cirugías o las terapias de rehabilitación.

En esta sección se analizará la importancia de considerar la atención a la salud como un servicio que consiste en una serie de actividades cuya finalidad es preservar, mejorar o corregir condiciones inherentes a los individuos, en tanto seres humanos, para así promover su bienestar y óptimo funcionamiento biológico, psicológico y social.

### 7.3 CARACTERÍSTICAS COMUNES DE LOS SERVICIOS

La atención a la salud comparte las características generales de cualquier servicio prestado a los individuos en su persona, independientemente de su tipo, aunque presenta otras características que le son específicas. Las características que comparte con otros servicios son las siguientes:

- **Intangibilidad.** Los servicios son experiencias, no son objetos que puedan ser tocados. No tienen forma, color, aroma ni sabor. Aunque es posible palpar objetos como un estetoscopio, una cama de hospital o el asiento de una sala de espera, nadie puede “tocar” una consulta médica ni el hecho de practicar una cirugía.
- **La producción y el consumo de los servicios es inseparable.** A diferencia de los bienes, que son producidos antes de que sean utilizados o consumidos por las personas que los adquieren, los servicios se producen en el mismo instante en que son ofrecidos a quienes los reciben. Una consecuencia obvia de esto es que los defectos en los bienes pueden ser detectados antes de que sean entregados a los consumidores; en cambio, los errores en la prestación de los servicios se detectan demasiado tarde, cuando éstos ya fueron recibidos por los usuarios.
- **Los servicios son heterogéneos,** en especial aquellos en los que intervienen muchas personas. Esto significa que la prestación de un servicio puede variar de un proveedor a otro, de un usuario a otro y de un día a otro, aún cuando participe el mismo proveedor, el mismo usuario, o ambos. De este modo, un mismo paciente puede ser atendido de manera distinta por diferentes médicos, por ejemplo durante la estancia hospitalaria de aquél; incluso, puede recibir un trato desigual por parte del mismo médico si éste atraviesa por algún momento especial y no es capaz de abstraerse de ello. Por último, un médico puede tener cierta predisposición hacia algún tipo de pacientes lo cual, si no se tiene el suficiente cuidado, puede propiciar un trato diferencial, si no es que discriminatorio.

### 7.4 CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA ATENCIÓN MÉDICA COMO UN SERVICIO HUMANO

Entre las características que distinguen la atención médica de otros servicios sobresalen las que se comentan a continuación:

- **La esencia del servicio en la atención médica es la relación entre el médico y el paciente.** En un restaurante, no obstante la importancia del trato que proporcione el personal del establecimiento a los clientes, lo esencial es la presentación y el sabor de los platillos; en un cine el público podría soportar, hasta cierto límite, el mal trato de la vendedora de boletos o de la persona que los recibe en

la entrada porque lo esencial es la película que se exhibe y, para muchos, la comodidad y limpieza del lugar. En cambio, en la atención médica es fundamental la relación que se establece entre el personal de salud y los pacientes. El médico y la enfermera necesitan profundizar en su contacto con el paciente, incluso físico, con el fin de obtener información precisa que los lleve a formular un diagnóstico acertado. Por su parte, el paciente quizá espere un trato respetuoso y confidencial como condición para expresar al médico el motivo de su consulta y permitir ser examinado por éste. La limpieza de las instalaciones, el uso de equipo moderno y contar con mobiliario cómodo y en buen estado son condiciones indispensables para la prestación de servicios de salud; pero su presencia de ninguna manera garantiza por completo la calidad de la atención que se proporciona. En otras palabras, un paciente puede llegar a un consultorio impecable y sentirse cómodo por ello, pero si el trato que recibe del médico es irrespetuoso o indiferente, puede juzgar, con razón, que la calidad de la atención que recibió dejó mucho que desear. Por otro lado, si un paciente acude a un consultorio sucio y desordenado, tendrá también toda la razón en salir huyendo aun sin haber conocido al médico. En los servicios de tipo educativo la relación entre los proveedores y receptores del mismo es también de gran importancia; no obstante, en los servicios de salud esta relación es más intensa por referirse a aspectos íntimos de la vida del paciente.

- **El estado de ánimo con el que acude la mayoría de los usuarios de los servicios de salud es distinto del de aquellos que acuden a otro tipo de servicios.** El médico debe enfrentarse a personas con problemas que les impiden funcionar adecuadamente en su medio, lo cual propicia el surgimiento de angustia, ansiedad o, por lo menos, incertidumbre.
- **En los servicios de salud, de manera lamentable y paradójica, hay situaciones que propician la deshumanización o despersonalización en el trato a los pacientes.** Este es el sentimiento que experimentan los pacientes —sobre todo durante la hospitalización, aunque también ocurre en la consulta ambulatoria—, al ser aislados de su contexto habitual y ser considerados como objetos y no como seres humanos. Es lamentable porque, en una época en la que es cada vez más necesario tomar en cuenta con seriedad las necesidades y opiniones de las personas que han de recibir cualquier producto, todavía prevalece la idea del médico como un ser infalible e incuestionable, lo cual limita en gran medida su sensibilidad y su capacidad para responder de manera efectiva a las necesidades de los usuarios. Por otra parte, la paradoja consiste en ofrecer un servicio deshumanizado para satisfacer una necesidad de suyo humana: funcionar de manera óptima como individuo para lograr el pregonado bienestar físico y mental como fin de la atención a la salud.

La deshumanización o despersonalización surge a partir de tres mecanismos presentes en los servicios de atención a la salud:

**a. Desnudamiento**, que es, en su sentido literal, el hecho de despojarse de la ropa para ser examinado por el médico (o por una procesión de ellos como en el caso de los hospitales-escuela). En un sentido más amplio, el desnudamiento comprende el estado de indefensión del paciente ante las normas y costumbres institucionales que propician su pérdida de identidad al serles retirados objetos personales de gran valor para ellos y ser tratados como padecimientos y no como personas, lo cual se acentúa con el trato que ofrece el personal al usar sobrenombres para referirse a los pacientes (doña, madrecita, reina) y no sus nombres propios o sus apellidos.

**b. El control de los recursos, el tiempo, la información y las relaciones sociales.** Durante la estancia hospitalaria el paciente pierde el control sobre aspectos tan privados como sus horarios de alimentación, el tipo de ésta, las visitas que recibe, en qué momento y durante cuánto tiempo, y algunos aspectos del ambiente como el ruido y la iluminación entre otros. En este mismo sentido, la atención médica se caracteriza por una enorme asimetría en el manejo de la información. Por una parte, el paciente suele no poseer información que le permita contrastar las decisiones del médico; se encuentra, por decirlo de una manera, a merced del conocimiento y las habilidades poco visibles de aquél. Por otra parte, la información de los expedientes no es accesible a los pacientes, mientras que el personal de salud sí está en condiciones de enterarse de todos los datos aportados por aquéllos.

**c. El control de la movilidad del paciente.** Los horarios y normas de las instituciones hospitalarias limitan la capacidad de movimiento del paciente, quien es identificado con facilidad al estar obligado a usar batas especiales.

## **7.5 EL PAPEL DE LOS TERCEROS PAGADORES COMO GRUPO ESPECIAL DE CLIENTES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD**

Cuando se hizo el análisis de las tendencias que determinarán el futuro de la organización de la atención médica, se destacó la presión que han empezado a ejercer las nuevas administradoras de servicios de salud, las aseguradoras y los bancos para que dicha atención sea cada vez de mayor calidad. El que estas organizaciones paguen por el servicio médico que se otorgue a terceros es precisamente lo que les permite exigir la presencia de ciertas características. En ese sentido, estos terceros pagadores constituyen un tipo especial de clientes a quienes las organizaciones y profesionales de la medicina deben también tratar de satisfacer, si es que desean ser considerados por aquéllos como parte del grupo que contraten para dar atención a sus afiliados.

## **7.6 LA CADENA DEL SERVICIO EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD**

En este punto conviene empezar a aclarar cómo podrán los médicos hacer frente a la necesidad de conocer mejor el punto de vista de los pacientes acerca de la calidad de la atención que reciben, así como a las exigencias que tanto éstos como los terceros pagadores les plantean. Quizá los conceptos de clientes y proveedores externos e internos contribuyan a ello.

### **Los clientes de los servicios de salud**

Un cliente es quien recibe el producto del trabajo realizado por otro. Este producto, como ya se ha visto, puede ser un bien, información o un servicio. De manera específica se define cliente como aquella persona que emplea los servicios profesionales de otra. Conviene aquí mencionar también a los proveedores, que son quienes entregan el producto a los clientes. Aunque clientes y proveedores pueden ser personas, organizaciones o áreas dentro de éstas, con el objeto de facilitar la exposición de aquí en adelante se hará referencia sólo a personas. Existen dos tipos de clientes y proveedores: externos e internos.

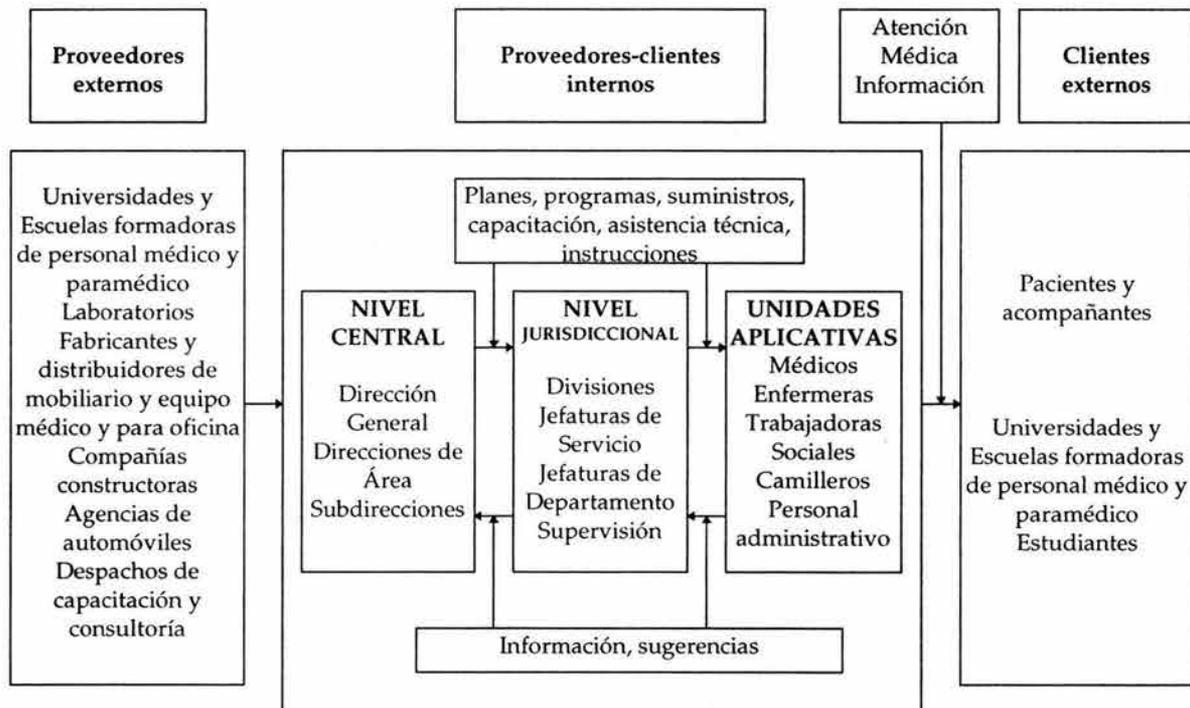
Los clientes externos son las personas que reciben el producto proveniente de una organización a la cual no pertenecen. De hecho, son el centro de la atención de las organizaciones con enfoque al

cliente, pues es a ellos a quienes está dirigido el resultado final del trabajo que dichas organizaciones realizan.

Los proveedores externos, por su parte, entregan productos a organizaciones de las cuales no forman parte, con el fin de que éstas realicen su trabajo.

Los clientes internos son las personas que requieren del resultado del trabajo de un proveedor interno, formando ambos parte de la misma organización.

La cadena cliente-proveedor en la producción de un bien o un servicio señala las cuatro categorías que participan en la organización y pone de manifiesto que todas las personas que la integran desempeñan un triple papel: son clientes, procesadores y proveedores (Juran, 1988). Por esto, si los proveedores se preocupan por satisfacer las necesidades, deseos y expectativas de los clientes, tanto la organización como los clientes externos, sobre todo éstos últimos, se verán beneficiados.



**Fig. 7.1.** Cadena de clientes y proveedores en los servicios de salud.

En la figura 7.1. se ilustra, de manera sumamente simplificada, la cadena de clientes y proveedores para una organización del tipo de los servicios de salud estatales.

## 7.7 MOMENTOS DE LA VERDAD Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

En todas las organizaciones, en especial en las que producen servicios, hay un número importante de ocasiones en que las personas que se aproximan a ellas se forman una idea de la calidad que ofrecen. Carlzon (1989) aplicó el concepto de “momento de la verdad” para referirse a estos instantes precisos, a los cuales califico como “oportunidades de oro para servir a los clientes”.

Los momentos de la verdad pueden resolverse de manera favorable o desfavorable. Por ejemplo, es fácil estar de acuerdo en que un momento de la verdad desfavorable en un restaurante es

encontrar un objeto extraño en algún platillo. También lo es el trato que ofrecen los empleados que atienden en las ventanillas de los bancos o la recepción de un recibo de la compañía telefónica en donde se carga una costosa llamada de larga distancia que nunca se hizo.

En una organización de salud puede haber momentos de la verdad que resultan obvios a los ojos de todos, como la limpieza de las instalaciones, los muebles y el equipo o el arreglo personal del médico y del personal de apoyo. Sin embargo, hay otros no tan evidentes que tienen un efecto quizá más importante que los ejemplos citados. Se sabe que la forma en que el médico examina físicamente al paciente es determinante para la impresión que éste se lleva de la pericia del médico. En ciertas especialidades, donde la consulta se presta a la realización de diversos procedimientos, el instante y la forma en que se comunica la tarifa que el paciente debe pagar es otro momento de la verdad no considerado en toda su importancia. El control de las llamadas telefónicas que el médico atiende o deja de atender también da origen a momentos de la verdad que es difícil valorar. Por ejemplo, atender la llamada de un paciente durante la realización de una consulta puede ser favorable para el que llama pero incómodo para el que está en el consultorio.

Se debe tener presente que, durante la atención que se da a los pacientes hay un sinnúmero de detalles que es necesario cuidar para causar la mejor impresión posible. Sin embargo, los momentos de la verdad deben estar perfectamente controlados. Tal vez a los pacientes no les es importante tanto encontrar revistas muy atrasadas en la sala de espera, como esperar más de una hora sin que la recepcionista o el médico ofrezcan una explicación.

Los momentos de la verdad que no se resuelven favorablemente pueden ocasionar que los pacientes se disgusten. Un paciente disgustado, por lo general, no manifiesta su insatisfacción de manera directa; simplemente, si está en sus posibilidades, no vuelve.

En el siguiente cuadro aparecen algunos datos de interés sobre la conducta de los clientes de diferentes organizaciones de servicio (Carr, 1992):

**De cada diez clientes insatisfechos:**

- **Uno lo hace saber a la organización**
- **9 no dicen nada (se convierten en exclientes)**

**De estos 9 :**

- **8 Comentan su experiencia con 9 personas (propaganda negativa)**
- **Uno puede llegar a comentarlo con más de 20 personas**

Los motivos por los cuales la gran mayoría de clientes insatisfechos no se queja ante representantes de la organización son (ídem):

- **Consideran que la organización no se preocupa por ellos**
- **El procedimiento para notificar la queja es complicado**
- **No se desea contribuir a corregir los errores de la organización**
- **Consideran que no vale la pena comentar nada (simplemente se van con la competencia)**

La relación entre la existencia de momentos de la verdad resueltos favorablemente y la satisfacción de los clientes (o los pacientes en el caso de la atención médica) es directa y estrecha. De igual manera, los momentos de la verdad que no son resueltos a favor de los clientes ocasionan

insatisfacción y deserción. El personal de las organizaciones de salud, incluido el médico, es protagonista de los momentos de la verdad y es necesario adquirir conciencia de ello.

## **7.8 IMPORTANCIA DE CONOCER LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES ACERCA DE LA ATENCIÓN**

De lo dicho hasta aquí se desprende la importancia y necesidad que las organizaciones de salud tienen de crear y aplicar instrumentos para conocer la opinión de los clientes. Su gran utilidad radica en la ventaja que se obtiene al poder identificar los aspectos que más agradan a los usuarios, para mantenerlos, así como aquellos que les disgustan, para eliminarlos. Entre los instrumentos de uso más frecuente están las encuestas (personales o telefónicas), las entrevistas individuales, los grupos focales y los buzones para comentarios del público. Estos son complementarios y pueden ser aplicados por el personal de la organización, siempre y cuando estén previamente capacitados y el proceso de evaluación haya sido cuidadosamente planeado. En las páginas siguientes se presentan algunas propuestas de instrumentos preparadas por Qualimed.

El verdadero interés en conocer la opinión, las necesidades y las exigencias de los pacientes y los terceros pagadores, es un ingrediente imprescindible para que los directivos de las organizaciones de salud elaboren planes que efectivamente orienten la realización de sus actividades y permita su avance por un camino más seguro que el transitado por quienes aún no tienen claridad del rumbo que deben tomar en función de los cambios que están afectando la provisión de servicios de salud.

En el próximo capítulo se abordan los elementos que se recomienda incluir como parte inicial para la elaboración de un plan para de garantía de calidad, basado en el esquema de calidad total/mejora continua, para ser aplicado en organizaciones de atención a la salud sean del sector público o del sector privado.

## 8. Visión, misión, estrategia y visión estratégica

En este capítulo se aborda la importancia de la visión, la misión, los objetivos y la definición de una estrategia de garantía de calidad para que las organizaciones de salud orienten sus esfuerzos para ofrecer mejores servicios a los usuarios.

### 8.1 LA VISIÓN

Estudiosos de diversas disciplinas coinciden en afirmar que la imagen que una entidad tenga de sí misma en el futuro, sea una persona, una organización o, incluso, una nación, puede determinar la situación en que dicha entidad se encontrará en el porvenir. Mientras más precisa sea esa imagen, mayor probabilidad habrá de que el futuro corresponda a ella. La imagen que un individuo, una organización o una nación tienen de sí mismos con respecto a un futuro más o menos lejano se conoce como visión.

Lo anterior puede resultar un gran inconveniente si la visión es negativa. Por el contrario, si la visión es positiva seguramente contribuirá a eliminar obstáculos que se interpongan en el camino favoreciendo el desarrollo de acciones encaminadas a convertir la visión en una realidad.

Según Joel Barker, experto futurólogo, en el nivel de las organizaciones las visiones deben tener ciertas características indispensables para que resulten exitosas. Estas características son:

1. **Deben ser formuladas por líderes.** Esto se debe a que son ellos quienes tienen la capacidad, el poder, para tomar decisiones que definen el rumbo de las organizaciones. Es necesario además que la visión integre el sentir de la gente que forma parte de la propia organización con las amenazas y oportunidades que el líder perciba en el entorno.
2. **Debe ser compartida con su equipo, el cual debe darle apoyo.** Si los líderes tienen la habilidad para comunicar con claridad su visión respecto de la organización, estarán en mejores condiciones de obtener el apoyo de sus colaboradores. Una visión que no es compartida y apoyada corre el riesgo de convertirse en una quimera irrealizable.
3. **Debe ser amplia y detallada.** Una visión expresada en términos muy generales no produce el mismo efecto que la descripción de una imagen en movimiento. De hecho, se puede considerar que la visión es la película del futuro de la organización en donde se ve con nitidez qué será de ella, cómo procederá para lograrlo, cuándo ocurrirá esto y por qué será posible todo lo anterior.
4. **Debe ser positiva y alentadora.** Es necesario que tenga la suficiente fuerza para estimular a las personas a aceptar el desafío de crecer junto con la organización y la situación prevista debe ser tan favorable que justifique el esfuerzo que ello implica.

No se debe pasar por alto la importancia de expresar la visión de alguna forma que refleje su intensidad. El vehículo ideal para ello es la palabra. Mientras más se hable o se escriba acerca de la visión la probabilidad de realizarla será mayor.

No está por demás subrayar la importancia del compromiso del líder para con la visión que promueve, ya que de no haberlo, la visión puede resultar simplemente en una buena idea que jamás se verá hecha realidad por la falta de congruencia entre ésta y los hechos.

Es probable que muchas personas no estén acostumbradas a pensar en el futuro y menos a hacer el esfuerzo de forjarse una visión. Sin embargo, en las condiciones actuales, caracterizadas por grandes

cambios en períodos breves, prepararse para el futuro adquiere una importancia mayúscula. Equivale a asumir la responsabilidad del propio destino y a luchar por evitar dejarlo en manos ajenas.

## 8.2 LA MISIÓN

Se ha comentado ya que centrar la atención en las necesidades y expectativas de los clientes es un factor que contribuye al éxito de las organizaciones. Como ocurre con la visión, es necesario que este enfoque se exprese en la declaración del compromiso fundamental, en el caso de la atención médica, con los pacientes. Esta declaración recibe el nombre de misión. Entre las características más importantes de una misión están las siguientes:

1. Expresan la razón de ser de la organización o del profesional dando sentido social a sus actividades.
2. En ellas se identifica con precisión a las personas que reciben los productos.
3. Se menciona una o dos actividades que representan la esencia del trabajo que la organización o el profesional llevan a cabo.
4. El mensaje puede exhibirse con orgullo ante los clientes (los pacientes en atención médica) y constituye además un estímulo para el personal de la organización.

En síntesis, si en la práctica clínica la visión representa el compromiso de la organización con su propio futuro, en la misión se expresa el compromiso con los usuarios ahora y en el futuro. Ambas deben integrarse al momento de definir el rumbo de las actividades. No es posible que la visión apunte hacia un lado y la misión hacia otro.

Es importante advertir lo siguiente: por muy bien escritas que estén la visión y la misión, si éstas se contraponen a la verdadera forma de pensar del líder que las formula, lejos de constituir un mensaje alentador y orientador, generarán desconfianza y confusión entre quienes perciban las incongruencias.

Tanto la visión como la misión forman parte de la filosofía de una organización o de un individuo. Expresarlas por escrito es un ejercicio necesario para esclarecerlas y comunicarlas a los demás. Pero la filosofía de alguien no se manifiesta en los escritos, sino en la forma cotidiana de actuar. Si un directivo, en el fondo, tiene una visión mediocre de la organización en el futuro, propiciará una práctica organizacional mediocre aun cuando haya escrito un mensaje digno de todos los elogios. Si su compromiso con los pacientes se reduce a ofrecer servicios sin el interés de que éstos respondan a sus expectativas, éstos harán más caso al trato indiferente que se les proporcione que al bello mensaje colgado en la pared de una sala de espera.

## 8.3 ESTRATEGIA

Cuando los directivos de una organización han desarrollado una visión clara del futuro de ésta, y han definido su misión, están en condiciones de anticipar el camino que se deberá recorrer para hacer realidad la primera y cumplir la segunda. Al conjunto de pautas de acción que determinarán lo que suceda en ese camino se le conoce como estrategia. Mientras la visión y la misión constituyen el **qué** se quiere llegar a ser, la estrategia se refiere al **cómo** se debe actuar para lograrlo.

La visión que no se traduce a acciones concretas no pasará de ser sólo una buena idea; las acciones que no son orientadas por una visión quizá no lleven a ninguna parte. Las visiones positivas que orientan acciones organizacionales, pueden determinar su futuro.

Conviene señalar aquí que las estrategias, cuando existen, no siempre se expresan con claridad. Suele ser más fácil identificar la estrategia que se ha utilizado que describir la estrategia que se pretende utilizar. De hecho, la estrategia puede modificarse en el camino debido, por ejemplo, a un cambio en el entorno o a la adquisición de mayor capacidad para manejar la información que de él proviene (Mintzberg, 1991).

De cualquier modo, resulta siempre conveniente hacer el intento de anticipar cómo se procederá para realizar la visión y cumplir la misión.

## **8.4 VISIÓN ESTRATÉGICA**

A la visión que considera las pautas generales de acciones y comportamientos necesarios para llegar a ella con éxito se le conoce como visión estratégica. La visión estratégica integra entonces el qué se pretende llegar a ser y el cómo se debe actuar para lograrlo.

Podría compararse la visión estratégica con una especie de intuición u "olfato" que hace a quienes la han desarrollado, por un lado, más sensibles a los cambios del entorno, y por otro, más acertados en la definición del rumbo y las acciones que emprenderán.

## **8.5 PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS**

La visión, la misión y las actividades generales que forman parte de la estrategia son indispensables para definir tanto el rumbo que tomará la organización, como la actitud de sus miembros hacia su trabajo y hacia los clientes. Sin embargo, éstas deben traducirse en una lista de objetivos y actividades para que el desempeño de la organización sea congruente, eficiente y con alto nivel de calidad.

Un objetivo es el resultado que se espera obtener al realizar algún trabajo. De cierta manera, los objetivos responden a la pregunta ¿para qué se hace determinado trabajo?

Hay varias formas de redactar objetivos y todas pueden ser correctas, siempre y cuando presenten las siguientes características:

1. Que sean congruentes con la visión, la misión y la estrategia.
2. Que estén relacionados con la satisfacción de las necesidades de los usuarios de los servicios.
3. Que reflejen los resultados esperados del trabajo del personal médico y de apoyo.
4. Que estos resultados sean observables en plazos relativamente cortos (a menos que se esté hablando de objetivos estratégicos, cuyo horizonte de tiempo se amplió incluso por varios años).

Se debe evitar el error de redactar objetivos como si fueran actividades. Por ejemplo, es incorrecto considerar que proporcionar consultas médicas es un objetivo, pues en realidad esto es parte del trabajo que las organizaciones deben realizar. Para plantear este objetivo correctamente, será necesario pensar en el resultado que se espera lograr en los pacientes a partir de las consultas que se les otorgan.

Si la visión, la misión y las actividades generales que integran la estrategia pueden compararse a una brújula que marca el rumbo a seguir, los objetivos y las actividades específicas podrían ser considerados como un mapa en el que se definen los distintos puntos de llegada.

En el próximo capítulo se presenta un modelo para planear las actividades que una organización debe realizar para implantar un Programa de Garantía de Calidad.

## 9. Elementos para integrar un Programa de Garantía de Calidad

El Programa para la Mejora Continua de la Calidad es un documento que describe de manera detallada todas las actividades que se realizarán en la organización, durante un período determinado (un año, por ejemplo), para asegurar que se proporcione atención de la mejor calidad posible. Además, para cada actividad se especifica el plazo en que deberá estar realizada y el responsable de que se lleve a cabo. El contenido debe ser congruente con la visión y la misión que los líderes hayan declarado y debe quedar claro que los directivos tienen plena conciencia de la importancia de llevar a cabo acciones para mejorar la calidad en los servicios entregados a los usuarios para el futuro de la organización.

Con el fin de orientar a los directivos en la elaboración del Programa para la Mejora Continua de la Calidad para su organización (o incluso, para el área de la cual son responsables), se presenta a continuación la descripción de los puntos generales y el tipo de información que deberán incluir en este documento.

### 9.1 INTRODUCCIÓN

En esta sección los directivos presentan, en términos generales, las razones que motivaron la elaboración del Programa, el objetivo del documento y la forma en que está estructurado.

### 9.2 OBJETIVO DEL PROGRAMA

En esta sección se describe el efecto general que los directivos esperan observar después de haber desarrollado las acciones del Programa. Se podrá hacer referencia al mejoramiento de la calidad de la atención médica, al logro de un mayor nivel de satisfacción entre los usuarios y el personal de la institución o a la agilización de las actividades de apoyo administrativo. Es importante dejar claro hacia dónde se dirigen las actividades.

### 9.3 JUSTIFICACIÓN

En ella los directivos deben plasmar argumentos convincentes por los cuales consideran necesaria la puesta en marcha de acciones sistematizadas para mejorar la calidad de la atención médica. El contenido de la justificación debe permitir dar respuesta a preguntas como las siguientes:

- ¿Consideran que la calidad de la atención que se proporciona a los pacientes (y a sus acompañantes) es importante? ¿Por qué?
- ¿Cuál es la situación actual de la calidad de la atención en el hospital?
- ¿Podría mejorar el actual nivel de calidad de la atención? ¿Por qué? ¿Cómo?
- ¿Cuáles son las ideas que consideran más importantes para estimular al personal directivo y operativo a realizar actividades para mejorar la calidad de la atención?

### 9.4 ANTECEDENTES

En todas las organizaciones de salud se llevan a cabo esfuerzos para mejorar la calidad de la atención médica, sólo que, en la mayor parte de los casos, dichos esfuerzos no están enmarcados por un

programa institucional. La formalización de un programa se ve enriquecida cuando se incorpora la experiencia obtenida en los esfuerzos anteriores. Es por ello que los directivos deberán incluir, en esta parte del documento esta información. Cuando sea posible, será conveniente hacer mención de los resultados obtenidos. Entre las preguntas que deberán considerarse para desarrollar este apartado, están las siguientes:

- ¿Qué se ha hecho para mejorar la calidad de la atención?
- ¿Cuáles han sido los logros?
- Si hubo obstáculos, ¿cuáles fueron? ¿Cómo se superaron?

Otros aspectos que podrán considerarse en este apartado son:

- Referencias a la necesidad de mejorar la calidad de la atención médica difundidas en documentos oficiales.
- Datos relevantes sobre la calidad de la atención médica en la entidad obtenidos de diversos estudios (sean publicados o no lo sean).

## **9.5 MARCO FILOSÓFICO**

En esta sección deberán aparecer las ideas más generales que determinan las principales características de la práctica cotidiana del personal del hospital. Aquí se incluirán las declaraciones de visión, de misión y de valores avaladas por los directivos. Las preguntas guía de esta sección son:

Con respecto a la misión:

- ¿Para qué existen los servicios que proporciona el hospital? ¿Qué sucedería si estos no existieran?

Con respecto a la visión:

- ¿Cuál es la situación ideal para la atención que se proporciona en las unidades de los Servicios de Salud en el futuro?
- ¿Qué podrían hacer los directivos para que la atención proporcionada se aproxime a la situación que describió antes?

Con respecto a los valores:

- Cada vez es más importante que los directivos de las organizaciones de salud, demuestren que sus actos y sus decisiones están orientados por una serie de valores como la satisfacción de los usuarios, el desarrollo de las potencialidades humanas, la honestidad y el respeto a los demás, entre otros. ¿Cómo podría usted promover estos valores entre el personal del hospital?

## **9.6 PRIORIDADES, OBJETIVOS Y METAS DE CALIDAD**

En esta sección los directivos establecen las características de calidad que deberán ser controladas y mejoradas durante los 12 meses siguientes a la elaboración y difusión del Programa. Para hacerlo deberán hacer uso de los resultados de la evaluación basal. Los directivos podrán identificar prioridades que no hayan sido evidenciadas por la evaluación basal.

## 1. Identificación de prioridades

Los siguientes criterios pueden orientar a los directivos en el establecimiento de prioridades

- Deben referirse a características de calidad de productos y actividades críticas de los procesos
- Deben relacionarse con la visión, la misión y los objetivos de la organización
- Al principio, deben referirse a problemas crónicos
- Es deseable que haya datos disponibles
- Puede ser un problema muy frecuente
- Es muy importante que se puedan hacer mediciones
- Debe haber una solución y su aplicación debe ser factible

Entre otras fuentes que podrán tomar en cuenta los directivos para la identificación de prioridades están las siguientes:

- Aspectos de la política de salud en el país, la región, la institución o la organización.
- Principales problemas identificados en estudios previos.
- Principales resultados de esfuerzos de evaluación diagnóstica de la calidad (en caso de haberse realizado).

Ejemplos de prioridades pueden ser los siguientes:

- El prolongado tiempo de espera en el área de urgencias de los hospitales.
- La deficiente integración de los expedientes clínicos en las unidades de primer nivel.
- El manejo de los residuos biológico infecciosos en los hospitales no es adecuado.
- La principal queja de los pacientes y sus acompañantes es el trato descortés que reciben del personal de enfermería.

## 2. Establecimiento de objetivos

Los objetivos deben referirse a las prioridades definidas en el apartado anterior. Por ejemplo:

- Reducir el tiempo de espera en el área de urgencias de los hospitales.
- Mejorar la integración de los expedientes clínicos en las unidades de primer nivel.
- Asegurar el correcto manejo de los residuos biológico infecciosos de acuerdo con la norma NOM 087.
- Reducir el número de quejas por el trato descortés del personal de enfermería.

## 3. Establecimiento de metas de calidad

Las metas de calidad expresan el logro de los objetivos de calidad en términos cuantitativos y temporales. Por ejemplo:

- Para diciembre del año 2003 el tiempo promedio de espera en el área de urgencias de los hospitales será de tres minutos, con un tiempo máximo de cinco minutos.

- Para diciembre del año 2003 el 85% de los expedientes en las unidades de primer nivel estarán integrados de manera adecuada.
- Para diciembre del año 2003 en todas las áreas hospitalarias se deberá aplicar la NOM 087 al manejar los residuos biológico-infecciosos.
- Para diciembre del año 2003 el porcentaje de quejas por trato descortés por parte del personal de enfermería será del 5%.

## 9.7 PLAN DE ACCIÓN

En este apartado se deben describir con todo detalle las actividades que se llevarán a cabo durante los próximos 12 meses para destacar el lugar de la calidad en la cultura institucional y asegurar la mejoría continua de la calidad de la atención médica, comenzando por las prioridades definidas en la sección anterior. Dichas acciones podrán corresponder a cuatro componentes básicos que se han identificado en los programas para mejorar la calidad que se han puesto en marcha en organizaciones de diferentes tipos:

1. Evaluación de la calidad
2. Información, educación y comunicación
3. Formación de equipos de trabajo
4. Institucionalización

A continuación se describe cada uno de ellos:

1. Evaluación. No puede haber mejoría de la calidad si no existe un sistema que permita determinar el nivel de calidad y el impacto de las acciones realizadas. El componente de evaluación del modelo es esencial para el desarrollo de todo Programa Estatal de Calidad. Entre los elementos de este componente se encuentran los siguientes:
  - 1.1. Evaluación basal de la calidad. Es ideal que los esfuerzos de una organización por mejorar la calidad partan del conocimiento del nivel de calidad que ha estado ofreciendo. En el caso del presente proyecto, la evaluación basal corresponde al diagnóstico basal.
  - 1.2. Satisfacción de usuarios. Entre los aspectos que se deben explorar está el nivel de satisfacción de los usuarios con respecto a la atención que reciben.
  - 1.3. Satisfacción de los prestadores del servicio. También se encuentra entre los aspectos importantes que deben ser investigados. Sin embargo, es necesario tener presente que pueden generar expectativas entre el personal que no se verán realizadas. Es recomendable que la satisfacción del personal se evalúe cada año o cada dos años.
  - 1.4. Buzón de quejas y sugerencias. Si se usa de manera adecuada, este instrumento es de gran utilidad para conocer los principales motivos de insatisfacción de los usuarios y de los prestadores del servicio, con el ánimo de que sean corregidos.
  - 1.5. Evaluaciones especiales. Consisten en el desarrollo de proyectos específicos de evaluación de la calidad de algún servicio o proceso que resulte de interés particular de los directivos en un momento determinado. Por ejemplo, se puede pensar en evaluar la calidad de procesos relacionados con el abasto de medicamentos o con un programa específico, como salud reproductiva.
2. Información, educación y comunicación. Aquí se describen las acciones que los directivos estatales emprenderán en términos de:
  - 2.1. Sensibilización. Que se refiere al estímulo de una actitud favorable hacia la realización de esfuerzos para mejorar la calidad de manera continua.

- 2.2. Capacitación. Considera las actividades encaminadas a dotar al personal de elementos conceptuales y técnicos para llevar a cabo acciones sistemáticas para la mejoría continua de la calidad.
- 2.3. Difusión. Es la descripción de los medios que se utilizarán para dar a conocer los planes, propuestas y resultados de las acciones para la mejoría continua de la calidad.
3. Formación de equipos de trabajo. En la medida en que la promoción de la calidad en la cultura de una organización está fundamentada en el trabajo en equipo, es necesario que los directivos describan cuántos equipos pretenden impulsar durante el primer año del Programa y de qué tipo serán éstos. Cabe aclarar que es muy probable que algunos de ellos ya estén constituidos y trabajando; la labor en esos casos consistirá en capacitarlos en el uso de la metodología para la mejoría continua de la calidad, con el fin de que la utilicen en el tratamiento de sus asuntos. Sobre este punto, también es pertinente insistir en que la formación de equipos no significa que la organización deba contratar más personal ni que el personal deba realizar nuevas tareas. La finalidad es que el personal existente realice las actividades que habitualmente lleva a cabo apoyándose en una serie de instrumentos y herramientas que le permitan asegurar el mayor nivel de calidad posible en su trabajo. Los equipos que se formen podrán pertenecer a una o más de las siguientes categorías:
  - 3.1. Equipos directivos. La Coordinación Directiva de Calidad y la Coordinación Operativa son ejemplos de equipos directivos. Se podrá considerar la pertinencia de promover la formación de equipos entre directores de unidades de primero y segundo nivel, de directores jurisdiccionales, de jefes de área del nivel central o de mandos medios jurisdiccionales.
  - 3.2. Equipos naturales de trabajo. Están integrados por personal que realiza las mismas funciones y pertenece a la misma área de trabajo. Los equipos de módulo de las unidades de primer nivel y un equipo formado por enfermeras que trabajan en un mismo servicio dentro de un hospital son ejemplos de este tipo de equipos.
  - 3.3. Equipos interfuncionales. Se forman con personal perteneciente a diferentes áreas y niveles. Pueden ser permanentes o temporales, según la naturaleza de la tarea que estén abordando. Dentro de esta categoría se podría incluir a los equipos que se constituyan para mejorar la calidad de algún programa específico, como atención a pacientes de enfermedades crónico-degenerativas o salud reproductiva.
  - 3.4. Equipos en torno a procesos. Podrán corresponder al mismo tiempo a una o más de las categorías mencionadas antes. Su misión es evaluar, controlar y mejorar la calidad de alguno de los procesos más importantes que se llevan a cabo en un área determinada.
  - 3.5. Equipos por proyecto. También en este caso podrán corresponder a cualquiera de las categorías anteriores o a una combinación de ellas. Sin embargo, en este caso serán siempre de carácter temporal, pues desaparecerán en cuanto el proyecto de mejora esté concluido.
  - 3.6. Comités hospitalarios. El Comité de Infecciones de un hospital o el Comité de Compras son dos ejemplos de equipos que pueden verse beneficiados con el uso de la metodología para la mejoría continua de la calidad. Sus características los ubican además, simultáneamente, entre los equipos directivos, interfuncionales y en torno a procesos. Será necesario considerar la posibilidad de integrar nuevos comités, o de fortalecer a los ya existentes.
4. Institucionalización. Bajo este rubro se desglosan las acciones que los directivos realizarán para hacer que la búsqueda de la mejoría continua de la calidad se convierta en una práctica cotidiana en los servicios de salud del estado. Dichas acciones pueden plantearse a partir de cuatro tipos principales:

- 4.1. Desarrollo del liderazgo para la calidad. Son actividades o programas específicos dirigidos a los directivos con el fin de desarrollar su capacidad para influir de manera determinante en la actitud y disposición de sus colaboradores hacia las actividades para mejorar la calidad, a través de comunicación (de la visión por ejemplo), de manejo de grupos (reuniones, conflictos), y de administración de proyectos, entre otras.
- 4.2. Reconocimiento. Será necesario diseñar un esquema efectivo de incentivos que estimule a las personas y equipos de trabajo a realizar esfuerzos continuos para mejorar la calidad. Además, se tendrá que establecer un sistema de reconocimiento para aquellas personas y equipos que se destaquen por sus resultados en materia de mejoría de la calidad. Podrán incluirse medidas como el apoyo para publicar experiencias sobresalientes en alguna revista especializada, becas para la asistencia a congresos o actividades de capacitación e, incluso, la entrega de bonos al personal.
- 4.3. Establecimiento de políticas. Se refiere a las líneas generales, definidas por la alta dirección, que orienten la actitud y las acciones de todo el personal de la institución. En este caso particular, se hace referencia a los lineamientos que faciliten la comprensión de la importancia que se le debe dar al control y mejoramiento de la calidad en todas las áreas y niveles, así como a las acciones mínimas que todo directivo debe llevar a cabo al respecto.
- 4.4. Establecimiento de estándares de calidad. Así como los directivos establecen metas relacionadas con la producción de servicios, es necesario que definan los parámetros de calidad para los principales procesos y servicios que ofrece la institución. Por ejemplo, pueden plantearse estándares relacionados con la estancia hospitalaria, el tiempo de espera, el tiempo de entrega de servicios o el uso óptimo de determinado equipo.

Los componentes anteriores están representados en un modelo, desarrollado por Qualimed, que integra las más importantes acciones específicas y establece algunas de sus relaciones. Este modelo, conocido como el abanico de la calidad, se ilustra en la figura 9.1



Fig. 9.1. Modelo de Qualimed para el desarrollo de Programas para la mejora continua de la calidad.

## 10. Los cuatro pasos para la mejora, el análisis de procesos y la monitoría de actividades críticas

**No se puede mejorar  
lo que no se controla; no se puede controlar  
lo que no se mide; no se puede medir  
lo que no se define.**

Esta frase sintetiza con exactitud los pasos que se deben dar para lograr la verdadera mejora de la calidad. Constituye además una excelente guía para el personal de salud, sea de nivel directivo u operativo, que desee emprender acciones orientadas a ofrecer atención de mejor calidad.

A continuación, se presenta la propuesta de Qualimed para instrumentar los cuatro pasos para la mejora en las organizaciones de salud interesadas en garantizar la calidad de los servicios que proporcionan.

### 10.1 DEFINICIÓN

#### 1.1. Identificación de productos y de requisitos de calidad

Cuando un equipo de personas quiere mejorar la calidad de los productos del trabajo que realizan, es necesario que definan con precisión en qué consiste, precisamente, la calidad de dichos productos. Quizá lo primero que haya que hacer, entonces, sea identificar cuáles son esos productos.

En las organizaciones de atención a la salud, los productos necesariamente deberán estar referidos a lo que los equipos de trabajo entregan a sus clientes externos (pacientes, usuarios) e internos. Algunos ejemplos son:

- Productos que entregan los médicos que trabajan en el área de consulta externa:
  - La consulta propiamente dicha.
  - Información a los pacientes sobre su estado de salud, el tratamiento que le indica, los estudios de laboratorio y de gabinete que deberán realizarse cuando se considere necesario y el momento para una próxima visita.
  - Documentos con indicaciones, como una receta o una orden de laboratorio.
  - Información que registra en el expediente clínico para que él mismo, u otros médicos, puedan hacer uso de ella cuando el paciente vuelva.
  - Información sobre sus actividades a sus superiores.
- Productos que entregan las enfermeras que trabajan en el área de hospitalización:
  - Administración de medicamentos y cuidados especiales, como alimentación y medidas higiénicas y preventivas a los pacientes.
  - Información, registrada en los instrumentos pertinentes para que sea utilizada por sus compañeras de otros turnos y por los médicos encargados de los pacientes.
- Productos que entrega el equipo del almacén de un hospital:

- Medicamentos y suministros en general a todas las áreas del hospital.
- Información al a unidad administrativa y al departamento de compras sobre los movimientos realizados en un período determinado.
- Productos que entrega el equipo directivo de una unidad de primer nivel:
  - Al personal, una serie de sistemas, normas e instrucciones que rigen el funcionamiento de la unidad.
  - Al personal y a niveles jerárquicos superiores, información sobre el desempeño, el logro de objetivos y el cumplimiento de metas.

Cuando un equipo ha identificado los productos que entrega a sus clientes, debe continuar con la especificación de las características o requisitos que determinan el nivel de calidad de tales productos. Es recomendable que para ello considere las dimensiones de la calidad propuestas por Donabedian, es decir, que identifique características que se refieren tanto al aspecto técnico de la atención como al interpersonal. Conviene recordar aquí que existe la posibilidad de identificar características que se refieran a ambas dimensiones. Para facilitar la especificación de las características de calidad hay dos preguntas que pueden plantearse:

- ¿Cómo sabemos que el producto es de buena calidad desde el punto de vista técnico?
- ¿Cómo sabemos que el producto es de buena calidad desde el punto de vista interpersonal?

Si aplicamos las preguntas anteriores al producto “Consulta otorgada por el médico” podríamos pensar en respuestas como las siguientes:

- Desde el punto de vista técnico:
  - Tiempo: no duró menos de 15 minutos ni más de 25
  - Integridad (estuvo completa): se hizo interrogatorio y exploración física, se informó al paciente sobre el posible diagnóstico, se le dieron indicaciones y, si procedía, tratamiento; se le dijo cuál era la fecha para la próxima visita.
- Desde el punto de vista interpersonal :
  - El paciente considera que la duración de la consulta es adecuada
  - El paciente considera que el trato proporcionado por el médico fue respetuoso
  - El paciente considera que el interrogatorio estuvo bien
  - El paciente considera que el médico lo revisó bien

La especificación de los requisitos de calidad debe hacerse para cada uno de los productos identificados por el equipo. Cabe mencionar que también para los productos que se entregan a los clientes internos es posible considerar las dimensiones técnica e interpersonal.

Iniciar la propuesta de mejora partiendo de identificar los productos que se entregan a los clientes (externos e internos) y de la especificación de sus características de calidad, contribuye a evitar que los integrantes de los equipos cometan dos errores, por cierto frecuentes, que dificultarían el comienzo del Programa de Garantía de Calidad:

- Identificar problemas de calidad en productos que les son entregados a ellos, pero que no están en condiciones de controlar puesto que corresponden a otras áreas. Por ejemplo, es frecuente que los equipos de salud se quejen de la falta de recursos y de apoyo para hacer sus

actividades. Cuando esto sucede, cabe formularse las siguientes preguntas con el fin de concentrarse en los productos de la propia área:

- ¿Es posible mejorar la calidad de los productos que se entregan con los recursos ahora disponibles?
  - ¿Qué tanto podemos asegurar que estamos entregando productos de buena calidad?
  - ¿Qué opinan nuestros clientes sobre los productos que les entregamos?
- El otro error que se puede prevenir al identificar los productos y sus requisitos de calidad consiste en identificar problemas que, si bien son importantes, es difícil medir el impacto que tienen en la calidad de los productos. Por ejemplo, es frecuente que se mencionen como principales problemas “de calidad” la falta de motivación y la falta de comunicación entre el personal. Cuando esto ocurre es necesario aclarar que éstos no son problemas de calidad, sino problemas personales o de relaciones humanas, e insistir en que es necesario pensar en la calidad de los productos que se entregan a los clientes.

Al respecto, cabe mencionar que los esfuerzos sistemáticos por mejorar la calidad, si son impulsados con firmeza por los directivos, provocan en corto tiempo una comunicación más fluida y elevan la motivación del personal debido a la posibilidad de participar en esfuerzos colectivos dirigidos a un fin común.

La identificación de productos se facilita cuando los directivos establecen prioridades claras en el Programa de Garantía de Calidad y las difunden en la organización o en las áreas donde dicho programa se comenzará a aplicar. Por ejemplo, el Programa de Garantía de Calidad puede establecer como una de sus prioridades mejorar la atención que se proporciona en las áreas de Urgencias, donde no se cuenta con un adecuado sistema de clasificación y referencia de pacientes, y de Admisión, donde el procedimiento resulta ser en extremo prolongado y complicado para los pacientes y sus acompañantes. Teniendo esto claro, será poco probable que los responsables y el personal de dichas áreas desvíen su atención hacia otros aspectos.

En la figura 10.1 se presenta un instrumento, llamado “carta de requisitos de calidad”, que sirve para que los equipos de trabajo registren la información comentada hasta este punto. La figura 10.2 contiene un ejemplo sobre el uso de este instrumento.

FECHA :

NOMBRE DEL PROCESO		
CARTA DE REQUISITOS DE CALIDAD DEL PROCESO		
PRODUCTOS	REQUISITOS DE CALIDAD	CLIENTES
<p>En esta columna se listan los productos (bienes, servicios o información) que resultan de transformar los recursos durante las actividades del proceso. Para hacer una lista precisa de los productos conviene responder a la pregunta ¿qué reciben los clientes como resultado del proceso? Por ejemplo, en una consulta los pacientes reciben información acerca de su padecimiento e indicaciones sobre el tratamiento; el producto de una supervisión es la información que por un lado recibe el responsable del área supervisada y por otro el nivel superior del propio supervisor, y durante la vacunación, los pacientes reciben una dosis de determinado biológico.</p> <p>Un proceso puede tener varios productos.</p>	<p>Son las características que deben tener los productos que reciben los clientes para que éstos satisfagan sus necesidades y expectativas. Se incluyen datos relacionados con medidas específicas (mg, ml, dosis), la oportunidad (información antes de determinada fecha, la funcionalidad (buen estado y vigencia), la cantidad (material suficiente), la integridad (que el producto esté completo), y la claridad y la precisión cuando el producto se refiere a datos particulares.</p> <p>Es posible que existan grupos de productos que compartan ciertos requisitos, pero también podrán listarse productos cuyos requisitos de calidad deban ser considerados de manera exclusiva, de modo que la información registrada en esta columna deberá estar al mismo nivel del producto correspondiente.</p>	<p>Son las personas que reciben los productos derivados del proceso. Pueden ser externos (que no pertenezcan a la organización, como pacientes, acompañantes, aseguradoras, administradoras de servicios de salud o grupos financieros) o internos (una persona o área dentro de la organización, como encargados de departamentos específicos o los superiores del propietario del proceso).</p> <p>Un proceso puede tener más de un cliente.</p>

Fig. 10.1. Carta de requisitos de calidad para productos con instructivo.

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROCESO: Consulta de control prenatal		
PROPIETARIO DEL PROCESO: Médico		
CARTA DE REQUISITOS DE CALIDAD DEL PROCESO		
PRODUCTOS	REQUISITOS DE CALIDAD	CLIENTES
Información proporcionada a la paciente	<p><b>Completa:</b> que se refiera a datos del interrogatorio, la exploración física, el diagnóstico, el tratamiento y la fecha de la próxima cita. En casos de referencia para atención de parto o para control en otro nivel, la información deberá incluir motivo de la referencia, explicación de los riesgos para la paciente o el bebé si aquella no acudiera en la fecha indicada, así como direcciones, rutas de acceso, horarios y trámites del centro de referencia.</p> <p><b>Adecuada al nivel de comprensión de la paciente:</b> Para asegurarse de que la paciente ha entendido todas las indicaciones, el médico debe esforzarse en ofrecer la información poco a poco y evitando el uso de palabras médicas. Cuando esto sea imprescindible, el médico deberá explicar a la paciente su significado y asegurarse de que ésta lo ha comprendido. El médico debe decirle a la paciente que le pregunte todo aquello que sienta no haber comprendido. <b>El médico debe destacar la importancia de los factores de riesgo y de los signos y síntomas de alarma.</b></p>	Paciente
Consulta otorgada	<p><b>Apropiados:</b> Con interrogatorio, exploración física, diagnóstico tratamiento y fecha para la próxima visita.</p> <p><b>Duración:</b> 20 minutos o más</p> <p><b>En presencia de una enfermera</b></p>	Paciente
Tratamiento e indicaciones	<b>Correcto:</b> Debe corresponder a los hallazgos clínicos.	Paciente
Notas en el expediente	<p><b>Completas:</b> En caso de historia clínica debe considerar todos los rubros de los formatos en uso. En caso de tratarse de notas de evolución, debe incluir datos sobre el interrogatorio, la exploración física, el diagnóstico, el tratamiento (con su respectiva justificación) y fecha para la próxima visita. Cuando sea el caso, se incluirán las órdenes de los estudios de laboratorio y gabinete que se hayan indicado a la paciente, a sí como las solicitudes de referencia (con sus respectivas justificaciones). En todos los casos deberá parecer la <b>firma del médico y la fecha.</b></p> <p><b>Legibles:</b> Cualquier persona debe ser capaz de entender las notas que aparezcan en el expediente</p>	Otros médicos Supervisores Personal paramédico

Fig. 10.2. Ejemplo de carta de requisitos de calidad para productos.

## 1.2. Identificación y análisis de procesos

La identificación de los requisitos de calidad de los productos que se entregan a los clientes no basta para asegurar que se tiene control de todas las variables que determinan la calidad en la prestación de los servicios de salud. Por lo general, es recomendable que los equipos profundicen el análisis ahora de la forma en que se llevan a cabo las actividades que culminan en la entrega de los productos a los clientes. Es necesario, entonces, analizar los procesos mediante los cuales se generan tales procesos.

**Un proceso es una secuencia de actividades que se lleva a cabo para obtener uno o más productos a través de la transformación de ciertos insumos y del uso de los recursos disponibles.**

El análisis de los procesos permite responder a preguntas como las siguientes:

- ¿Cómo debemos realizar nuestras actividades para garantizar que los productos que entregamos son de buena calidad?
- ¿Cómo las estamos realizando actualmente?
- ¿Qué cambios deberíamos hacer?

Entre las principales ventajas del análisis de procesos están las siguientes:

- Hace explícitos los estándares de calidad
- Permite corregir los sistemas de modo que desaparezcan las causas de los problemas de calidad (no sólo los síntomas)
- Permite prevenir errores y defectos
- Al identificar los aspectos que deben ser controlados, los integrantes de los equipos pueden concentrar su atención y esfuerzos en los aspectos determinantes.

Para identificar los procesos que están detrás de los productos que son entregados a los clientes, es necesario tener presentes sus características:

- Transforman insumos en productos.
- Sus productos deben satisfacer las necesidades de un cliente (externo o interno).
- Están definidos por un verbo que refleja la acción principal.
- Tienen un principio y un fin (límites).
- Tienen un propietario (la persona que se ve más afectada por el proceso).
- Pueden ser representados en diagramas de flujo.
- Pueden ser medidos.
- Pueden ser mejorados.

Al analizar procesos es de gran importancia identificarlos con el nombre correcto, ya que esto orienta a los integrantes de los equipos y les ayuda a aprovechar mejor el tiempo al evitar que se dispersen. Mientras más preciso y descriptivo sea el nombre del proceso, más fácil será el análisis que de éste se haga. Por ejemplo, nombrar a un proceso como “consulta de control prenatal”, aunque es correcto, es menos preciso que nombrarlo como “consulta de control prenatal en unidad rural”, o “consulta de control prenatal en unidad de segundo nivel”.

Otro momento clave en el análisis de procesos es cuando se dibuja el diagrama de flujo correspondiente. Esto al principio suele dificultarse un poco, pero con la práctica los equipos llegan a elaborar diagramas excelentes.

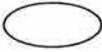
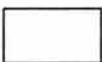
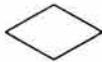
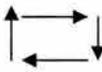
En las figuras 10.3 y 10.4 se ilustran, respectivamente, el instrumento utilizado para analizar procesos, llamado “carta de proceso” y el ejemplo correspondiente.

FECHA: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PROCESO:** debe referirse a la realización de una acción y, en lo posible de un producto.

**PROPIETARIO DEL PROCESO:** Se refiere al puesto de la persona que en última instancia es responsable del proceso. Es quien "entrega cuentas"

**CARTA DE PROCESO**

FACTORES A CONTROLAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Los factores a controlar son las previsiones que se deben tomar para que las actividades del proceso se lleven a cabo sin dificultades y sea posible obtener los resultados esperados. Por lo tanto, en esta columna será necesario incluir, para cada actividad, todo lo que la persona que la lleva a cabo debe tomar en cuenta para que su trabajo se realice de la mejor manera posible desde la primera vez. Si se trata de recibir a un paciente, será necesario asegurar que se conoce su nombre y que se saluda con cortesía; para elaborar un informe, se deberá considerar el tiempo de anticipación y la fuente que provea información actualizada.</p> <p>Los factores a controlar son una forma de hacer explícitas las características de calidad de los procesos.</p>	<p>En esta columna se deben registrar la lista de actividades que se lleva a cabo para obtener los productos del proceso. Es importante que aparezcan sólo las actividades que se realizan y en el orden en que esto sucede en la realidad. De ser posible, se sustituye la lista por un diagrama de flujo utilizando, por lo menos, los siguientes símbolos:</p> <p> La elipse representa el principio o el final del proceso. Es común que aparezcan, precisamente, las palabras "inicio" o "fin" en las elipses correspondientes, aunque también es correcto escribir las actividades que se llevan a cabo en estos momentos.</p> <p> Los rectángulos simbolizan actividades. En la medida en que las actividades se caracterizan por que producen efectos determinados, es posible decir que en ellas radica la naturaleza transformadora de los procesos. Al momento de escribir las actividades dentro de los rectángulos (y las elipses si así se decide dibujar el diagrama) es necesario recordar que en el texto deberá aparecer un verbo que refleje la acción que se lleva a cabo.</p> <p> Rombos. Se les conoce como diamantes de decisión, pues en ellos aparecen preguntas, que por lo general se pueden responder sólo con las palabras "sí" o "no". Dichas preguntas se refieren a decisiones cruciales que pueden alterar el flujo de las actividades del proceso.</p> <p> Los círculos pequeños reciben el nombre de "conectores" y se utilizan para identificar que el flujo del proceso continúa a otra parte, ya sea en otra hoja, porque el diagrama es demasiado grande, ya sea en otro proceso. * Los conectores siempre deben incluir alguna señal (como una letra o un número) que indica referencia precisa.</p> <p> Las flechas representan la dirección y la secuencia en que las actividades y decisiones tienen lugar dentro del proceso.</p>	<p>En esta columna debe aparecer el nombre del puesto de la persona que responde por cada una de las actividades del proceso. Es posible que haya procesos en los que el propietario es también responsable de todas las actividades. Sin embargo, también puede haber procesos en los que participan varias personas haciéndose responsables de diversas actividades.</p>	<p>Los resultados esperados se refieren al efecto que se pretende observar al realizar cada actividad. Pueden ser condiciones necesarias para que las actividades posteriores se lleven a cabo con éxito, o bien, consecuencias esperadas en las personas que recibirán los productos del proceso.</p> <p>Pro ejemplo, el resultado esperado de saludar con cortesía por su nombre, es que éste se sienta bienvenido y perciba un trato digno; al actuar con anticipación e incluir información actualizada, precisa y breve para elaborar un informe, se espera contribuir a que la toma de decisiones sea ágil y segura.</p> <p>En los resultados esperados, también se hacen explícitas las características de calidad de los procesos.</p>

FECHA :			
<b>NOMBRE DEL PROCESO:</b> Consulta de control prenatal en unidad ddurbana de primer nivel			
<b>PROPIETARIO DEL PROCESO:</b> Médico			
CARTA DE PROCESO			
FACTORES A CONTROLAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RESULTADOS ESPERADOS
Presentación personal del médico, amabilidad  Formato, bolígrafo, letra legible  Instrumentos de registro, letra legible  Conocimiento de aspectos a investigar: signos de alarma, factores de riesgo  Conocimiento de aspectos a explorar; estuche de Dx, baumanómetro, báscula, estadímetro, formatos de expediente clínico  Conocimiento sobre cuadros clínicos	<pre>                     graph TD                         Start([Recepción de la paciente en el consultorio]) --&gt; Register[Registro de lapaciente en hoja de visita diaria]                         Register --&gt; Decision{¿Es 1ª vez?}                         Decision -- Sí --&gt; Open[Apertura de expediente clínico y elaboración de tarjeta de control]                         Decision -- No --&gt; Interrogatorio[Interrogatorio]                         Open --&gt; Interrogatorio                         Interrogatorio --&gt; Exam[Exploración física]                         Exam --&gt; Diagnosis[Diagnóstico]                         Diagnosis --&gt; End((1))                     </pre>	Médico  Médico  Médico  Médico  Médico  Médico	Que la paciente se sienta tratada con respeto; que sienta confianza  Contar con información para la elaboración de reportes  Registro adecuado de datos sobre la paciente Control  Contar con información para proporcionar indicaciones adecuadas  Verificar estado físico de la paciente; identificar signos de alarma  Determinar acción a seguir con la paciente

1/3

Fig. 10.4a. Ejemplo de carta de proceso.



FECHA:			
NOMBRE DEL PROCESO: Consulta de control prenatal en unidad urbana de primer nivel			
PROPIETARIO DEL PROCESO: Médico			
CARTA DE PROCESO			
FACTORES A CONTROLAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Información sobre instituciones de 2° y 3° nivel. Conocimiento sobre criterios de admisión</p> <p>Lenguaje claro; repasar información importante (signos y síntomas de alarma, factores de riesgo, tratamiento; pedir a la paciente que los repita)</p> <p>Insistir en la importancia de cumplir con la cita. Bolígrafo, letra legible</p> <p>Formatos, bolígrafo, letra legible</p>	<pre> graph TD     2((2)) --&gt; A[Se prepara referencia]     A --&gt; B[Se proporcionan Indicaciones necesarias]     3((3)) --- B     B --&gt; C[Se entrega carnet con próxima cita y se despide a la paciente]     C --&gt; D([Registro de datos faltantes en hoja de visita diaria, expediente y tarjeta de control])             </pre>	<p>Médico</p> <p>Médico</p> <p>Médico</p> <p>Médico</p>	<p>Que la paciente acuda oportunamente, sepa adónde dirigirse y qué hacer</p> <p>Asegurar que la paciente comprendió los mensajes importantes</p> <p>Que la paciente regrese puntual a su próxima cita. Que se sienta satisfecha con la atención recibida</p> <p>Asegurar control adecuado a la paciente. Contar con información para reportes</p>
			3/3

Fig. 10.4c. Ejemplo de carta de proceso.

Parte del análisis del proceso es la identificación de los requisitos de calidad de los insumos y la estructura. Veamos los instrumentos que Qualimed propone para llevarla a cabo:

FECHA :

<b>NOMBRE DEL PROCESO</b>		
<b>CARTA DE REQUISITOS DE CALIDAD DEL PROCESO</b>		
<b>INSUMOS</b>	<b>REQUISITOS DE CALIDAD</b>	<b>PROVEEDORES</b>
<p>En esta columna deben aparecer los elementos más importantes que se transformarán en productos como resultado de las actividades del proceso. No se deberán incluir recursos como mobiliario, equipo, instrumental y materiales de consumo, ya que éstos aparecerán en el análisis de la estructura. Se deberán detallar, sobre todo, los insumos que se relacionan directamente con la ejecución de las actividades críticas del proceso analizado.</p> <p>Es importante registrar en esta columna los elementos que los propios clientes del proceso aportan para que sean utilizados durante las actividades. Por ejemplo, en una consulta los pacientes dan información necesaria para que el médico establezca un diagnóstico.</p>	<p>Son las especificaciones que deben tener los insumos para que el proceso pueda llevarse a cabo de manera adecuada. Como en el caso de los productos, los requisitos de calidad pueden expresarse en términos de medidas, oportunidad, claridad, precisión, cantidad, integridad y funcionalidad.</p>	<p>Son las personas, departamentos o áreas que proporcionan los insumos. Pueden ser externos o internos. En el caso de los servicios en general, y de los servicios de salud en particular, es frecuente que los clientes sean a la vez proveedores.</p>

Fig. 10.5. Carta de requisitos de calidad para insumos con instructivo.

FECHA :

<b>NOMBRE DEL PROCESO: Consulta de control prenatal</b>		
<b>PROPIETARIO DEL PROCESO: Médico</b>		
<b>CARTA DE REQUISITOS DE CALIDAD DEL PROCESO</b>		
<b>INSUMOS</b>	<b>REQUISITOS DE CALIDAD</b>	<b>PROVEEDORES</b>
<p>Información proporcionada por la paciente</p> <p>Papelería</p>	<p>La calidad de la información depende de la forma en que el médico realice el interrogatorio y profundice en los aspectos que le generen dudas.</p> <p>Todos los formatos disponibles: expediente, historia clínica, notas de evolución, solicitudes para estudios de laboratorio, formatos para referencias, recetas.</p>	<p>Paciente</p> <p>Administración</p>

Fig. 10.6. Ejemplo de carta de requisitos de calidad para insumos.

FECHA :

<b>NOMBRE DEL PROCESO</b>		
<b>CARTA DE REQUISITOS DE CALIDAD DEL PROCESO</b>		
<b>ESTRUCTURA</b>	<b>REQUISITOS DE CALIDAD</b>	<b>PROVEEDORES</b>
Aquí se listan los materiales, el equipo, la información y, en general, los recursos necesarios para realizar las actividades del proceso. Es importante detallar, sobre todo, los recursos que se relacionan directamente con la ejecución de las actividades críticas del proceso analizado.	Son las especificaciones que deben tener los recursos listados para que el proceso pueda llevarse a cabo de manera adecuada. También en este caso los requisitos de calidad pueden expresarse en términos de medidas, oportunidad, claridad, precisión, cantidad, integridad y funcionalidad.	Son las personas, departamentos o áreas que proporcionan los recursos y también en este caso pueden ser externos o internos.

Fig. 10.7. Carta de requisitos de calidad para estructura.

FECHA :

<b>NOMBRE DEL PROCESO: Consulta de control prenatal</b>		
<b>PROPIETARIO DEL PROCESO: Médico</b>		
<b>CARTA DE REQUISITOS DE CALIDAD DEL PROCESO</b>		
<b>ESTRUCTURA</b>	<b>REQUISITOS DE CALIDAD</b>	<b>PROVEEDORES</b>
Consultorio	Piso y paredes limpios, ventilado, iluminado, con espacio para cambio de ropa y que permita privacidad, escritorio limpio y ordenado, asientos para pacientes confortables.	Administración
Equipo, instrumental y material	En buen estado y completo (ver lista adjunta).	Administración
Normas técnicas	Vigentes y que correspondan al caso (para la atención del embarazo, parto y puerperio)	Área de atención médica
Información técnica	Vigente y actualizada (al año anterior), que corresponda a las necesidades y prácticas médicas	Área de enseñanza, instituciones de educación superior

Fig. 10.8. Ejemplo de carta de requisitos de calidad para estructura.

Aunque la utilización de las cartas de requisitos para insumos y estructura es de gran utilidad para identificar los factores que pueden afectar al proceso y, en consecuencia, la calidad de los productos que se entregan a los clientes, en términos del impacto inmediato del análisis es más importante que el personal de salud conozca los requisitos de los insumos. Así podrán detectar oportunamente cuándo éstos no tienen el nivel de calidad necesario y estarán en mejores condiciones para evitar que el producto sea deficiente.

Por ejemplo, un médico puede solicitar que le surtan la papelería que consume durante el proceso de consulta antes de que agote la que tiene en su consultorio y una enfermera que aplique una vacuna podrá identificar cuándo esta no ha sido manejada con el debido cuidado y así no la usará.

Por el contrario, la identificación de los requisitos de calidad de la estructura, aunque es necesaria, no debe consumir mucho tiempo de los equipos. Como se mencionó antes, existe la tendencia entre el personal operativo a centrar su atención en la falta de recursos. De cualquier modo, se espera que una organización de salud que pone en marcha un Programa de Garantía de Calidad promueva el análisis y la mejora de procesos como “abasto de papelería” o “mantenimiento”, con lo que se esperarían reducir problemas relacionados con la estructura.

Las cartas de requisitos de calidad para insumos y estructura deben ser usadas como argumento para negociar con los proveedores correspondientes, tratando de demostrarles cómo las deficiencias en unos y otros afectan al proceso y en última instancia, las características de calidad de los productos.

### **1.3. Identificación y análisis de actividades críticas**

Es imposible controlar todos los aspectos de un proceso que pudieran afectar la calidad de los productos. Por lo tanto, es indispensable ejercer el control sobre los aspectos verdaderamente determinantes que, por cierto, suelen ser sólo unos cuantos. Dentro de las actividades que tienen lugar durante los procesos de atención, hay algunas que resultan decisivas para el logro de los objetivos. Ruelas y cols. (1990) definieron las actividades críticas como aquellas que, de no realizarse bien desde la primera vez, pondrían en riesgo el diagnóstico, el tratamiento o la vida del paciente. Si los esfuerzos para el control y la mejora se enfocan en las actividades críticas, la energía y los recursos de la organización serán mejor aprovechados.

Aunque es posible identificar las actividades críticas sin necesidad de recurrir al diagrama de flujo correspondiente, lo más recomendable es hacerlo en el diagrama que aparece en la carta de proceso. El procedimiento sugerido para hacerlo es el siguiente:

- Considerando el número de actividades del proceso que se esté analizando, los integrantes del equipo deberán preguntarse cuáles son las tres o cinco actividades que, de no hacerse bien desde la primera vez, pondrían en riesgo el diagnóstico, el tratamiento, la salud o, incluso, la vida de los pacientes.
- Los integrantes del equipo deberán hacer el esfuerzo para llegar a un consenso.
- En caso de que las actividades críticas rebasen por mucho el número recomendado, los integrantes del equipo tendrán que seleccionar, de entre ellas, las que sean determinantes para el resto.
- En cuanto hayan identificado un número considerablemente reducido de actividades críticas, deberán encerrarlas en un círculo en el diagrama.

El siguiente, es un ejemplo de identificación de actividades críticas en el proceso de consulta.

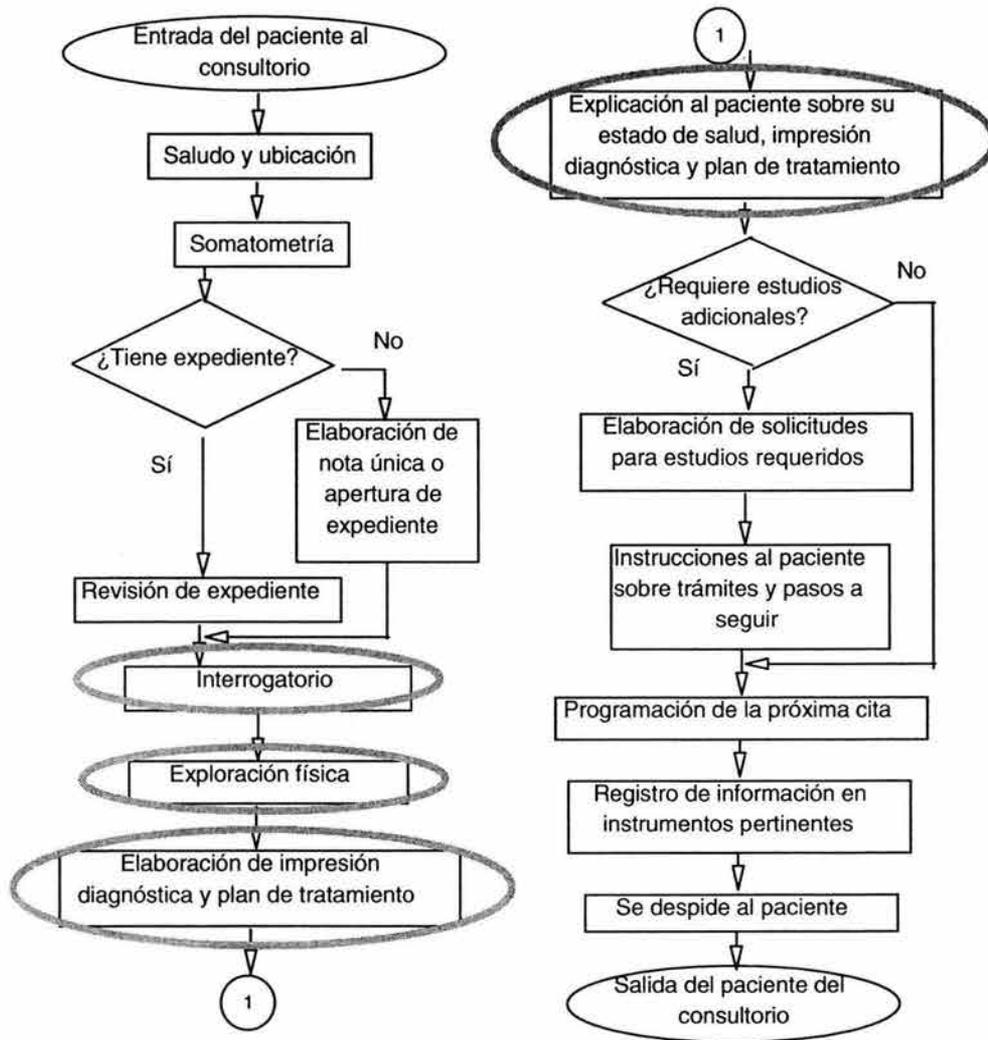


Fig. 10.9. Ejemplo de identificación de actividades críticas del proceso de consulta.

Aun cuando continuamos revisando las herramientas e instrumentos de los que se pueden valer los equipos en el paso de identificación de los aspectos que deben ser mejorados (queda por revisar la medición, el control y la mejora), la identificación de actividades críticas proporciona la pauta para comenzar a proponer cambios que pueden contribuir a ofrecer mejor atención. Para ello, Qualimed diseñó el instrumento que se muestra en la figura 10.10. La figura 10.11 muestra el ejemplo respectivo.

FECHA :				
NOMBRE DEL PROCESO				
ANÁLISIS DE ACTIVIDADES CRÍTICAS				
ACTIVIDAD CRÍTICA	NORMAS DE REALIZACIÓN	¿PUEDE MEJORAR?	¿QUÉ SE DEBE HACER?	RESPONSABLES
<p>En esta columna se deben escribir los nombres de las actividades críticas del proceso que se esté analizando.</p> <p>Las actividades críticas se definen como aquellas que, de no hacerse bien desde la primera vez, podrían poner en riesgo el diagnóstico, el tratamiento y la salud o la vida del paciente.</p> <p>Las actividades críticas son decisivas para el éxito o el fracaso de cada proceso.</p>	<p>En esta columna se describe la forma en que se deben llevar a cabo las actividades críticas para que los productos del proceso tengan la calidad necesaria para satisfacer las necesidades de los clientes.</p> <p>Se deben considerar, entre otros aspectos, el apego a normas vigentes, el uso adecuado de instrumentos y el tiempo.</p>	<p>Se deberá escribir una marca (una "X") a la altura de cada elemento listado en la columna anterior, que pueda ser mejorado</p>	<p>En esta columna se escriben las acciones que se deben realizar para mejorar la forma en que actualmente se llevan a cabo las actividades críticas. Podrán aparecer, por ejemplo, modificaciones a los procedimientos, adquisición de cierto equipo, contratación de otros proveedores, uso de ciertas técnicas e instrumentos de evaluación y organización de actividades de capacitación, entre otras medidas.</p>	<p>Se escriben los nombres de los puestos ocupados por quienes se harán cargo de aplicar las medidas que aparecen en la columna anterior. Cuando hay varias personas con el mismo puesto, será necesario escribir el nombre propio de quien resulte designado.</p>

Fig. 10.10. Instrumento para análisis de actividades críticas.

La identificación de los requisitos de calidad de los productos, el análisis de los procesos mediante la carta de proceso, la identificación de requisitos de calidad de los insumos y la estructura, y la identificación y análisis de las actividades críticas son todas acciones e instrumentos que auxilian a los equipos en el primer paso de la mejora, la identificación de lo que será mejorado. A continuación se presentan algunos instrumentos que facilitan la medición de la calidad.

FECHA :

Primera consulta de control prenatal (hoja 1 de 2)				
ANÁLISIS DE ACTIVIDADES CRÍTICAS				
ACTIVIDAD CRÍTICA	NORMAS DE REALIZACIÓN	¿PUEDE MEJORAR?	¿QUÉ SE DEBE HACER?	RESPONSABLES
Interrogatorio	Debe descartar antecedentes desfavorables de la madre para el binomio.	✓	1. Revisión sistemática de expedientes  2. Aplicación sistemática de listas de verificación (guía de interrogatorio) para incluir en el expediente de la paciente  3. Aplicación sistemática de guías de observación durante la consulta	Director Médico Jefe de Ginecoobstetricia  Dir. Médico y Jefe de GO: diseño Dir. Admvo: impresión Médicos: aplicación
	Debe identificar y descartar síntomas de alarma	✓		
	Debe ser adecuado al nivel de escolaridad de la paciente	✓		
Exploración física	Debe estar orientada a identificar signos de alarma  Debe respetarse la privacidad de la paciente  Debe realizarse en presencia de una enfermera	✓	Se repiten 1, 2 y 3	“

Fig. 10.11a. Ejemplo de análisis de actividades críticas del proceso de consulta de control prenatal.

FECHA :

Primera consulta de control prenatal (hoja 2 de 2)				
ANÁLISIS DE ACTIVIDADES CRÍTICAS				
ACTIVIDAD CRÍTICA	NORMAS DE REALIZACIÓN	¿PUEDE MEJORAR?	¿QUÉ SE DEBE HACER?	RESPONSABLES
Información a la paciente	Debe estar orientada a identificar signos de alarma Debe considerar el nivel de escolaridad de la paciente Debe usar apoyos visuales (modelos anatómicos o esquemas) Se debe entregar información escrita (por ejemplo, folletos sobre signos y síntomas de alarma y cuidados generales durante el embarazo)	✓ ✓ ✓ ✓	Se repiten 1, 2 y 3 4. Selección de modelos o esquemas 5. Compra de modelos o esquemas 6. Selección o diseño de folletos 7. Impresión	“ Dir. Médico, Dir. Enseñanza, Jefe de GO Director Admvo. Dir. Médico, Dir. Enseñanza Jefe de GO Director Admvo.

Fig. 10.11b. Ejemplo de análisis de actividades críticas del proceso de consulta de control prenatal.

## 10.2 MEDICIÓN

### 2.1. Desarrollo de indicadores y estándares

Medir es asignar números a diversos atributos o variables con base en reglas y parámetros establecidos. Los atributos, es decir, los aspectos de la calidad que serán medidos reciben el nombre de indicadores. Un indicador de la calidad de la atención es, entonces la expresión numérica del atributo de la calidad que debe ser medido. Los indicadores de calidad pueden referirse a:

- Los requisitos de calidad de los productos
- Los factores a controlar, resultados esperados y normas de realización de las actividades críticas

- Requisitos de calidad de los insumos y la estructura que afecten de manera directa la realización de las actividades críticas

Los indicadores pueden referirse a las dimensiones técnica o interpersonal de la atención, al mismo tiempo que a la estructura el proceso o el resultado.

La expresión numérica de los indicadores se realiza casi siempre por medio de una fórmula. El resultado que se **debería** obtener al aplicar dicha fórmula recibe el nombre de estándar. Los estándares pueden determinarse por el propio médico, o bien, pueden referirse a fuentes externas como las normas oficiales de atención o las publicaciones de los expertos sobre diversos temas. Los estándares permiten saber si el nivel de calidad es mejor, igual o peor que el punto de referencia.

Cuando se desarrolla un indicador, es necesario especificar la fuente de la cual ase obtendrán los datos que serán expresados en la fórmula, así como los instrumentos que se utilizarán para registrarlos y concentrarlos.

Parte importante del indicador es el tipo y tamaño de la muestra. Cuando hacemos referencia al tipo podemos considerar si esta es probabilística o no probabilística, por conveniencia y estratificada, entre otras, y sobre el tamaño podemos hacer referencia a un porcentaje o a una cuota fija, por ejemplo. Si el número de casos lo permite, cabe la posibilidad de que el atributo se mida en toda la población. En este caso hablamos de un censo y no de una muestra.

Al desarrollar los indicadores será necesario hacer explícito quién participará en todo el proceso de medición, señalando las actividades de las cuales se hará cargo y el momento en que esto deberá ocurrir.

Por último, se deberán prever los aspectos que serán sometidos a procedimientos de validación para asegurar que el indicador mide precisamente lo que se desea medir. Las figuras 10.12 y 10.13 muestran, respectivamente, el instrumento propuesto por Qualimed para desarrollar indicadores y un ejemplo.

FECHA :	
<b>NOMBRE DEL PROCESO:</b>	
<b>ACTIVIDAD CRÍTICA:</b>	
<p style="text-align: center;"><b>1. INDICADOR</b></p> <p>Es el aspecto de la calidad que será medido. Puede referirse al proceso o a sus productos. En el primer caso, los indicadores reflejan lo bien o mal que se realizan las actividades del proceso; en el segundo, el grado en que cubren las necesidades de las personas o áreas que los reciben.</p>	<p style="text-align: center;"><b>6. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b></p> <p>En esta sección se identifican los instrumentos de apoyo que se utilizan para registrar los datos obtenidos de las fuentes: hojas de datos, listas de verificación, guías de entrevista, cuestionarios y planillas de inspección entre otros.</p>
<p style="text-align: center;"><b>2. FÓRMULA DEL INDICADOR</b></p> <p>Es la forma en que se cuantificará el indicador. Por lo general se basa en una proporción (que se puede transformar en porcentaje) del tipo:</p> <p style="text-align: center;"><u>Número de actividades o productos con determinada característica</u> Total de actividades (o productos) considerados</p>	<p style="text-align: center;"><b>7. TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA</b></p> <p>Puede ser probabilística o no probabilística. En cuanto al tamaño, puede referirse a un porcentaje o a una cuota. Respecto a la selección, se recomienda que sea aleatoria.</p>
<p style="text-align: center;"><b>3. ESTÁNDAR</b></p> <p>Los estándares son los valores que se han considerado pertinentes para la aplicación de cada fórmula. Si lo medido son aspectos desfavorables, como defectos o errores, lo deseable es que los estándares sean iguales o cercanos a cero. Por el contrario, si lo que se mide son aciertos, deberán ser iguales o cercanos a 1 (en el caso de las proporciones) o al 100 en el caso de los porcentajes.</p>	<p style="text-align: center;"><b>8. DEFINICIÓN DE RESPONSABILIDADES</b></p> <p>Se establece quién se hará cargo de las diferentes actividades relacionadas con el proceso de medición. Recopilación de datos, captura, tabulación, análisis y elaboración de reporte, entre los más importantes.</p>
<p style="text-align: center;"><b>4. ORIGEN</b></p> <p>Es el documento que fundamenta el uso del indicador y su estándar. Puede referirse a una norma (internacional, nacional o de la propia organización), a un acuerdo local entre diversos expertos o a la información aparecida en publicaciones recientes.</p>	<p style="text-align: center;"><b>9. PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES</b></p> <p>En este espacio se precisa la frecuencia con la que se aplicará el indicador, detallando la periodicidad de las actividades implicadas. Por ejemplo, recopilación de información: diario; concentración: semanal; análisis y reporte: mensual.</p>
<p style="text-align: center;"><b>5. FUENTES DE DATOS</b></p> <p>Son los documentos a partir de los cuales se obtendrá la información necesaria para aplicar la fórmula del indicador. Pueden ser expedientes, informes de estudios, reportes de encuestas u otros documentos oficiales. Los propios usuarios, así como los proveedores, también pueden ser identificados como fuentes de información. Algunas organizaciones cuentan con bases electrónicas de datos que pueden ser utilizadas para aplicar los indicadores.</p>	<p style="text-align: center;"><b>10. VALIDACIÓN Y ANALISIS</b></p> <p>Se refiere, por un lado a los procedimientos que se han utilizado o se utilizarán para asegurar que el indicador mide específicamente el aspecto de la calidad que se pretende medir. En este sentido, cabe siempre preguntarse si no existe alguna otra forma de obtener el dato buscado. Por otro lado, considera el tipo de comparaciones y pruebas estadísticas que se llevan a cabo con la información que arroja la aplicación del indicador.</p>

Fig. 10.12. Instrumento para desarrollo de indicadores.

## 2.2. Plan de medición de la calidad

Cuando se han desarrollado varios indicadores para medir la calidad de diversos aspectos de un producto o un proceso, o de diversos productos o procesos, es recomendable contar con plan de mediciones que ilustre los momentos y los resultados en que serán aplicados. Qualimed diseñó un instrumento que, además de lo anterior, contiene espacios para presentar al mismo tiempo el estándar, y el resultado de la medición durante un período de 12 meses. Este instrumento se ilustra en la figura 10.14.

NOMBRE DEL PROCESO:		FECHA:
<b>ACTIVIDAD CRÍTICA:</b>		
<b>1. INDICADOR</b> Porcentaje de pacientes menores de cinco años que acuden con EDA y reciben Terapia de Rehidratación Oral (TRO)	<b>6. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> Hoja de datos	
<b>2. FÓRMULA DEL INDICADOR</b> $\frac{\text{MENORES DE 5 AÑOS QUE RECIBIERON TERAPIA DE REHIDRATACIÓN ORAL}}{\text{TODOS LOS MENORES DE CINCO AÑOS QUE ACUDIERON A CONSULTA CON EDA}} \times 100$	<b>7. TIPO DE MUESTRA</b> Censo. 100% de consultas a menores de 5 años con EDA durante la última semana de cada trimestre	
<b>3. ESTÁNDAR</b> 100%	<b>8. DEFINICIÓN DE RESPONSABILIDADES</b> Registro de las consultas en hoja diaria: Médico / Revisión de recetas: Supervisor / Revisión de expedientes: Supervisor / Registro en hoja de datos: Supervisor / Elaboración de informe: Supervisor	
<b>4. ORIGEN</b> Normas de la OMS para el tratamiento de enfermedades diarreicas	<b>9. PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES</b> Registro de las consultas en hoja diaria: diario / Revisión de recetas: mensual / Revisión de expedientes: mensual / Registro en hoja de datos: mensual / Elaboración de informe: mensual	
<b>5. FUENTES DE DATOS</b> Expedientes clínicos y copias de las recetas expedidas durante el período analizado	<b>10. VALIDACIÓN Y ANÁLISIS</b> El indicador permite identificar con precisión el uso de TRO en los casos indicados Se ha identificado que la información de los expedientes es consistente con la información que aparece en las recetas en un 98%. Ambas fuentes deben usarse de manera simultánea La hoja de datos ha sido utilizada por diferentes personas para evaluar los mismos expedientes y las mismas recetas obteniéndose resultados idénticos El que se trate de un censo asegura la representatividad de la información. De igual manera, junto con la periodicidad mensual, se evita que la indicación de TRO sólo aumente cuando se aproxime la evaluación.	

Fig. 10.13. Ejemplo de desarrollo de un indicador.

### 10.3 MONITORÍA DE ACTIVIDADES CRÍTICAS Y CONTROL

Cuando los equipos de salud, sean directivos u operativos, han realizado mediciones continuas de la calidad referida a los requisitos de calidad de los productos o a las actividades críticas de los procesos, están en condiciones de llevar a cabo la **monitoría de las actividades críticas**.

La monitoría significa vigilancia estrecha y control. Ruelas (1992) la define como la medición sistematizada del comportamiento de una o más variables durante períodos establecidos y con frecuencias determinadas. Vale hacer la comparación con los monitores de los electrocardiógrafos, los cuales muestran, en tiempo real, la situación electrofisiológica del sistema cardiaco del paciente y permiten detectar problemas que ponen en riesgo su vida y ante los cuales es necesario actuar de inmediato.

De manera similar, la monitoría de actividades críticas permite identificar problemas que afectan la calidad de la atención con el fin de que el personal de salud decida cuáles son las acciones que debe emprender para corregirlos o prevenir su reaparición (ver fig.10.15).



En los programas de garantía de calidad, control significa que los resultados corresponden a los estándares establecidos para los indicadores en una serie de mediciones consecutivas.

Juran (1990) propone el modelo de control que se ilustra en la figura 10.16.

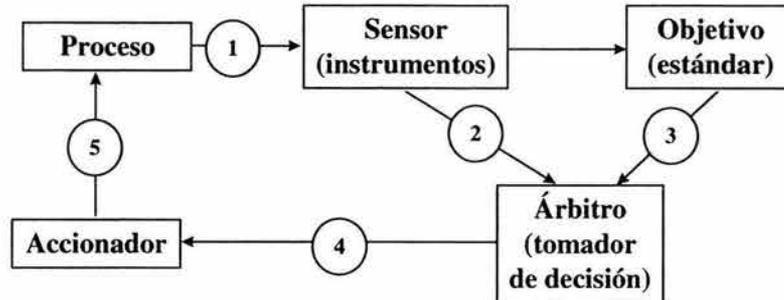


Fig. 10.16. El ciclo de retroalimentación (adaptado) propuesto por Juran (1990)

Según el modelo que aparece en la figura 10.16, el primer paso es conocer, a través de la medición por medio de instrumentos, el nivel de calidad de un proceso (a través de indicadores referidos al proceso mismo o a sus productos). Posteriormente, este dato es comparado con un objetivo o estándar. En este punto, debe establecer un criterio para decidir si el proceso continúa desarrollándose sin cambios, o por el contrario, si se debe llevar a cabo alguna acción correctiva.

Para Juran, es imposible ejercer el control si no se cuenta con los siguientes elementos:

- Conocimiento de los objetivos y estándares de calidad.
- Conocimiento del comportamiento real del proceso.
- La capacidad para emprender acciones correctivas en caso de desviaciones.

En el ámbito que nos concierne, las organizaciones relacionadas con la prestación de servicios de salud, lo anterior significa, en primer término, que los directivos deben difundir los estándares de calidad a los cuales deben ajustarse los procesos de atención y, en caso de que éstos no sean suficientes, promover la formación de equipos para que los establezcan. En segundo lugar, es necesario hacer el esfuerzo para medir el nivel de calidad de la atención que se está proporcionando. Por último, si los resultados de estas mediciones no coinciden con los estándares establecidos, los directivos deben facilitar la participación del personal de los niveles operativos, para que, trabajando en equipo, propongan y ejecuten acciones orientadas a obtener resultados más cercanos a los deseables.

## 10.4 MEJORA

Con mucha frecuencia los juicios acerca de la calidad de los servicios que proporciona el personal de salud no están basados en datos. Tanto médicos, como enfermeras y trabajadoras sociales creen, por lo general con justificada razón, que la atención que brindan es de buena calidad, pero pocas veces tienen manera de demostrarlo.

Con lo discutido hasta este punto estamos en condiciones de explicar la naturaleza de la verdadera mejora de la calidad. **Esta consiste en el logro sostenido de niveles de calidad sin precedentes**, cada vez más próximos a los estándares o, incluso, superándolos.

Entonces, la materia prima para demostrar la mejora continua de la calidad de la atención médica es la información. Sin ella es imposible saber si la atención satisface, y en qué grado, a los pacientes, o si produce los mayores beneficios en su estado de salud sometiéndolo a los menores riesgos y haciendo el uso más eficiente de los recursos disponibles.

En la figura 10.17 se presenta una figura que representa de manera gráfica la mejora de la calidad. Lo correcto es que hablemos de mejora sólo cuando sea posible representarla en gráficas de este tipo.

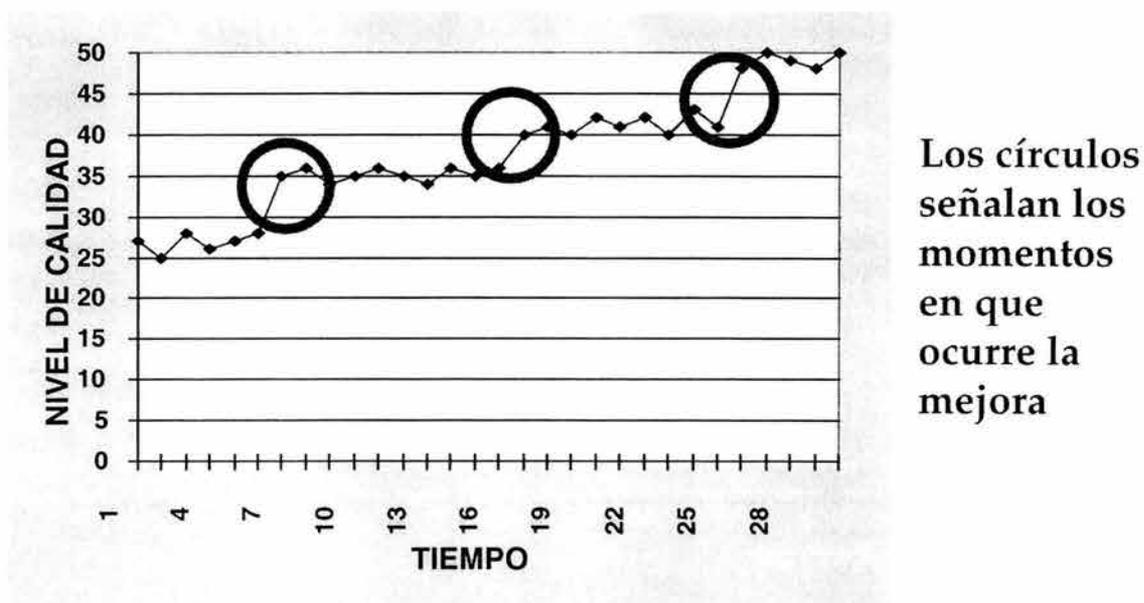


Fig. 10.17. Representación gráfica de la mejora de la calidad.

En el siguiente capítulo se presentan algunas de las herramientas más usadas para mostrar mejoras en la calidad. Además, se describen otras herramientas e instrumentos que pueden facilitar la labor de análisis y medición de los equipos de trabajo.

# 11. Herramientas para la mejora

Los programas de garantía de calidad, en particular los que están basados en la estrategia de calidad total/mejora continua, ofrecen un conjunto de técnicas que, si se aplican adecuadamente para analizar problemas y proponer soluciones, pueden ser la base para tomar decisiones importantes orientadas a mejorar la calidad haciendo un uso más eficiente de los recursos y, en consecuencia, reduciendo los costos.

Entre las técnicas más utilizadas están las "siete herramientas básicas" (7HB). Por el momento solo se mencionan:

- Diagrama de Pareto
- Diagrama causa-efecto
- Hoja de datos
- Gráficos de control
- Histograma
- Gráficas de tendencias
- Lista de verificación

Hay otras técnicas también bastante utilizadas que no son propiamente del grupo de las 7HB. Entre ellas están las siguientes:

- Lluvia de ideas
- Diagramas de flujo
- Gráficas circulares (de pastel)

En esta ocasión se hará la descripción de algunas de ellas. Sobre todo las más sencillas y las que puedan ser aplicadas sin necesidad de una capacitación más especializada. El propósito es demostrar que su uso, en combinación con los instrumentos examinados en los capítulos anteriores, permite, en primer lugar, analizar problemas relacionados con la calidad de manera objetiva y, posteriormente, mostrar el efecto que tienen las soluciones o cambios propuestos. Pero lo más importante es que su utilización adquiere sentido cuando los datos obtenidos sirven para tomar decisiones.

Las técnicas que revisaremos son: lluvia de ideas, diagrama causa-efecto, hojas de datos, listas de verificación y las gráficas de barras y lineales.

Conviene advertir que se recomienda su uso a través del trabajo en equipo comentado en el capítulo 6.

## 11.1 LLUVIA DE IDEAS

La lluvia de ideas es una herramienta muy versátil. En su más simple significado es la expresión libre del pensamiento de un grupo de personas en torno a un tema determinado. Su objetivo es estimular la creatividad del equipo de trabajo para que genere ideas que permitan identificar, analizar y resolver problemas o aprovechar áreas de oportunidad en poco tiempo y en un ambiente de libertad de expresión.

Para llevar a cabo la lluvia de ideas, es requisito indispensable que los directivos o los responsables de equipo se hayan esforzado antes por crear un clima de confianza y estén dispuestos a ceder parte de su tiempo para llevar a cabo la sesión en que se practicará esta herramienta. Es muy importante que también estén no sólo dispuestos a escuchar comentarios que quizá no sean de su agrado, sobre todo cuando se trata de buscar la solución a algún problema, ya que las ideas que surjan entre sus colaboradores pueden referirse a características propias de su persona o a tareas y compromisos que no ha estado en condiciones de cumplir. (Por ejemplo, si se analizara la baja subsecuencia y alguien se atreviera a decir que se debe al trato descortés que da a los pacientes). Si estas condiciones no están presentes, será mejor evitar el uso de la lluvia de ideas pues puede resultar contraproducente.

### **1.1. Reglas que se deben seguir durante la sesión**

- Deben participar todas las personas que intervienen en la atención que se proporciona en el consultorio. Esto quiere decir que el médico tendrá que considerar la participación del encargado de la limpieza. Se ha visto, incluso en grandes compañías, que la información que aporta el personal de aseo es crucial para detectar y solucionar problemas que afectan la calidad.
- No permitir críticas durante la sesión, específicamente de juicios negativos. Primero, porque debe prevalecer el respeto, y segundo, porque puede ocurrir que una idea aparentemente descabellada sea la clave para identificar un problema importante, o bien, para encontrar su solución.
- Insistir en tener cantidad de ideas. Una mayor cantidad de ideas asegurará que emerjan ideas de calidad.
- No "evaluar" ideas durante la sesión. Esto debe hacerse después.
- No buscar culpables cuando se sugieran ideas relacionadas con la causa de algún problema.

### **1.2. Etapas de una sesión de lluvia de ideas**

- I. Preparar la sesión. Esto significa que el responsable del área o del equipo deberá tener listo un lugar en el que los participantes puedan sentirse cómodos. Además se recomienda hacer uso de hojas de rotafolio pues conviene que las ideas expuestas estén a la vista de todos. Es muy importante que el tema y el objetivo de la sesión estén perfectamente claros. Podrá tratarse de una sesión para identificar problemas, para buscar soluciones o aun para definir los temas que se desarrollarán en las sesiones posteriores.
- II. Iniciar la sesión puntualmente. De esta manera el responsable transmitirá dos mensajes importantes: que para él la calidad es importante y que valora y respeta el tiempo de sus colaboradores.
- III. El responsable del equipo o del área presenta el tema y explica el objetivo de la sesión.
- IV. Los participantes sugieren ideas relacionadas en turnos definidos. Esto es conveniente porque así se asegura que todos expongan sus ideas. No obstante, cabe la posibilidad de que alguien, de momento, no considere tener una idea que aportar. En tal caso la persona puede ceder su turno, pero no podrá hacerlo más de dos veces seguidas. Cada idea debe escribirse en la hoja de rotafolio que se esté utilizando en ese momento, de modo que todas las aportaciones estén siempre a la vista. De este modo será posible que surjan ideas

relacionadas (o cadenas de ideas) y se evitará la repetición. En ocasiones, sobre todo al principio, será necesario que el responsable aliente la participación de sus colaboradores recordándoles que una idea al parecer disparatada puede impulsar ideas en otros. Hay seis palabras clave que ayudan al surgimiento de ideas: ¿qué?, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿porqué?, ¿quién? y ¿cómo?

V. La generación de ideas termina cuando todos los participantes ceden su turno y el grupo se siente satisfecho con los resultados obtenidos.

VI. Evaluación de las ideas. Es hasta este punto que se permiten los comentarios sobre las ideas expuestas, tanto a favor como en contra. Suele ocurrir que las ideas sean defendidas por personas distintas de quienes originalmente las propusieron. Cuando se trata de una sesión para identificar problemas se pueden usar dos criterios para evaluar las ideas: la magnitud (con cuánta frecuencia ocurre) y la trascendencia (qué tan grave es que ocurra). Por el contrario, cuando las ideas se refieren a las soluciones, un criterio para evaluarlas podría ser la factibilidad de su aplicación.

### 1.3. Situaciones que se deben evitar

- Escribir las ideas en el rotafolio con lentitud.
- Omitir comentarios de importancia.
- Inhibición de los participantes.
- Se tiende a criticar y evaluar las ideas conforme se proponen sin esperar la etapa correspondiente.
- Las ideas sugeridas se desvían del tema propuesto.
- Los participantes obtienen conclusiones precipitadas y piensan haber encontrado la solución antes de comprender el problema en todos sus detalles.
- Un participante tiende a dominar a los demás.
- En grupos relativamente grandes, puede ser difícil mantener el orden en los turnos. Sin embargo, es difícil que esto ocurra en equipos de tres o cuatro personas.

La lluvia de ideas es una herramienta básica y útil para la aplicación de otras técnicas. En particular, el conocimiento de sus reglas es fundamental para la elaboración de diagramas causa-efecto.

## 11.2 DIAGRAMA CAUSA-EFECTO

El diagrama causa-efecto también es conocido como diagrama de espina de pescado, por la forma en que al final queda dibujado, o como diagrama de Ishikawa pues fue este ingeniero japonés el primero en utilizarlo para analizar los factores que afectan la calidad de diversos procesos fabriles.

El diagrama causa-efecto es en realidad una lluvia de ideas organizada a partir de ciertos criterios. En ese sentido, son necesarios los mismos materiales y se deben tener las mismas precauciones para su aplicación.

### 2.1. ¿Para qué sirve un diagrama causa-efecto?

- Uno de los usos más frecuentes de esta herramienta es el análisis de problemas.

- También sirve para identificar los aspectos que se deben controlar para obtener determinado resultado de calidad. Por ejemplo, se puede hacer un diagrama causa efecto para cada uno de los requisitos de calidad identificados para un producto.
- Facilita la participación del personal que tiene relación con el asunto analizado. Si preguntamos a la gente ¿cuál crees que sea la causa de este problema?, o ¿qué crees que determine este resultado de calidad?, seguramente nos dirá lo que piensa al respecto. De este modo es posible obtener ideas que de otra manera hubieran permanecido "guardadas" en la mente de los integrantes del equipo. Además, puede ser que entre dichas ideas esté la clave para encontrar la solución a un problema o garantizar algún resultado de calidad.
- Sirve para guiar la discusión al evitar que los participantes se aparten del tema pues todos saben de qué se está hablando y hasta dónde se ha avanzado en el tratamiento del problema.
- Puede ser un instrumento básico para elaborar un plan de trabajo orientado a solucionar el problema o a mejorar la calidad. En vista de que en el diagrama se muestran todas las causas que originan un problema o determinan un efecto de calidad, es posible establecer objetivos para las más importantes, asignar tareas y responsabilidades y fechas de cumplimiento.

## 2.2. Pasos a seguir para elaborar un diagrama causa-efecto son

- Primer paso: Seleccionar el problema o la característica de calidad que desea ser analizada. Supongamos que, después de haber aplicado una encuesta a las personas que acuden a una unidad de salud, se ha seleccionado una de las quejas más frecuentes: la impuntualidad de los médicos.
- Segundo paso: Organizar una lluvia de ideas sobre las causas que los participantes suponen que originan el problema o determinan la característica de calidad analizada.
- Tercer paso: Agrupar las ideas en categorías y subcategorías. Cuando esto se dificulta se recomienda usar las cinco emes como guía (ver figura 11.1).

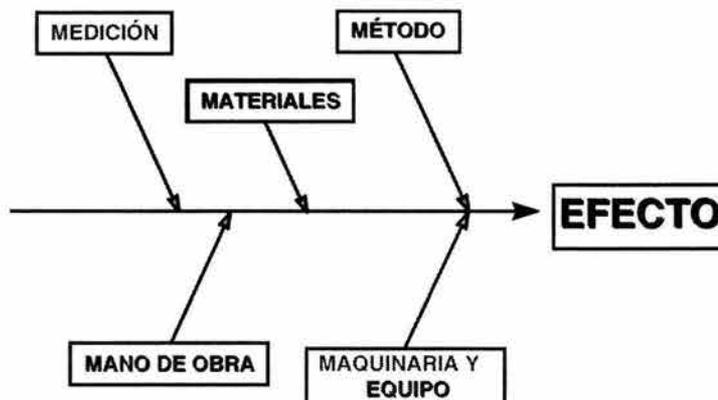


Fig. 11.1. Estructura elemental del diagrama causa-efecto.

Conviene aclarar que en este diagrama la medición se refiere a dificultades en el sistema para obtener información sobre el nivel de calidad, o a dudas acerca de la validez y confiabilidad de los resultados obtenidos.

- Cuarto paso: Escribir el problema a la derecha de la hoja de rotafolio y trazar una flecha de izquierda a derecha.
- Quinto paso: Dibujar flechas secundarias, unas por arriba y otras por debajo de la flecha principal, para cada una de las principales categorías identificadas y escribir el nombre cada categoría en el extremo de la flecha que corresponda.
- Sexto paso: Dibujar las flechas para las subcategorías y escribir las causas correspondientes.

El diagrama de flujo puede esclarecer el panorama acerca del asunto tratado, de modo que, al ver las ideas representadas y relacionadas por el diagrama, pueden surgir nuevas ideas, categorías y relaciones que modifiquen el diagrama original y lo hagan más claro.

Otro aspecto que cabe aclarar es que el diagrama causa-efecto elaborado por un equipo puede ser completamente distinto del elaborado por otro aun cuando se trate del mismo asunto. Esto se debe a que cada grupo analizará el tema desde su propia perspectiva. El criterio para decidir si un diagrama causa-efecto está bien hecho es la lógica que se establece entre las categorías y las causas.

Para el ejemplo referido antes, sobre la impuntualidad de los médicos, una posibilidad de diagrama causa efecto se ilustra en la figura 11.2.



Fig. 11.2. Ejemplo de diagrama causa-efecto.

### 11.3 HOJA DE DATOS

La hoja de datos es un instrumento bastante sencillo cuya principal aplicación es la recolección y el conteo de datos. Consiste básicamente en una tabla de tres columnas. En la primera se señalan los aspectos que quieran ser contados, como el tipo de comentarios recibidos en un buzón (felicitaciones, quejas, sugerencias), una lista de diversos problemas, los errores que se puedan cometer, etc. En la columna central se registran marcas (se palotea) por cada vez que se presente el aspecto indicado en la columna derecha. Cada vez que se presente una queja, un problema o un error, será necesario anotar la marca correspondiente. Por último, en la columna de la derecha, se escribe el número de veces que ocurrió el aspecto señalado (su frecuencia).

La hoja de datos también puede complementar la aplicación de otros instrumentos, como encuestas o cuestionarios, al concentrar la información producida.

Es importante que en la hoja de datos aparezca información como la fecha y la fuente de donde provienen los datos (que puede ser una encuesta, el buzón, la observación directa, los expedientes, etc).

TÍTULO		
ÁREA DE		
INSTRUCCIONES		
CONCEPTO	CONTEO	TOTAL
COMENTARIOS		

Fig. 11.3. Estructura básica de una hoja de datos.

#### 11.4 LISTAS DE VERIFICACION

Las listas de verificación son instrumentos sencillos que sirven para recordar una serie de pasos que deben realizarse, o de elementos con los que es necesario contar para llevar a cabo ciertas actividades. Su elaboración es muy simple: únicamente es necesario listar los pasos en el orden en que deben realizarse, o bien los materiales y aspectos que se deban considerar para ofrecer la mejor atención posible. Conforme se vayan efectuando los pasos, o se confirme que los materiales o aspectos considerados están listos y presentes, se va colocando una marca a la izquierda de cada uno de ellos.

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA	
FECHA: _____	
✓	ELEMENTOS A CONSIDERAR
<input type="checkbox"/>	

Fig. 11.4. Estructura básica de una lista de verificación.

Las listas de verificación tienen dos aplicaciones principales:

- Como auxiliares para garantizar la eficiencia. Cuando un proceso es complejo, se puede elaborar una lista de verificación para asegurarse de que todos los pasos se llevarán a cabo o de que todos los materiales están listos para la actividad. Por ejemplo, si un médico tuviera que capacitar a una recepcionista en la toma de datos para abrir un expediente podría valerse de este instrumento para estar seguro de que, cada vez que se presente la ocasión, se realizarán todos los pasos.
- Como guías para evaluar el cumplimiento en una actividad determinada. Cuando se está tratando de establecer un nivel homogéneo en la calidad de la atención, las listas de verificación permiten confirmar que se está respetando una serie de elementos indispensables. Son un excelente medio para retroalimentar a los responsables de diversas actividades sobre el grado en que se apegan a los procedimientos ideales.

## 11.5 GRÁFICAS

El propósito de una gráfica es transmitir, rápida y eficientemente, información importante sobre el comportamiento de determinadas variables (o indicadores) en forma resumida. Aunque existen varios tipos de ellas en este Manual sólo se comentan las características de las gráficas lineales y de barras debido a que son las de uso más frecuente y son suficientes para representar los aspectos más relevantes de la calidad de la atención. Ambas están formadas por un eje horizontal y un eje vertical y es indispensable tener claridad sobre lo que éstos representan, así como de las unidades de medida que se han adoptado. En una gráfica bien construida aparecen escritas las unidades de medida en cada eje, de modo que cualquier persona pueda percibir con facilidad si se habla, en el caso del eje horizontal, de tiempo (y en qué unidad), de categorías o de grupos, y, para el caso del eje vertical, de frecuencias, porcentajes o unidades monetarias entre otras.

Al dibujar una gráfica es importante que el eje horizontal sea más largo que el vertical. En caso de que los valores en este último sean muy altos, se recomienda marcar rangos más amplios (por ejemplo, de 100 en lugar de 10) para conservar las proporciones recomendadas.

En ocasiones es conveniente escribir los valores sobre cada punto o barra de la gráfica con el fin de hacerla más explícita.

Cuando la gráfica se refiere a dos o más categorías de valores (por ejemplo, se comparan datos de los consultorios A y B), es necesario distinguir las líneas o barras que correspondan a cada una, ya sea con colores o con trazos diferentes (líneas punteadas, barras rellenas con puntos o rayas). Cuando esto ocurre, deberá aparecer un cuadro que especifique las relaciones entre categorías y colores o tipos de trazo y de relleno.

Las gráficas deben incluir datos como fechas, valores de referencia y la fuente o el instrumento del cual se obtuvo la información.

Por último, aunque ciertamente de la mayor importancia, es indispensable que todas las gráficas tengan un título que precise su contenido.

A continuación se presentan algunos comentarios particulares sobre las gráficas lineales y de barras.

### 5.1. Gráficas lineales

Sirven principalmente para ilustrar el comportamiento de una variable en un período determinado. Por ejemplo, ingresos por mes, pacientes de primera vez o consultas subsecuentes por mes. Son un

instrumento excelente para evaluar el éxito de la atención, el cumplimiento de las metas del área o del equipo, el efecto de cambios aplicados o, si es el caso, el momento en que surge un problema. En las gráficas lineales la variable que aparece en el eje horizontal siempre será continua.

## 5.2. Gráficas de barras

Muestran la frecuencia o porcentaje con que se manifestó una variable de tipo categórico, como unidad, consultorio, médico, tipo de problema. En el eje horizontal pueden aparecer incluso diversas variables; lo fundamental es que compartan la unidad de medida que aparece en el eje vertical. Podemos construir gráficas de barras que comparen, por ejemplo, el número de felicitaciones y reclamos en cada semestre del año. También es posible diseñar gráficas que relacionen algún tipo de problema (como tipos de quejas o de errores) con su frecuencia de aparición o de registro.

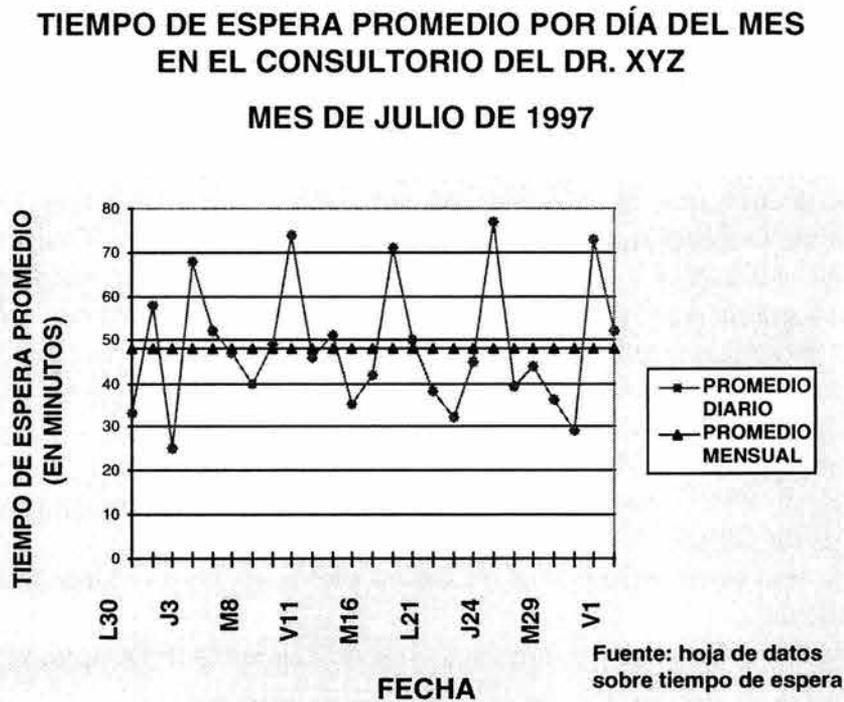


Fig. 11.5. Ejemplo de gráfica lineal.

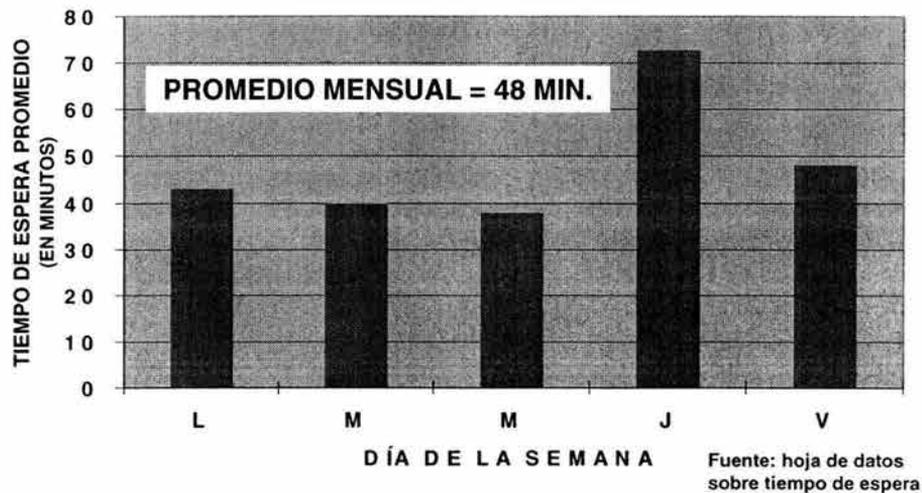
**TIEMPO DE ESPERA PROMEDIO SEGÚN EL DÍA DE LA SEMANA EN EL CONSULTORIO DEL DR. XYZ****MES DE JULIO DE 1997**

Fig. 11.6. Ejemplo de gráfica de barras.

Los instrumentos y técnicas descritos se deben utilizar de manera combinada. Por ejemplo, al identificar un problema se pueden determinar sus causas con el diagrama causa-efecto. Se puede diseñar un instrumento (una hoja de datos) para recopilar la información relacionada con la causa que se haya seleccionado como más importante. Con los datos obtenidos, se pueden preparar gráficas que muestren cuál es la situación actual. La lluvia de ideas es una técnica útil para diseñar estas modificaciones. No hay que olvidar que la información obtenida nos debe servir para tomar decisiones.

## 12. Propuestas e informes de mejora

### 12.1 PROPUESTAS DE MEJORA

Las propuestas de mejora se refieren a la necesidad de mejorar el nivel de calidad con que ciertos productos son entregados a los clientes. Son la expresión escrita de una serie de ideas que justifican dicha necesidad en función de la visión y la misión de la organización y de las prioridades definidas por sus directivos. Contienen además información sobre el nivel de calidad logrado hasta el momento, donde se pone en evidencia el incumplimiento de uno o más estándares de calidad. Incluyen información sobre las causas que ocasionan tal incumplimiento. Describen las acciones y los cambios que se pretenden llevar a cabo para lograr el nivel de calidad deseado, y establecen el tipo de resultados con los cuales se pretende demostrar el efecto benéfico de tales acciones y cambios.

Las propuestas de mejora deberán ser aprobadas, de manera simultánea, por la autoridad inmediata superior del equipo que presenta la propuesta y por la Coordinación Operativa. Lo anterior se debe a tres razones principales:

- El personal dedicará cierto tiempo a las actividades de mejoría. Lo deseable es que dicho tiempo se dedique a las prioridades institucionales
- Es una forma de asegurar el apoyo de los directivos
- Así la Coordinación Operativa mantiene el control sobre la información relacionada con el PMCC

A continuación se describe la estructura que se sugiere para integrar propuestas de mejora:

#### 1.1. Identificación del equipo

Debe incluir la siguiente información

- ¿Quién presenta la propuesta?
- ¿A qué área pertenece?
- ¿Quién es el responsable?
- ¿Dónde se le puede localizar con mayor facilidad?
- ¿A quién se debe acudir en caso de no encontrarlo?

#### 1.2. Fecha

- ¿Cuándo se terminó de elaborar la propuesta?

#### 1.3. Tema (problema o proceso)

Para determinar si la propuesta de mejora es adecuada, en términos de las condiciones y prioridades de la organización, se pueden considerar las siguientes preguntas:

- ¿Corresponde a las prioridades establecidas en el Programa?
- ¿Está relacionado con los datos del diagnóstico basal?
- ¿Hace referencia a características de calidad de la Estructura, el Proceso o el Resultado?
- ¿Hace referencia a algún aspecto importante no considerado por los directivos?
- ¿La calidad de la atención se ve o se vería seriamente afectada en caso de no hacer nada al respecto?

#### 1.4. Objetivo y meta

- ¿Qué característica de calidad se pretende abordar?
- ¿Cuál es el resultado que se espera obtener después de haber aplicado la propuesta?
- En términos numéricos, ¿cuánto se pretende mejorar?

#### 1.5. Justificación

- ¿Por qué el equipo decidió abordar este tema?
- ¿Se hace referencia al PMCC?
- ¿Se mencionan resultados de estudios realizados con anterioridad?
- ¿Los argumentos y los datos ponen en evidencia algún problema relacionado con la calidad de la atención?
- ¿La conclusión lógica de la justificación es la necesidad apremiante de hacer algo al respecto?

#### 1.6. Análisis de la situación

- ¿Cuál es el estado actual de la característica de calidad que se pretende mejorar?
- ¿Se identifican las causas o sólo los síntomas?
- ¿Se incluye la aplicación de herramientas de la calidad?
  - ✓ Carta de requisitos de calidad para los productos
  - ✓ Diagrama causa efecto
  - ✓ Diagrama de flujo del proceso
  - ✓ Carta de proceso
  - ✓ Carta de requisitos de calidad para los insumos
  - ✓ Carta de requisitos de calidad para la estructura
  - ✓ Análisis de actividades críticas
  - ✓ Gráficas (lineales, de barras, gráficos de control)

#### 1.7. Acciones y cambios

- ¿Qué van a hacer los integrantes del equipo para modificar la situación actual y mejorar la calidad?
- ¿Cuándo lo harán?
- ¿Quiénes serán los responsables?
- ¿Requieren de algún apoyo? ¿De qué tipo?

- ¿Cuánto tiempo van a invertir?

### 1.8. Acciones de monitoría

Es **indispensable** que las propuestas de mejora contengan un apartado en el que se explique cómo se va a llevar a cabo la medición del aspecto de calidad considerado. Sólo de este modo, tanto el equipo que presenta la propuesta, como los directivos que la aprobarán y verificarán su avance, estarán en condiciones de determinar si las acciones propuestas están llevando al resultado esperado, o si, por el contrario, es necesario realizar algunos ajustes. Las preguntas a las que da respuesta esta sección son:

- ¿Cuáles son los indicadores que se utilizarán para demostrar el impacto de las acciones realizadas?
- ¿Se incluye la descripción de cada indicador? (vea pág. 75 a 79 de este manual)
- ¿Cuánto tiempo deberá transcurrir antes de poder determinar si en efecto ha habido una mejoría?

### 1.9. Fecha prevista para la elaboración del informe

- ¿Cuándo se compromete el equipo a mostrar resultados de las acciones emprendidas?

A continuación se muestra un ejemplo de propuesta de mejora:

*Organización: Hospital XYZ*

*Equipo: Médicos y enfermeras del 5º piso del área de hospitalización*

*Fecha de realización de la propuesta: octubre de 1999*

*Tema: Incumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 168, del expediente clínico.*

*Objetivos y metas:*

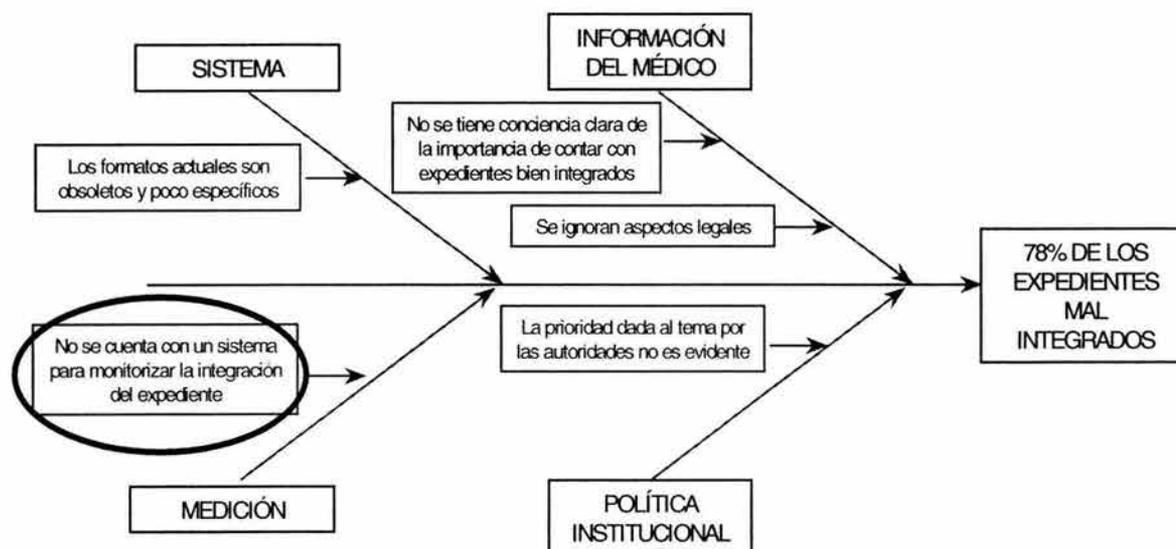
*Aumentar el número de expedientes integrados de acuerdo con la NOM 16. La meta a alcanzar es que, para enero del año 2000, se haya alcanzado un porcentaje promedio de cumplimiento de la NOM 168 igual o superior al 80%.*

*Justificación:*

- *La integración del expediente es fundamental para el conocimiento de los pacientes y el seguimiento adecuado de sus padecimientos*
- *Un expediente mal integrado puede poner en riesgo la atención debido a la posibilidad de que se omita información relevante en la toma de decisiones clínicas*
- *Un expediente bien integrado es indispensable para la evaluación de la capacidad clínica*
- *El expediente clínico es un documento legal*
- *Actualmente el porcentaje promedio de cumplimiento de la NOM 168 es tan sólo del 47%.*

*Análisis de la situación:*

- El porcentaje promedio de cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 168, del expediente clínico, es del 47%.
- Lo anterior pone en evidencia que la integración de los expedientes es inadecuada.
- Se elaboró el siguiente diagrama causa - efecto

*Acciones y cambios:*

1. Difusión de la Norma Oficial Mexicana 168, del expediente clínico
2. Difusión de un pronunciamiento de los directivos sobre la importancia de la integración de expedientes clínicos
3. Recopilación y difusión de casos legales en los que el expediente haya ocupado un lugar determinante
4. Elaboración de formatos actualizados de las siguientes secciones del expediente clínico:
  - Hoja frontal
  - Historia clínica
  - Notas iniciales
  - Notas de evolución
  - Notas de traslado
  - Notas de alta
  - Reportes de estudios de apoyo diagnóstico
  - Hoja de enfermería
  - Evaluación preanestésica
  - Nota prequirúrgica
  - Nota quirúrgica
  - Nota postquirúrgica
  - Hoja de consentimiento informado
  - Hoja de alta voluntaria

*Monitoría:*

- Durante la primera semana de cada mes, un equipo formado por dos médicos aplicará una lista de verificación basada en la NOM 168 para evaluar la integración de una muestra de expedientes
- La muestra se obtendrá de todos los pacientes dados de alta durante los siete días de cualquiera de las cuatro semanas completas previas a la evaluación. La semana a evaluar será decidida por los evaluadores el día en que inicien la revisión de expedientes.
- Se evaluarán la historia clínica y las notas correspondientes al último ingreso.
- El equipo de evaluadores será diferente cada mes

*Fecha prevista para la presentación del informe de mejora:*

30 de octubre de 2003

## 12.2 INFORME DE MEJORA

Los informes de mejora consisten en el reporte de los resultados obtenidos al aplicar las propuestas de mejora. Contienen la misma estructura, aunque en los informes de mejora se hace énfasis en la demostración gráfica de los cambios observados en el nivel de calidad sobre el que se pretendió actuar. Incluyen comentarios sobre las medidas que se llevarán a cabo en el futuro para mantener el estándar o continuar mejorando. A continuación se presenta un ejemplo de informe de mejora.

*Organización:* Hospital XYZ

*Equipo:* Médicos y enfermeras del 5º piso del área de hospitalización

*Fecha de presentación del informe:* Enero del 2000

*Tema:* Incumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 168, del expediente clínico.

*Objetivos y metas:*

Aumentar el número de expedientes integrados de acuerdo con la NOM 16. La meta a alcanzar es que, para enero del año 2000, se haya alcanzado un porcentaje promedio de cumplimiento de la NOM 168 igual o superior al 80%.

*Análisis:*

Además del diagrama causa efecto presentado en la propuesta de mejora, el equipo analizó el proceso de integración del expediente. En las páginas siguientes se presenta el diagrama de flujo correspondiente.

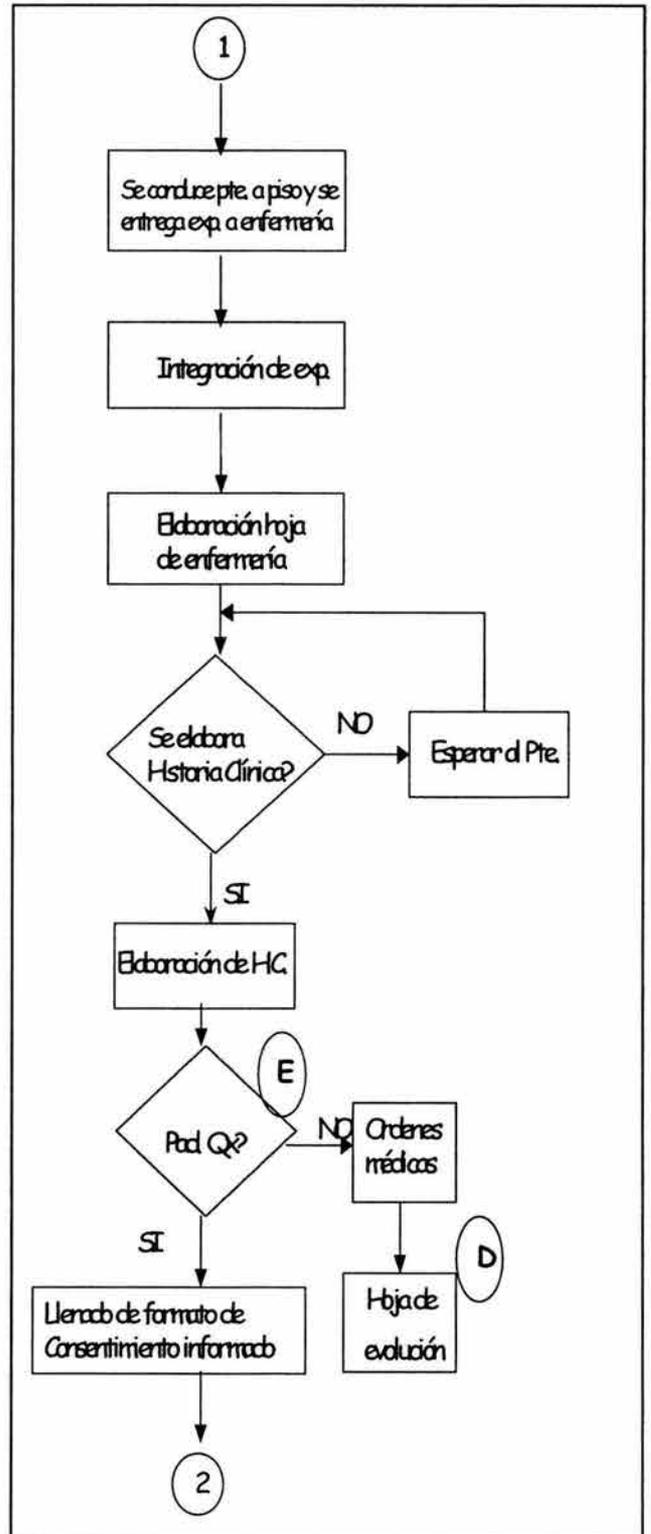
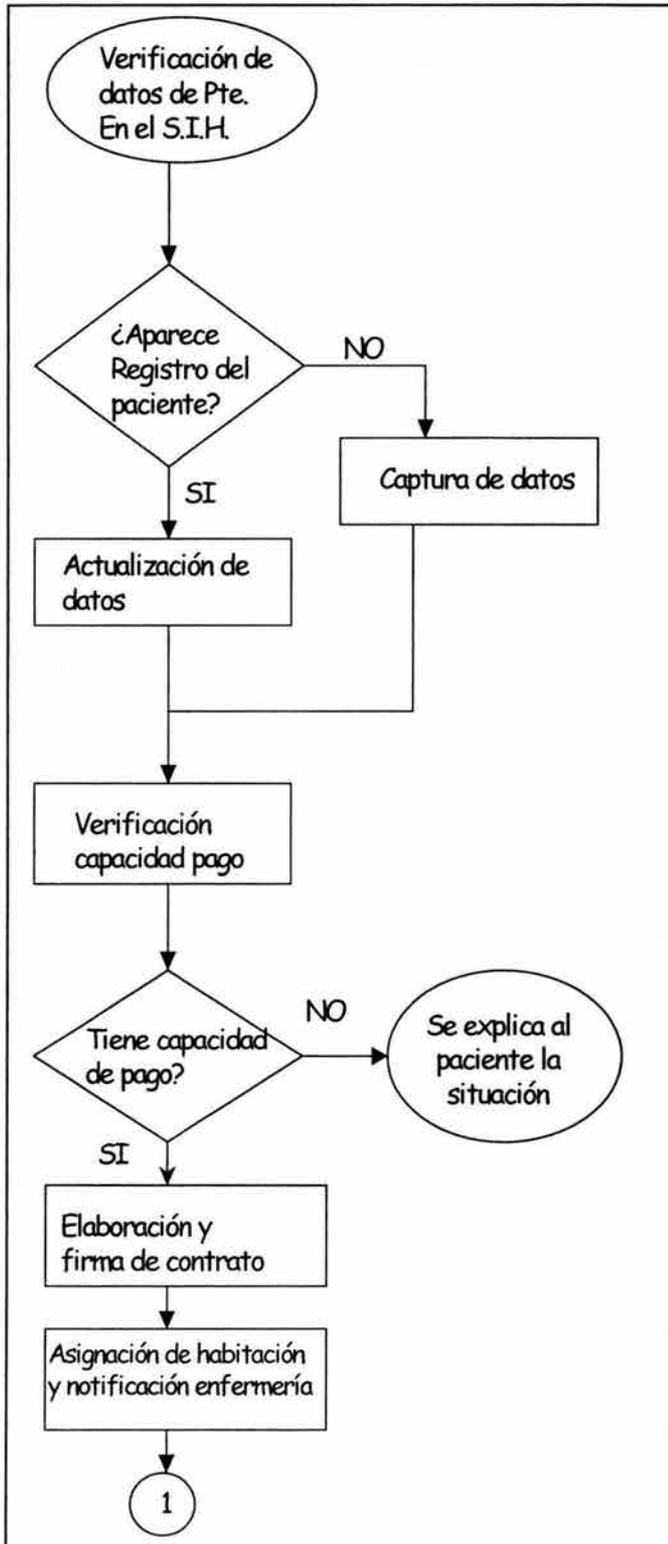
*Acciones realizadas:*

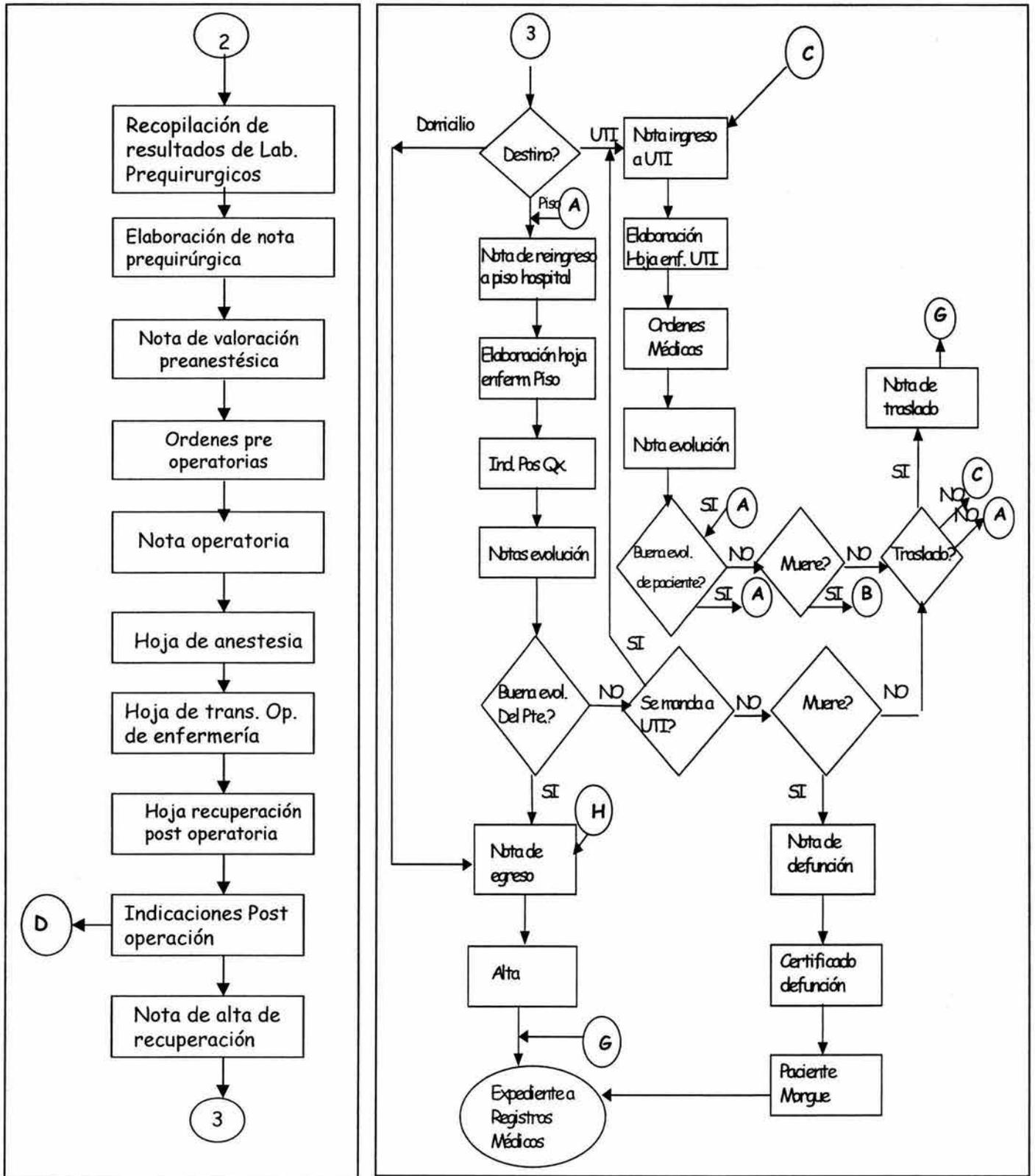
1. El jefe del área entregó copia de la NOM 168 a todos los médicos que trataron algún paciente en el 5º piso.
2. El Director Médico dictó una conferencia sobre el valor del expediente en la práctica clínica a los médicos que atendían pacientes en el 5º piso.
3. Se formaron grupos de médicos y enfermeras que diseñaron formatos para las siguientes secciones del expediente:

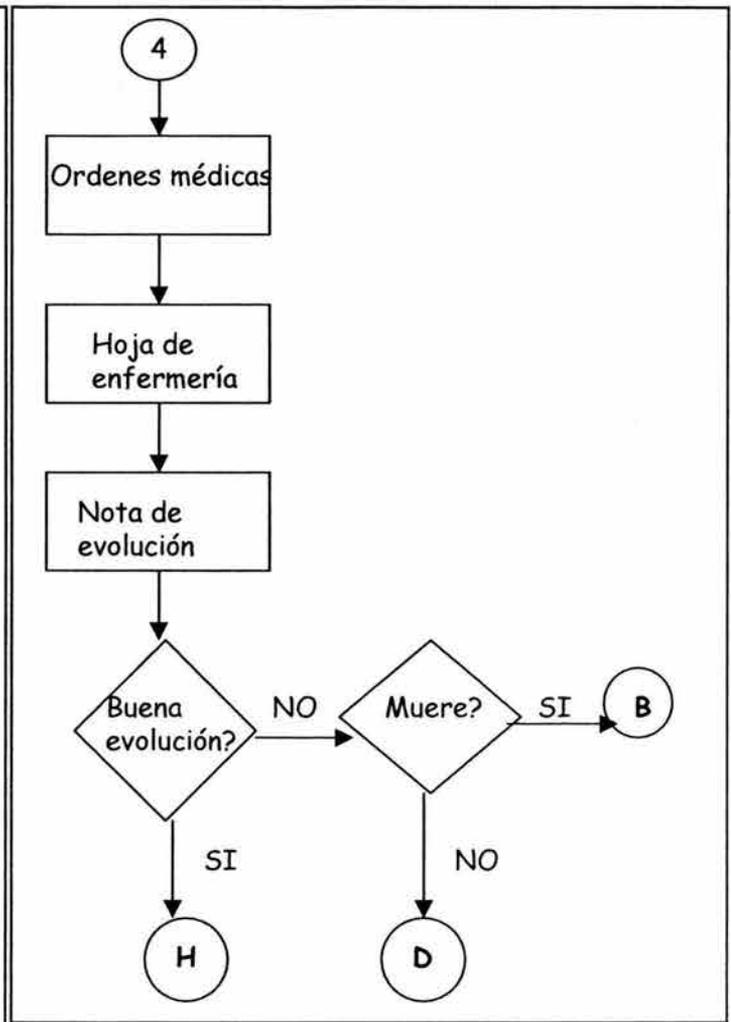
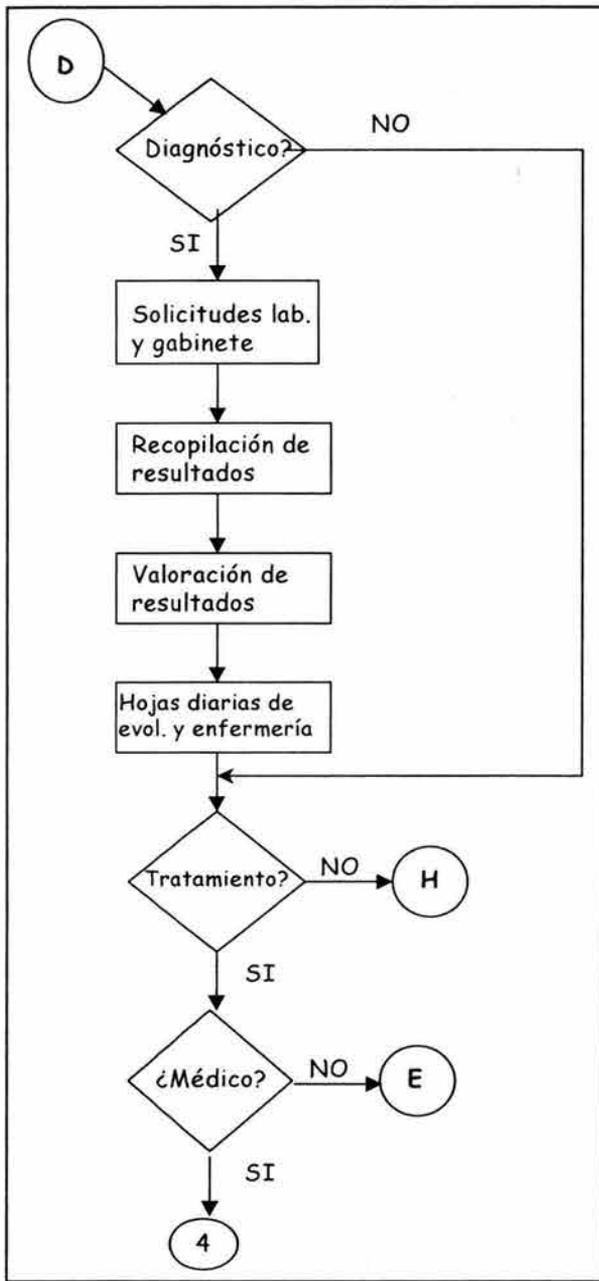
- *Notas de evolución*
- *Notas de traslado*
- *Notas de alta*
- *Evaluación preanestésica*
- *Nota quirúrgica*

**Acciones por realizar:**

1. *Recopilación y difusión de casos legales en los que el expediente haya ocupado un lugar determinante*
2. *Diseño de formatos actualizados de las siguientes secciones del expediente clínico:*
  - *Hoja frontal*
  - *Historia clínica*
  - *Reportes de estudios de apoyo diagnóstico*
  - *Hoja de enfermería*
  - *Nota quirúrgica*
  - *Nota postquirúrgica*
  - *Hoja de consentimiento informado*
  - *Hoja de alta voluntaria*
3. *Solicitud de aprobación de toda la serie de formatos diseñados por los grupos de médicos y enfermeras.*

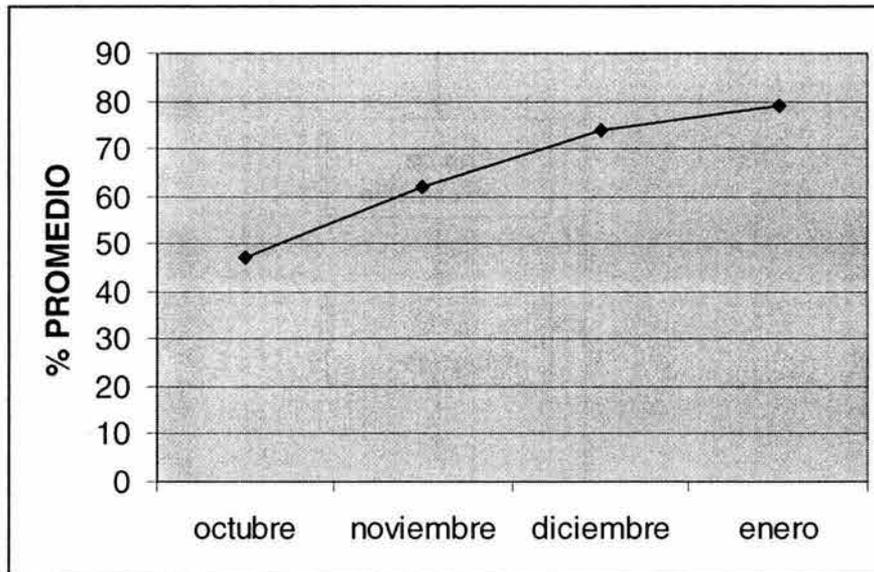






*Resultados:*

Después de realizar las acciones comentadas, se obtuvieron los siguientes porcentajes promedio de integración en los expedientes clínicos:



*% Promedio de integración del expediente clínico*

*Comentarios:*

- *La meta propuesta fue prácticamente alcanzada.*
- *Para mantenerla y superarla se ha considerado necesario concluir con el diseño, impresión y distribución de formatos actualizados.*
- *Se probará realizar la evaluación de la integración de los expedientes cada tres meses. En tal caso, el diseño de la muestra cambiará, de modo que será necesario evaluar expedientes de los pacientes dados de alta en cualquier semana de cualquiera de los meses previos.*
- *Los resultados obtenidos no hubieran sido posibles sin contar con el respaldo de las autoridades del hospital.*

## Recomendaciones y Conclusiones

En un mundo con alta competitividad entre las empresas, sin importar del giro de que se trate, resulta de vital importancia optimizar costos, crear procedimientos verdaderamente eficientes, y proporcionar bienes o servicios con alta calidad para lograr la satisfacción total del cliente para que éste vuelva a consumir el mismo producto o servicio con la misma compañía.

Si lo anterior es cierto tal y como se afirma: “para cualquier tipo de giro”, con mucha más razón lo es en la prestación de servicios médicos, en virtud de que la Salud experimenta en todos sus insumos un crecimiento en sus costos siempre arriba de la inflación general, lo que significa que es necesario contener, en la medida de lo razonable, los costos que podrían dispararse y llevar a la quiebra a cualquier sistema de salud administrada; crear procedimientos administrativos que proporcionen un servicio eficiente para lograr la satisfacción completa del cliente con los resultados deseados: preservar o recuperar lo más importante para el ser humano en la vida: su Salud.

Si los directivos del Sistema de Salud Administrada toman la decisión de implementar el Control Total de Calidad en su empresa, lo harán precisamente en equipo, evaluando cada uno de los aspectos necesarios, los cuales se plasmaron a lo largo de este escrito, aplicando las técnicas expuestas con el mayor detalle posible. Si la institución cuenta con algún tiempo de operación, seguramente ya existen formas y costumbres de trabajo arraigadas que pueden funcionar bien o que pueden no estar conforme a la eficacia que se requiera y que incluso puedan significar vicios de trabajo contra los cuales es necesario plantear una estrategia eficaz para que poco a poco se vaya infiltrando el Sistema de Calidad deseado. En la práctica, lo recomendable para establecer dicha estrategia de implantación puede ser la siguiente:

- Analizar y reflexionar honestamente sobre si la empresa opera con un grado considerable de orden y profesionalismo en cada uno de sus procesos ó, por lo menos, en algunos de los más importantes para el suministro del servicio médico, para que, si se resuelve afirmativamente esta reflexión, entonces:
- Asegurar la Gestión de la Calidad en aquellos procesos que se consideren convenientes a través de la elaboración de un Manual de Calidad cuyo objetivo sea garantizar que el servicio esté conforme con los requerimientos especificados para satisfacer las expectativas del cliente. Particularmente para servicios médicos se sugiere garantizar la Calidad en el Diseño, Desarrollo, Producción, Instalación y Servicios al Cliente. Este Manual se debe desarrollar para documentar en forma efectiva los elementos a ser implementados para mantener un Sistema de Gestión de la Calidad eficiente en una empresa de este tipo. En el apéndice de la presente tesis se expone un caso práctico cuya esencia es el resultado de la aplicación de la teoría y la práctica del Control Total de Calidad cumpliendo con ello el objetivo y demostrando la hipótesis planteada en el inicio de este texto.
- Si se logra elaborar dicho manual para algunos de los procesos, se habrá dado un gran paso en materia de calidad, en virtud de que esto quiere decir que las personas que intervinieron en los procesos son, además de personas clave dado que intervienen en procesos clave de la organización, posiblemente sean la mayoría, y si no, seguramente si son personas que podrán influir positivamente en el aseguramiento de la calidad en la organización.

Cabe destacar que la aportación de este trabajo es única hasta la fecha en cuanto a lo que se refiere a un enfoque del Control Total de Calidad aplicado a la prestación de servicios médicos dentro del

medio asegurador, en virtud de que el Seguro de Salud, como uno de los posibles esquemas para la contención de costos de servicios médicos, es de reciente operación en nuestro país al haber sido publicadas las Reglas para su Operación el pasado 16 de mayo del 2000 donde se establece la congruencia con uno de los principios básicos del Sistema Nacional de Salud, consistente en garantizar, en este caso, a través de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), la prestación de servicios para la promoción, fomento, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud de las personas, al fijar una serie de requisitos de carácter médico con el fin de atender adecuadamente las demandas de los usuarios y se exige que los servicios médicos sean de alta calidad, a través de una adecuada integración en su infraestructura y equipamiento.

En general, la rápida evolución de las organizaciones de cualquier tipo de sistema de salud administrada cada día exige mayor eficiencia, por lo que es de vital importancia implementar una estrategia que logre garantizar, no solo la permanencia del negocio, sino su claro crecimiento y continuo desarrollo, por lo que resulta que el Control Total de la Calidad cada vez más no es tan solo un criterio opcional, o una forma alternativa de trabajar, que podría pensarse como un lujo, si no que cada vez más se comprueba que representa una forma viable para el desarrollo sustentable de cualquier tipo de proyecto en cualquier parte del mundo y que puede representar hoy por hoy una verdadera necesidad para la organización.

Por lo tanto, la noticia para los nuevos Sistemas de Salud Administrada y los que ya están funcionando es que el Control Total de Calidad es una necesidad para prevalecer en un mercado cada vez más cambiante y sofisticado en todas sus partes y, que de no hacerlo, pondrá en graves riesgos a la organización llevándola posiblemente a la quiebra, a grandes demandas por negligencia u otros riesgos potenciales.



## ***PROTOCOLO DE REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN***

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La utilización inadecuada de los recursos hospitalarios es una de las fuentes más importantes de incremento de los costos en la atención, evidenciado esto por los estudios realizados en el mundo sobre el tema.

El concepto de utilización inadecuada implica diversas variantes de la utilización de servicios que no aportan ningún beneficio a los pacientes, aunque no necesariamente resulten perjudiciales.

La reducción del componente inapropiado de la atención es una de las estrategias con las cuales el sistema de calidad de la EPS-ISS se propone contribuir a la contención de costos, actuando sobre los servicios innecesarios (o incluso perjudiciales) para el paciente, al cual se le brinda la atención sin afectarlo y por el contrario mejorando la calidad de la atención.

*El objetivo de la aplicación de esta metodología no esta cumplido al terminar la evaluación sino cuando se haya impactado la utilización inadecuada.*

### **Resultados Esperados**

El objetivo del “Protocolo de Revisión de la Utilización de las Estancias e Ingresos Hospitalarios” “PRU”, es identificar y reducir el uso inadecuado de la estancia hospitalaria; ha sido desarrollado para obtener un sistema de revisión eficiente, que pueda ser utilizado para determinar si un ingreso y/o un día de estancia es médicamente necesario. Responde a las preguntas de si el paciente requiere el ingreso como paciente agudo en un centro hospitalario y si los servicios que recibe, durante cada uno de los días de estancia en el mismo, le son prestados de forma oportuna en el tiempo. La metodología no entra a considerar si los servicios solicitados son de hecho necesarios.

Tampoco entra a considerar de qué área administrativa o funcional o grupo profesional pueda ser la responsabilidad, situación que luego del análisis de la ruta causal puede ser identificada. Los criterios utilizados en el PRU son iguales pero el instructivo incluyendo las modalidades de aplicación ha sido modificado de acuerdo a la versión internacional con las condiciones específicas del país en general y de la EPS en particular.

### **METODOLOGÍA DE EVALUACION**

El protocolo está diseñado para ayudar a identificar no sólo casos individuales de cuidados inadecuados o ineficientes, sino problemas del sistema que perpetúan las ineficiencias. Esta metodología, tan sólo constituye un instrumento de tamizaje, no es el juez definitivo sobre lo que resulta o no adecuado, por lo cual en su aplicación en el contexto del Sistema de Calidad siempre deberá estar bajo la responsabilidad de un profesional médico que haya sido previamente

<sup>1</sup> El presente instrumento ha sido adaptado de la Versión Española Fundación Avedis Donabedian del Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)

entrenado y certificado por la Gerencia Nacional de Calidad, la cual expedirá un código que le identificará en los registros donde se consigne la información.

Es importante que el evaluador tenga bases y una orientación adecuada sobre el mejoramiento continuo, tenga clara la diferenciación de éste, con los enfoques tradicionales de garantía y otros, pues de no ser así, la distorsión de esta orientación impedirá la obtención de los resultados deseados. Debemos ser coherentes, con los planteamientos de la mejora de la calidad, centrados en el cliente como la razón de ser de la Empresa. Es pues, esencial que la aplicación del Protocolo de Revisión de la Utilización (PRU), nos permita conocer las causas de los problemas que perpetúan la inadecuación de la utilización de los recursos, avanzando mas allá de las causas esporádicas de variación hasta las causas comunes logrando detectar los procesos que están fallando e incrementando costos y deteriorando la atención al paciente. La detección, análisis y corrección de estas fallas es de gran utilidad tanto para el prestador como para el asegurador como herramienta de mejoramiento continuo.

### **Modalidades de Aplicación**

En la versión internacional del Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) se consideran tres modalidades de aplicación: retrospectiva, prospectiva y concurrente. En la implementación de esta metodología en el Sistema de Calidad de la EPS-ISS se aplicará únicamente la modalidad concurrente.

Esta modalidad es útil para identificar ingresos y días de estancia inadecuados, para la posterior revisión individualizada de los mismos por el médico responsable y/o por el evaluador médico.

La historia clínica constituye la fuente de información principal para la monitorización concurrente, aunque no toda la información está contenida en la historia clínica, ya que algunas de las hojas – balance hidroelectrolítico, por ejemplo - pueden permanecer en la habitación del paciente y puede resultar necesario que el evaluador acuda a la misma para proceder a su evaluación. Si precisa mas datos que los contenidos en la historia clínica hable con el médico, la enfermera o la secretaria de la unidad. (Tenga cuidado al utilizar la información obtenida verbalmente y, cuando sea posible, solicite que escriban una nota confirmando la situación).

Se evaluará la totalidad de pacientes hospitalizados en el servicio en el día de la evaluación, analizando tanto la adecuación de la utilización del día de estancia en el cual se realiza el estudio, como el día de ingreso, si el paciente hubiere sido admitido en un día diferente

### **Definición de términos**

**Utilización Inadecuada:** es aquella que no se ajusta a las necesidades del paciente, se refiere a *días médicamente inactivos*; sin embargo, denominar un día de estancia como inadecuada no significa necesariamente que el paciente deba ser dado de alta.

**Utilización Innecesaria:** es aquella que podría ser suprimida sin someter al paciente a ningún tipo de riesgos derivados de esta situación.

**Evaluador:** Profesional médico o de enfermería que reconoce o comprueba la adecuación de la utilización, empleando la metodología aquí definida. Sin embargo, el proyecto siempre debe estar cargo de un médico.

**Certificación Como Revisor:** El revisor debe ser un Médico con excelente criterio clínico, entrenamiento, responsabilidad, adecuado manejo del PRU y sus bases conceptuales, responsabilidad o una enfermera con entrenamiento, quien actuará como profesional de apoyo bajo la supervisión del médico. La certificación como tal será expedida por la Gerencia Nacional de Calidad.

**Estancia:** Conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento, disponibles para la atención hospitalaria del paciente durante veinticuatro horas.

### **Versiones**

Existen varias versiones del protocolo de Revisión de la Utilización (PRU) para distintos grupos de pacientes:

#### **Adultos Médico-Quirúrgico**

Versión aplicable a pacientes adultos de Clínicas Médicas, Clínicas Quirúrgicas y en la caso de Clínicas Gineco Obstétricas solamente en la especialidad de ginecología.

#### **Pediátrico**

Se aplica a pacientes pediátricos a partir de 6 meses de edad.

#### **Cirugía Electiva**

Se aplica a pacientes citados para ingreso quirúrgico, con el fin de determinar la adecuación del lugar (ingreso versus paciente ambulatorio) y la oportunidad (necesidad de días preoperatorios) del procedimiento.

En esta versión únicamente se aplican criterios de ingreso

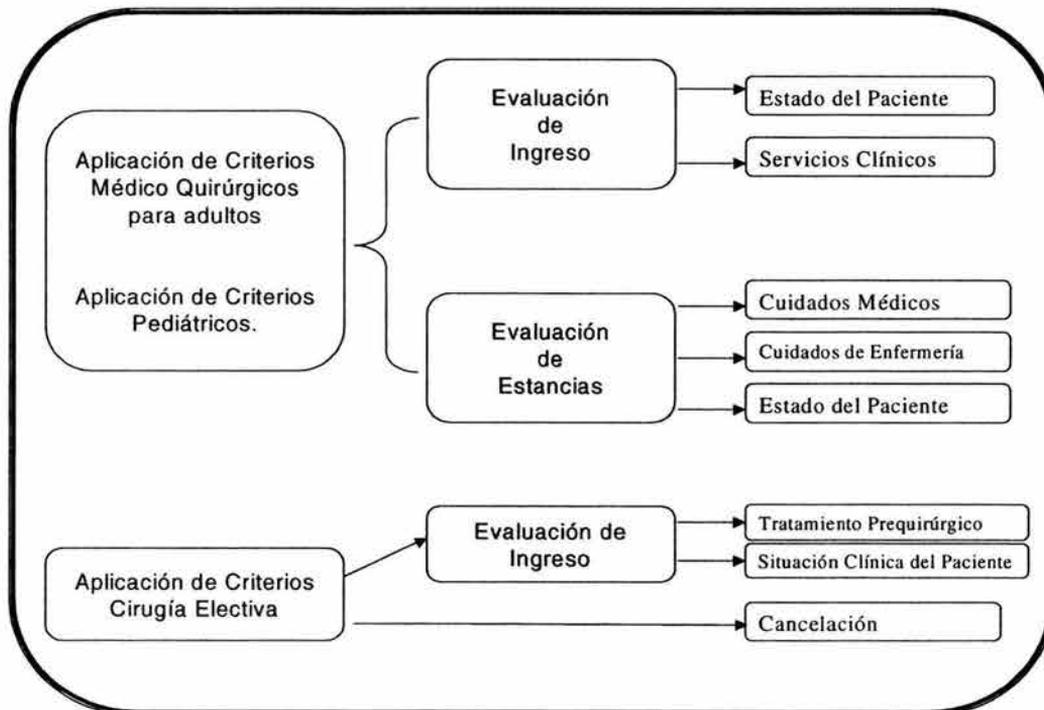
### **Evaluación de la utilización de los ingresos y las estancias**

#### **Aplicación de los criterios**

Es esencial la comprensión de los criterios previa al proceso de revisión. El adecuado conocimiento del contenido de los criterios mejorará la validez de sus decisiones aumentando la consistencia entre revisores.

En la definición de los criterios no se mencionan diagnósticos específicos, debido a que las razones que condicionan la hospitalización de un paciente están en función de su estado general, así como de las características de las pruebas a las que se le vaya sometiendo y no del diagnóstico de su enfermedad.

**Gráfico 1: Criterios que deben utilizarse según tipo de PRU**



Una vez que los evaluadores se haya familiarizado con los criterios, el primer paso para utilizar el PRU es leer la historia clínica para valorar si se cumple alguno de los criterios. Si está evaluando el ingreso del paciente, utilice la lista de criterios correspondiente a ingresos, mientras que si evalúa alguno de los días de estancia subsiguientes, debe utilizar los criterios de estancia. Cuando aplique los criterios relativos al ingreso del paciente, debe considerar todos los factores implicados: hallazgos en consulta y/o sala de urgencias, contenido de la historia clínica inicial, exploración, peticiones del médico y notas de enfermería. En cuanto a los días de estancia, se define cada día de acuerdo con el calendario: las 24 horas comprendidas entre medianoche y la del día siguiente. No se considera el día de alta como un día de estancia y, por tanto, no debe evaluarse utilizando los criterios del PRU.

Sólo precisa cumplir un criterio para que se considere la hospitalización como adecuada. Por tanto, un caso en el que el ingreso cumpla bien un criterio de cualquiera de los dos grupos: "Situación Clínica del Paciente" o "Servicios Clínicos" se considera como adecuado; y el cumplimiento de cualquiera de los criterios de: "Servicios Médicos", "Cuidados de Enfermería" o "Situación Clínica del Paciente" durante cada uno de los días de estancia del paciente, nos permite considerarlo como de estancia adecuada.

*El revisor debe ser cuidadoso durante la revisión de la información, sobre todo si sospecha que el paciente requiere hospitalización y en una revisión inicial no encuentra que satisfaga ningún criterio.*

## **APLICACION DE CRITERIOS**

Los criterios están clasificados en diferentes secciones y ellas a su vez, en grupos, relacionados con el estado del paciente, los servicios médicos, los cuidados médicos y de enfermería.

### **Criterios Adultos Medico - Quirúrgicos**

#### **Criterios de ingreso del PRU para adultos médico-quirúrgico:**

Constituyen una sección que está diseñada para facilitar la comprensión de los criterios. Los de admisión de adultos están divididos en dos grupos: Situación Clínica y Servicios Clínicos del Paciente. Al aplicarlos, tenga cuidado de distinguir entre los signos y síntomas que se presentan de forma aguda y la presencia de cuadros clínicos que suelen ser resultado de una enfermedad crónica (ver criterios 13 y 14).

La sección sobre el estado del paciente contiene una lista de aspectos fisiológicos y de signos de enfermedad aguda que son suficientemente severos como para justificar que el paciente sea ingresado en un hospital de agudos. Los criterios del grupo de Servicios Clínicos representan tratamientos de los que sólo se dispone en un hospital de agudos. Recuerde que los criterios de selección son genéricos, más que específicos por diagnósticos.

#### **Criterios de estancia del PRU para adultos médico-quirúrgico:**

La sección de Servicios Médicos contiene una lista de los principales servicios a disposición del paciente a su ingreso en un hospital de agudos. Estos procedimientos justifican la estancia, independientemente de que estén o no relacionados con el diagnóstico principal. Si considera que un procedimiento podría haber sido realizado de forma ambulatoria, utilice criterios extraordinarios y explique la razón.

La sección Cuidados de Enfermería incluye una relación de cuidados de enfermería, cuya provisión justificaría la estancia del paciente en el hospital. En esta sección, es de particular importancia requerir documentación sobre todos los criterios. Si se debe dar un servicio al menos tres veces diarias para que se cumpla el criterio, entonces deberá estar documentado al menos tres veces durante el día revisado.

En la sección de Situación Clínica del Paciente, a veces, un paciente que precisa hospitalización no cumple ninguno de los criterios de los apartados anteriores. En ese caso, suele ser el estado del paciente el que justifica su estancia en el hospital. Esta sección incluye ocho criterios que indican inestabilidad médica que precisa estancia hospitalaria. Por favor, recuerde los periodos de tiempo en cada caso. El criterio 34 debe cumplirse durante las 24 horas previas y los criterios 35-41 consideran entidades durante las últimas 48 h.

**Cuadro 1: Servicios Clínicos**

CODIGO	CRITERIO
1	<p><b>Procedimiento que requiere anestesia general/regional o recursos posibles tan solo para pacientes ingresados.</b></p> <p>Lo habitual es que la intervención se lleve a cabo en el día del ingreso por ello, se acepta un día de estancia preoperatoria, exceptuando ciertas consideraciones clínicas específicas (ver PRU Quirúrgico).</p>
2	<p><b>Telemetría, monitorización cardíaca o monitorización de signos vitales al menos cada 2 horas.</b></p> <p>En caso de ausencia de telemetría o de monitor cardíaco, los signos vitales mínimos son: presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria. Si la historia clínica no muestra esta información (notas de enfermería, hoja de signos vitales o historia de UCI) y sólo se encuentra la petición del médico, habrá que considerar la respuesta como negativa.</p>
3	<p><b>Medicación intravenosa y/o reposición de líquidos (no se incluye nutrición enteral).</b></p> <p>Este criterio incluye cualquier sustancia administrada de forma continua o intermitente durante el día del ingreso, pero no solamente se aplica a "Mantener vía iv permeable", sino que también se incluyen las sustancias administradas a través de una vía heparinizada. Sin embargo, si considera que dichos fluidos y/o medicaciones deberían haber sido administrados de forma que el paciente no precisara permanecer ingresado (p.e.: paciente ambulatorio) y no se cumple ningún otro criterio, utilice criterios extraordinarios para indicar que el día es médicamente innecesario.</p>
4	<p><b>Observación de reacción secundaria no deseada a medicación.</b></p> <p>Este criterio se cumple sólo si la historia clínica documenta la posibilidad de una reacción que comprometería la vida y la necesidad de observación continuada. En caso de duda, considere que no se cumple el criterio, haga una lista de agentes en su hoja de recogida de datos y refiéralo al revisor médico.</p>
5	<p><b>Antibióticoterapia intramuscular tres o más veces al día.</b></p> <p>No debería preocuparnos el número de horas que el paciente ha permanecido en el hospital hasta que tuvo lugar el ingreso; algunos pacientes no habrán recibido su medicación en el momento en que se llevó a cabo la revisión (p.e.: el caso de un paciente ingresado a las 10:00 p.m.). Como mínimo, verifique que en la petición figure "administrar cada 8 h" y que se administró la dosis inicial. Si usted considera que los antibióticos podrían haber sido administrados por otra vía que hubiera hecho innecesaria la hospitalización, este constituye el único caso que califica el día como médicamente innecesario.</p>
6	<p><b>Utilización intermitente (al menos cada 8 h.) o continua de respirador.</b></p> <p>Este criterio incluye el empleo de cualquier respirador durante el primer día. El uso intermitente de respiración con presión positiva, O<sub>2</sub> nasal o espirómetro cumpliría este criterio, con o sin fisioterapia respiratoria complementaria, teniendo en cuenta que la utilización documentada de dichos servicios tiene lugar al menos tres veces al día. La utilización de forma crónica de una máquina de presión positiva intermitentemente no es suficiente, ni tampoco lo es el uso de O<sub>2</sub> siempre que sea necesario. La fisioterapia respiratoria especial, realizada por las enfermeras de planta, al menos tres veces diarias, también cumple este criterio.</p>

**Cuadro 2: Situación Clínica del Paciente**

CODIGO	CRITERIO
7	<p><b>Anomalía electrolítica/ácido-base severa.</b></p>

	<p>Cualquiera de las posibilidades siguientes: <math>\text{Na}^+ &lt; 123 \text{ mEq/l}</math> o <math>&gt; 156 \text{ mEq/l}</math>, <math>\text{K}^+ &lt; 2,5 \text{ mEq/l}</math> o <math>&gt; 6 \text{ mEq/l}</math>, <math>\text{HCO}_3^- &lt; 20 \text{ mEq/l}</math> o <math>&gt; 30 \text{ mEq/l}</math> y <math>\text{pH}</math> arterial <math>&lt; 7,3</math> o <math>&gt; 7,45</math>. Asegúrese de descartar la situación de alteración crónica de la <math>\text{PCO}_2</math>, en caso de que sea ésta la única cifra normal (p. e.: paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica).</p>
8	<p><b>Fiebre persistente mayor de 38°C durante más de 5 días'.</b></p> <p>Como criterio de ingreso, este apartado suele aplicarse a pacientes transferidos al hospital desde otra unidad. Si se presentan dudas sobre el tiempo que el paciente ha permanecido afebril, considere que no se cumple el criterio, pero si piensa que existe información justificando este ingreso por "fiebre persistente" y no se cumplen otros criterios, utilice criterios extraordinarios e indique la razón en su hoja de recogida de datos.</p>
9	<p><b>Dificultad para mover un miembro u otra parte del cuerpo durante las 48 h. previas al ingreso.</b></p> <p>En caso de ausencia de trauma, este apartado debería ser cumplimentado cuando la causa de la lesión fuera desconocida. Tanto para el criterio 13 como para el 14, si la situación comenzó antes de las 48 h. previas al ingreso o se desconoce la hora en que tuvo lugar, no se cumple el criterio. En caso de utilización de criterios extraordinarios, la historia clínica debería documentar la razón para el retraso en el ingreso. Un ejemplo sería un paciente viviendo solo, que fue encontrado en ese estado por un familiar u otra persona el día del ingreso. Si considera que existe otra información que justifica el empleo de criterios extraordinarios, asegúrese de documentar esta información en la hoja de recolección de datos.</p>
10	<p><b>Pérdida de visión o audición durante las 48 h. previas al ingreso.</b></p> <p>Lo repentino de la pérdida debe ser valorado como responsable, en parte, de la razón del ingreso (p.e.: la mayoría de pacientes diabéticos pierden visión o agudeza visual en el curso de la enfermedad, pero la pérdida se produce gradualmente). En caso de ausencia de trauma, este apartado se aplicaría cuando la causa se desconoce.</p>
11	<p><b>Sangrado activo.</b></p> <p>Este apartado es aplicable cuando la causa es desconocida y/o el intento de controlar el sangrado no ha sido efectivo (p.e.: paciente tratado en urgencias y posteriormente ingresado). Si existen dudas, considere que no se cumple el criterio. Los criterios extraordinarios pueden ser utilizados si éste es el único apartado que parece justificar el ingreso. Un ejemplo de este caso sería el de un paciente con hemorragia activa por varices esofágicas.</p>
12	<p><b>Evisceración o dehiscencia de herida quirúrgica.</b></p> <p>Este criterio sólo se aplica a heridas quirúrgicas reparadas o no y a otras complicaciones de heridas quirúrgicas como hernia incisional (ver criterio 1 de Servicios Clínicos). No se aplica a heridas quirúrgicas que no cicatrizan o a entidades como la "no-consolidación" de fracturas.</p>
13	<p><b>Frecuencia cardíaca anormal (&lt; 50 ppm o &gt; 140 ppm).</b></p> <p>Este criterio se cumple cuando el pulso se toma al menos dos veces con lecturas separadas como mínimo 5 minutos entre sí.</p>
14	<p><b>Presión arterial anormal: sistólica &lt; 90 o &gt; 200 mm Hg y (o diastólica &lt; 60 o 120 mm Hg.</b></p> <p>Las presiones deben tomarse como mínimo dos veces, separadas entre sí 5 minutos. Si a su juicio, la presión es normal para este paciente (por historia y/o por exploración física), considere la utilización de criterios extraordinarios. Por ejemplo: una paciente de 65 años, hipertensa, con antecedentes de TA 195/125 y una lectura actual de valores similares, es ingresada. Dicha paciente cumpliría técnicamente el criterio. Si este es el único criterio que se cumple para justificar el ingreso, la historia clínica debería documentar algún otro problema (que no quede cubierto en los apartados del protocolo) o deberíamos emplear criterios extraordinarios.</p>
15	<p><b>Estado confusional agudo, coma o falta de respuesta.</b></p> <p>Este criterio incluye un paciente encontrado en estado comatoso y del que se desconoce el momento en que se inició el cuadro. No se incluye ni la intoxicación etílica ni el simple desvanecimiento.</p>
16	<p><b>Evidencia electrocardiográfica de isquemia coronaria aguda, con sospecha de infarto de miocardio reciente.</b></p>

Aunque la isquemia miocárdica podría ser falseada electrocardiográficamente, sólo se cumple este criterio cuando se considera el infarto de miocardio en curso. Una respuesta afirmativa en este apartado resultaría muy sospechosa en caso de respuesta afirmativa en el criterio 2 de la lista de servicios clínicos.

**Cuadro 3: Criterios de día de Estancia de Adultos- Servicios Médicos**

CODIGO	CRITERIO
17	<p><b>Acto quirúrgico ese mismo día (p.e.: el día revisado).</b></p> <p>Cualquier técnica realizada en un quirófano justifica este criterio. Si se efectúa uno de los procedimientos 19-22 (a continuación) en el quirófano, se cumple el criterio.</p>
18	<p><b>Citación para procedimiento en quirófano el día siguiente, que requiera consulta preoperatoria extraordinaria o evaluación.</b></p> <p>Los pacientes ya hospitalizados deberían ser evaluados preoperatoriamente por los anestesiólogos, sin añadir días a su estancia hospitalaria. Sólo en el caso de un problema médico muy complejo se debería emplear un día extra para efectuar pruebas especiales o para evaluación por especialistas para cerciorarse de la idoneidad del procedimiento previsto.</p>
19	<p><b>Cateterización cardíaca ese mismo día.</b></p> <p>Este criterio incluye tanto la visualización de las cámaras cardíacas mediante la inyección de material de contraste, como la toma de muestras de sangre y medida de presión en las cámaras cardíacas y/o arteria pulmonar. También se incluirá en este apartado cualquier cateterismo cardiovascular diagnóstico monitorizado.</p>
20	<p><b>Angiografía ese mismo día.</b></p> <p>Este criterio incluye varios tipos de angiografía, la mayor parte arteriografías (sobre todo coronarias), así como venografías y linfangiografías.</p>
21	<p><b>Biopsia de órgano interno ese mismo día.</b></p> <p>Las biopsias renal, hepática, pulmonar y cerebral son las más frecuentes, pero en este criterio también se incluyen las biopsias gastrointestinal, bronquial o de mucosa de vejiga, así como la biopsia de próstata con aguja.</p>
22	<p><b>Procedimiento invasivo del sistema nervioso central (SNC) ese mismo día.</b></p> <p>Este criterio incluye procedimientos como punción lumbar, drenaje cisternal, drenaje ventricular, mielograma, etc. (Recuerde que son ejemplos, no categorías exhaustivas de procedimientos).</p>
23	<p><b>Cualquier prueba que requiera control estricto de la dieta, por la duración de la misma.</b></p> <p>Suelen ser tests prolongados de la función metabólica, que generalmente implican la toma de muestras de sangre y orina en determinados momentos, como por ejemplo el caso de las pruebas para el diagnóstico del aldosteronismo.</p>
24	<p><b>Tratamiento nuevo o experimental, que requiera frecuentes ajustes de la dosis bajo supervisión médica.</b></p> <p>Este criterio incluye cualquier situación en la que se requiera observación frecuente y ajuste de dosis. No es preciso que se trate de un fármaco o tratamiento experimental para el paciente, sino de dosis o vías de administración poco frecuentes de fármacos conocidos, nuevos usos de medicamentos o tratamientos experimentales.</p>
25	<p><b>Situación que requiera monitorización por un médico al menos tres veces al día.</b></p>

	Este criterio debe estar documentado por las notas del médico, indicando que se precisa la citada monitorización. En un hospital docente, las notas tomadas por los estudiantes equivalen a las del médico. Sin embargo, el paciente debe estar monitorizado por el médico al menos tres veces. Esto es, tres notas diferentes (cada una de ellas de un estudiante, residente o médico) discutiendo la misma situación no cumpliría el criterio.
<b>26</b>	<p><b>Procedimientos invasivos durante las últimas 24 horas.</b></p> <p>Si cualquier procedimiento en quirófano o alguno de los procedimientos contemplados en los criterios 19-20-21 de Cuidados Médicos ha tenido lugar durante las últimas 24 horas, se considerará ese día de estancia como adecuado. Los procedimientos suelen requerir un periodo de descanso en cama post-acto y observación, aunque la observación y registro de signos vitales puede resultar de magnitud suficiente como para satisfacer los criterios referentes a cuidados de enfermería.</p>

#### Cuadro 4: Cuidados de Enfermería

CODIGO	CRITERIO
<b>27</b>	<p><b>Cuidados respiratorios-utilización intermitente o continua de respirador y/o terapia de inhalación al menos tres veces al día.</b></p> <p>Este criterio incluye la utilización de cualquier respirador de forma continuada durante alguna parte del día revisado. Si por ejemplo, un paciente fue desconectado de un MA1 en el día de la revisión, el paciente cumpliría el criterio. El uso intermitente de respiración con presión positiva, O2 nasal o espirómetro cumpliría este criterio, con o sin fisioterapia respiratoria complementaria, teniendo en cuenta que la utilización documentada de dichos servicios tiene lugar al menos tres veces diarias. La utilización de forma crónica de una máquina de presión positiva intermitentemente no es suficiente, ni tampoco lo es el uso de O2 siempre que sea necesario. La fisioterapia respiratoria especial, realizada por las enfermeras de planta, al menos tres veces al día, también cumple este criterio.</p>
<b>28</b>	<p><b>Terapia parenteral-líquidos intravenosos administrados de forma intermitente o continua con cualquier suplemento.</b></p> <p>Este criterio incluye cualquier sustancia administrada de forma continua o intermitente durante cualquier parte del día revisado. Las medicaciones intravenosas administradas a través de una vía heparinizada y las infusiones de quimioterapia también se incluyen, mientras que "mantener la vía iv permeable" no. Se debe prestar atención especial a la evaluación de los días que parecen sólo relacionados con el tratamiento del cáncer, teniendo en cuenta que éste podría realizarse ambulatoriamente.</p> <p>Un ejemplo sería si en la hoja de peticiones del médico apareciera "administrar en la madrugada cytoxan 500 mg iv, adriamiacina 50 mg iv, vincristina 2 mg iv, Dr. Pérez". Esta petición cumpliría el criterio, aunque se considera que esta situación podría ser tratada sin ingreso. Si usted considera que éste es el caso, puede utilizar criterios extraordinarios para justificarlo.</p>
<b>29</b>	<p><b>Monitorización continua de signos vitales, al menos cada treinta minutos, durante 4 h.</b></p> <p>Este criterio incluye paciente en monitorización cardíaca continua. No se considera incluida si el paciente pasó parte del día en la sala de recuperación, ni pacientes monitorizados cada 4 h. Si no aparece esta información detallada en la historia clínica, se debe asumir una respuesta negativa. Esta información se encuentra en las hojas de enfermería, hojas de recuperación y de UCI.</p>
<b>30</b>	<p><b>Inyecciones intramusculares (im) o subcutáneas (sc) al menos dos veces al día (en dos momentos diferentes del día, no sólo dos inyecciones como en el caso de diversas medicaciones preoperatorias).</b></p> <p>No se incluye la rutina de insulina, dado que ésta no justifica por sí sola el ingreso en un hospital de agudos.</p>
<b>31</b>	<p><b>Control de balances.</b></p> <p>Es adecuado en pacientes que precisan restricción de ingesta de líquidos y para aquellos en los que se sospecha excreción urinaria anormalmente alta o baja. Las medidas de balance están sujetas a error, como las de peso, y ninguna obvia la necesidad de exámen clínico para detectar estertores, ascitis, edema o mala perfusión tisular. A continuación, se incluye una serie de entidades en las que está indicado el control del balance hídrico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Uremia de cualquier causa.</li> <li>Obstrucción del tracto urinario a cualquier nivel.</li> <li>Trauma renal.</li> </ol>

	<p>d. Shock de cualquier tipo (PA sistólica &lt; 90 mm Hg o PA diastólica &lt; 60 mm Hg).</p> <p>e. Sospecha o hallazgo de deficiencias del flujo de la arteria renal, incluyendo aneurisma de aorta disecado que afecte a los ostium de las arterias renales.</p> <p>f. Fallo hepático con ascitis.</p> <p>g. insuficiencia cardíaca congestiva.</p> <p>h. Infarto agudo de miocardio.</p> <p>i. Quemaduras mayores.</p> <p>j. Golpe de calor.</p> <p>k. Hipotermia severa.</p> <p>l. Acidosis diabética.</p> <p>m. Deshidratación.</p> <p>n. Envenenamiento de diversos tipos.</p> <p>o. Problemas del sistema nervioso central que pueden afectar a la pituitaria (incluyendo diabetes insípida, traumatismos craneales, tumores, etc).</p> <p>Todas estas entidades reflejan el deterioro agudo o progresivo en función de los sistemas de regulación de líquidos. Una vez que ha quedado claro que la situación clínica se ha estabilizado o que ha mejorado lo suficiente, no es adecuado al no ser necesario el control de balances.</p> <p>Tampoco se debe iniciar en pacientes cuyo problema de balance hídrico no sea ni agudo ni severo: el fallo cardíaco congestivo leve o azohemia pueden tratarse sin control hídrico.</p>
32	<p><b>Cuidado de herida quirúrgica y de drenajes.</b></p> <p>Este criterio incluye a aquellos pacientes que requieren cuidado de la herida y/o drenaje. Debe estar documentado que ha tenido lugar, bien en las notas del médico o en las de enfermería. Cualquier paciente con un drenaje quirúrgico, que requiera control o vaciado con cada turno, cumplirá el criterio. Las sondas de alimentación nasogástrica o de gastrostomía crónicas, así como la implantación de cateteres de foley, no satisfacen el criterio, pero podrían incluirse como criterios extraordinarios a su discreción.</p>
33	<p><b>Monitorización cercana por una enfermera al menos tres veces al día, por orden de un médico.</b></p> <p>Este criterio debe estar totalmente documentado e incluye monitorización por cualquier profesional clínico no médico (enfermera, fisioterapeuta, etc). Deben constatar, al menos, tres observaciones durante el día revisado, por orden del médico, y los resultados de las mismas deben incluir algo más que los signos vitales. Un ejemplo sería la observación de los signos neurológicos en un paciente con pérdida de conciencia reciente.</p>

**Cuadro 5: Situación Clínica del Paciente**

CODIGO	CRITERIO
34	<p><b>Incapacidad para orinar o para el tránsito intestinal (durante las últimas 24 h) no atribuible a ningún trastorno neurológico.</b></p> <p>Este criterio suele considerar problemas postoperatorios. No se incluye la implantación de catéteres crónicos.</p>
35	<p><b>Transfusión debida a pérdida de sangre.</b></p> <p>Si hay una transfusión por cualquier causa, se cumple el criterio, independientemente de la pérdida sanguínea. Sin embargo, si ésta es crónica, requiere transfusiones intermitentes rutinarias (anemias aplásicas, por ej.) y no suelen precisar hospitalización. se utilizarían criterios extraordinarios para justificar el ingreso. Cualquier otra causa de pérdida sanguínea no estaría justificada.</p>
36	<p><b>Fibrilación ventricular o evidencia electrocardiográfica de isquemia aguda, como aparece en la hoja de evolución o en el informe electrocardiográfico.</b></p> <p>Cualquier fibrilación ventricular cumple este criterio, al igual que el infarto agudo de miocardio, aunque la isquemia miocárdica puede ser mimetizada electrocardiográficamente por diversas entidades como la hipertrofia ventricular izquierda y diversas alteraciones del balance hidroelectrolítico. Se cumplirá este criterio siempre que el diagnóstico de isquemia se considere como clínicamente activo, incluso cuando los cambios electrocardiográficos se consideren debidos a otras causas.</p>
37	<p><b>Fiebre de al menos 38°C si el paciente fue ingresado por otra razón diferente de la fiebre.</b></p> <p>También se cumple este criterio si el paciente fue ingresado con fiebre que remitió, con o sin tratamiento, y recurrió posteriormente.</p>

<b>38</b>	<p><b>Coma-falta de respuesta durante al menos 1 h.</b></p> <p>Este criterio lo cumple cualquier entidad que produzca pérdida de conciencia que no sea consecuencia de la aplicación de anestesia general.</p>
<b>39</b>	<p><b>Estado confusional agudo, no debido a abstinencia alcohólica.</b></p> <p>Sólo cumplen este criterio los pacientes con episodios transitorios de confusión, como contusión cerebral, pero no el síncope simple. Las pérdidas de conciencia leves de la demencia crónica no cumplen los criterios, a menos que los síntomas representen un nuevo patrón para el paciente (desarrollo de alucinaciones, por ejemplo).</p>
<b>40</b>	<p><b>Trastornos hematológicos agudos, neutropenia significativa, anemia, trombocitopenia, leucocitosis, eritrocitosis o trombocitosis, síntomas o signos guía.</b></p> <p>Este criterio sólo se cumple si hay signos (por ejemplo equimosis o sangrado) o síntomas (por ejemplo trombos vasculares) de uno de los trastornos hematológicos agudos. Los recuentos altos o bajos de los constituyentes sanguíneos no requieren necesariamente hospitalización aguda o tratamiento.</p>
<b>41</b>	<p><b>Dificultades neurológicas agudas progresivas.</b></p> <p>Este criterio incluye síncope en evolución por cualquier causa, así como la aparición de cuadros clínicos como el Guilliam-Barré. Excluye desvanecimientos leves intermitentes de enfermedades crónicas, como la Esclerosis Múltiple.</p>

### Crterios de ingreso del PRU para el PRU Pediátrico

Como en la versión médico-quirúrgica de adultos, existen dos grupos de criterios de ingreso pediátrico: Situación Clínica del Paciente y Servicios Clínicos. Al utilizar estos apartados, tenga cuidado al distinguir entre los signos y los síntomas que se presentan de forma aguda y la presencia de cuadros clínicos que suelen ser resultado de una enfermedad crónica (ver ítems 51 y 52). La sección referente al Estado del Paciente contiene una lista de situaciones fisiológicas y de signos de enfermedad aguda que son suficientemente severos como para justificar el ingreso del paciente en un hospital de agudos. Los criterios del apartado de Servicios Clínicos representan tratamientos que sólo suelen estar disponibles en un hospital de agudos. Recuerde que los criterios de tamizaje son genéricos, más que específicos por diagnóstico.

En relación con los criterios de ingreso es importante considerar que a menudo, el niño es ingresado porque se sospecha o prevee una de dichas situaciones, que no está necesariamente documentada. El ingreso realmente tiene lugar por custodia protectora, mientras se observa al niño y se provee la nutrición y el tratamiento adecuados. Un ejemplo de un problema con este criterio sería la observación cuidadosa de signos de encefalopatía que se desarrollaría durante el inicio de terapia quelante con EDT (Edante) por envenenamiento con plomo, así como la rigurosa recolección de orina para medir la excreción urinaria. Esto también incluirá situaciones en las que un niño con defectos congénitos o alguna enfermedad subyacente (p.e.: diabetes mellitus) es ingresado por algún cuadro clínico que, añadido a la situación crónica del niño, se considera que representa un riesgo especial. Asegúrese de indicar los factores subyacentes como diagnósticos activos, aunque secundarios, en su hoja de recolección de datos.

### **Crterios de estancia del PRU pediátrico,**

La sección de Servicios Médicos contiene una lista de los principales servicios al ingreso del paciente en un hospital de agudos. Estos procedimientos justifican la estancia hospitalaria, independientemente de su relación con el diagnóstico principal. Si considera que un

procedimiento podría haber sido realizado de forma ambulatoria, utilice criterios extraordinarios y explique la razón.

La sección de cuidados de enfermería incluye una relación de cuidados de enfermería, cuya provisión justificaría la estancia del paciente en el hospital. En esta sección, es de particular importancia requerir documentación sobre todos los criterios. Si se debe dar un servicio al menos tres veces diarias para que se cumpla el criterio, entonces deberá estar documentado al menos tres veces durante el día revisado.

En la sección de situación clínica del paciente, a veces, un paciente que precisa hospitalización no cumple ninguno de los criterios de los apartados anteriores. En ese caso, suele ser el estado del paciente el que justifica su estancia en el hospital. Esta sección incluye ocho criterios que se relacionan con factores que justifican una estancia hospitalaria. Por favor, recuerde los periodos de tiempo en cada caso. El criterio 82 debe cumplirse durante las 24 horas previas y los criterios 83-89 consideran cuadros clínicos durante las últimas 48 h.

**Cuadro 6: Criterios Pediátricos de Ingreso-Servicios Clínicos.**

CODIGO	CRITERIO
42	<p><b>Procedimiento que requiere anestesia general regional o recursos disponibles sólo para pacientes ingresados.</b></p> <p>Un caso no-urgente, quirúrgico electivo, ingresado previamente al día de la intervención, que sólo requiere la realización de las pruebas preoperatorias rutinarias, no se consideraría como un ingreso justificado.</p>
43	<p><b>Tratamiento en una UCI.</b></p> <p>Este criterio es aplicable independientemente del servicio(s) responsable de la UCI (cardiología, neumología, cirugía). Si este es el único criterio que se cumple, asegúrese de verificar que el criterio de UCI era necesario. En caso contrario, considere el uso de criterios extraordinarios.</p>
44	<p><b>Telemetría, monitorización cardiaca o monitorización de signos vitales al menos cada 2 horas.</b></p> <p>En caso de ausencia de telemetría o de monitor cardíaco, los signos vitales mínimos son: presión sanguínea, pulso y respiración. Si la historia clínica no muestra esta información (notas de enfermería, hoja de signos clínicos o historia de UCI) y sólo se encuentra la petición del médico, considere la respuesta negativa.</p>
45	<p><b>Medicación intravenosa y/o reposición de líquidos (no se incluye nutrición enteral).</b></p> <p>Este criterio incluye cualquier sustancia administrada de forma continua o intermitente durante el día del ingreso, pero no se aplica a "mantener vía iv permeable".</p> <p>También se incluyen las sustancias administradas a través de una vía heparinizada. Sin embargo, si considera que dichos líquidos y/o medicaciones deberían haber sido administrados de forma que el paciente no precisara permanecer ingresado (p.e.: paciente ambulatorio) y no se cumple ningún otro criterio, utilice criterios extraordinarios para indicar que el día es médicamente innecesario.</p>
46	<p><b>Observación de reacción tóxica a medicación.</b></p> <p>Este criterio se cumple sólo si la historia clínica documenta la posibilidad de una reacción que comprometería la vida y la necesidad de observación continuada. En general, los agentes incluidos son antineoplásicos, pero es concebible que otros puedan encajar en esta categoría. En caso de duda, considere que no se cumple el criterio, haga una lista en su hoja de recolección de datos y refiéralo al revisor médico.</p>
47	<p><b>Antibióticoterapia intramuscular tres o más veces al día.</b></p>

	<p>No debería preocuparnos el número de horas que el paciente ha permanecido en el hospital hasta que tuvo lugar el ingreso; algunos pacientes no habrán recibido su medicación en el momento en que se llevó a cabo la revisión (p.e.: el caso de un paciente ingresado a las 1 0:00 p.m.). Como mínimo verifique que en la petición figure "administrar cada 8 h.) y que se administró la dosis inicial. Si usted considera que los antibióticos podrían haber sido administrados por otra vía que hubiera hecho innecesaria la hospitalización, éste constituye el único criterio justo para considerar el día como médicamente innecesario.</p>
48	<p><b>Utilización intermitente (al menos cada 8 h) o continua de respirador.</b></p> <p>Este criterio incluye el empleo de cualquier respirador durante el primer día. El uso intermitente de respiración con presión positiva, O2 nasal o espirómetro cumpliría este criterio, con o sin fisioterapia respiratoria complementaria, teniendo en cuenta que la utilización documentada de dichos servicios tiene lugar, al menos, tres veces diarias. La utilización de forma crónica de una máquina de presión positiva intermitentemente no es suficiente, ni tampoco lo es el uso de O2 siempre que sea necesario. La fisioterapia respiratoria especial, realizada por las enfermeras de planta, al menos tres veces diarias, también cumple este criterio.</p>

### Cuadro 7: Situación clínica del Paciente.

CODIGO	CRITERIO
49	<p><b>Anomalía electrolítica/ácido-base severa.</b></p> <p>Cualquiera de las posibilidades siguientes: Na+ &lt; 123 mEq/l o &gt; 156 mEq/l, K+ &lt; 2,5 mEq/l o &gt; 6 mEq/l, HCO3- &lt; 20 mEq/l o &gt; 36 mEq/l, pH arterial &lt; 7,3 o &gt; 7,45. Asegúrese de descartar la situación de alteración crónica de la PCO2, en caso de que sea ésta la única cifra anormal (p.e.: paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica).</p>
50	<p><b>Fiebre persistente mayor de 38°C durante más de 5 días.</b></p> <p>Como criterio de ingreso, este apartado suele aplicarse a pacientes transferidos al hospital desde otra unidad. Si se presentan dudas sobre el tiempo que el paciente ha permanecido afebril, considere que no se cumple el criterio, pero si piensa que existe información justificando este ingreso por "fiebre persistente" y no se cumplen otros criterios, utilice criterios extraordinarios e indique la razón en su hoja de recolección de datos.</p>
51	<p><b>Dificultad para mover un miembro u otra parte del cuerpo durante las 48 h. previas al ingreso.</b></p> <p>En caso de ausencia de trauma, este apartado debería ser cumplimentado cuando la causa de la lesión fuera desconocida. Para los criterios 51 y 52, si la situación comenzó antes de las 48 h. previas al ingreso o se desconoce la hora en que tuvo lugar, no se cumple el criterio.</p>
52	<p><b>Pérdida de visión o audición durante las 48 h. previas al ingreso.</b></p> <p>Lo repentino de la pérdida debe ser valorado como responsable, en parte, de la razón del ingreso. (p.e.: la mayoría de pacientes diabéticos pierden visión o agudeza visual en el curso de la enfermedad, pero la pérdida se produce gradualmente). En caso de ausencia de trauma, este apartado se aplicaría cuando la causa se desconoce. Ver discusión en el criterio 51.</p>
53	<p><b>Sangrado activo.</b></p> <p>Este apartado es aplicable cuando la causa es desconocida y/o el intento de controlar el sangrado no ha sido efectivo (p.e.: paciente tratado en urgencias y posteriormente ingresado). En general, aunque no siempre, espere observar una importante disminución del hematocrito o necesidad de transfusión. Equimosis y petequias constituyen signos de hemorragia activa y suelen reflejar problemas plaquetarios.</p>
54	<p><b>Evisceración o dehiscencia de herida quirúrgica.</b></p> <p>Este criterio sólo se aplica a heridas quirúrgicas reparadas o no y a otras complicaciones de heridas quirúrgicas como hernia incisional (ver criterio 42 de Servicios Clínicos). No se aplica a heridas quirúrgicas que no cicatrizan o a entidades como la "no-consolidación" de fracturas.</p>

CODIGO	CRITERIO															
55	<p><b>Pulso arterial fuera de los siguientes rangos (óptimo: pulso durmiendo en paciente &lt; 12 años).</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>EDAD</th> <th>PULSO ARTERIAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. 0- 23 meses</td> <td>80 - 200 ppm</td> </tr> <tr> <td>B. 2 - 6 años</td> <td>70 - 200 ppm</td> </tr> <tr> <td>C. 7 - 11 años</td> <td>60 - 180 ppm</td> </tr> <tr> <td>D. &gt; 12 años</td> <td>50 - 140 ppm</td> </tr> </tbody> </table> <p>Este criterio se cumple cuando el pulso se toma al menos dos veces con lecturas separadas como mínimo 5 minutos.</p>	EDAD	PULSO ARTERIAL	A. 0- 23 meses	80 - 200 ppm	B. 2 - 6 años	70 - 200 ppm	C. 7 - 11 años	60 - 180 ppm	D. > 12 años	50 - 140 ppm					
EDAD	PULSO ARTERIAL															
A. 0- 23 meses	80 - 200 ppm															
B. 2 - 6 años	70 - 200 ppm															
C. 7 - 11 años	60 - 180 ppm															
D. > 12 años	50 - 140 ppm															
56	<p><b>Presión sanguínea fuera de los siguientes rangos.</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>EDAD</th> <th>SISTOLICA</th> <th>DIASTOLICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. 6 - 23 meses</td> <td>70 - 120</td> <td>40 - 85</td> </tr> <tr> <td>B. 2 - 6 años</td> <td>75 - 125</td> <td>40 - 90</td> </tr> <tr> <td>C. 7 - 11 años</td> <td>80 - 130</td> <td>45 - 90</td> </tr> <tr> <td>D. &gt; 12 años</td> <td>90 - 200</td> <td>60 - 120</td> </tr> </tbody> </table>	EDAD	SISTOLICA	DIASTOLICA	A. 6 - 23 meses	70 - 120	40 - 85	B. 2 - 6 años	75 - 125	40 - 90	C. 7 - 11 años	80 - 130	45 - 90	D. > 12 años	90 - 200	60 - 120
EDAD	SISTOLICA	DIASTOLICA														
A. 6 - 23 meses	70 - 120	40 - 85														
B. 2 - 6 años	75 - 125	40 - 90														
C. 7 - 11 años	80 - 130	45 - 90														
D. > 12 años	90 - 200	60 - 120														
57	<p><b>Estado confusional agudo, coma o falta de respuesta.</b></p> <p>Este criterio incluye un paciente encontrado en estado comatoso y del que se desconoce el momento en que se inició el cuadro (p.e.: el paciente fue encontrado en su casa en este estado). No se incluye el simple desvanecimiento.</p>															
58	<p><b>Hematocrito &lt; 30%.</b></p> <p>Utilice este criterio cuando la hemorragia activa no es responsable de la anemia (ver ítem 53). En general, las enfermedades hematológicas (como la leucemia) y el efecto adverso de fármacos (como agentes quimioterápicos) serían responsables del hematocrito bajo.</p>															
59	<p><b>Necesidades de punción lumbar, cuando este procedimiento no se lleva a cabo de forma rutinaria como paciente ambulatorio.</b></p> <p>Muchos hospitales, sobre todo aquellos con personal en formación y con unidades de urgencias, consideran las punciones lumbares perfectamente seguras como pacientes ambulatorios. En estos casos no se cumple el criterio.</p>															
60	<p><b>Cuadros clínicos que no responden a tratamiento como pacientes ambulatorios.</b></p> <p>Note que debe existir documentación sobre el intento de tratamiento y la causa del ingreso. Si utiliza esta opción, asegúrese de especificar la situación clínica que justifique el ingreso.</p>															
61	<p><b>Problemas pediátricos específicos.</b></p> <p>Incluye:                      Abuso de menores.                      Falta de cumplimiento con el necesario régimen terapéutico.                      Necesidad de observación especial o monitorización del comportamiento, incluyendo ingesta calórica en caso de enfermos que no mejoran.</p>															

**Cuadro 8: Criterios Pediátricos de día de Estancia-Servicios Médicos.**

CODIGO	CRITERIO
62	<p><b>Acto quirúrgico ese mismo día (p.e.: el día revisado).</b></p> <p>Cualquier técnica realizada en un quirófano cualifica este criterio. Si se efectúa uno de los procedimientos 64-69 (a continuación) en el quirófano, se cumple el criterio.</p>

<p><b>63</b></p>	<p><b>Citación para procedimiento en quirófano el día siguiente, que requiera consulta preoperatoria extraordinaria o evaluación.</b></p> <p>Los pacientes ya hospitalizados deberían ser evaluados preoperatoriamente por los anestesiólogos, sin añadir días a su estancia hospitalaria. Sólo en el caso de un problema médico muy complejo se debería emplear un día extra para efectuar pruebas especiales o para exámenes por consultores para cerciorarse de la idoneidad del procedimiento previsto.</p>
<p><b>64</b></p>	<p><b>Cateterización cardiaca ese mismo día.</b></p> <p>Este criterio incluye tanto la visualización de las cámaras cardíacas mediante la inyección de material de contraste, como la toma de muestras de sangre y medida de presión en las cámaras cardíacas y/o arteria pulmonar. También se incluirá en este apartado cualquier cateterismo cardiovascular diagnóstico monitorizado.</p>
<p><b>65</b></p>	<p><b>Angiografía ese mismo día.</b></p> <p>Este criterio incluye varios tipos de angiografía, la mayor parte arteriografías (sobre todo coronarias), así como venografías y linfangiografías.</p>
<p><b>66</b></p>	<p><b>Biopsia de órgano interno ese mismo día.</b></p> <p>Las biopsias renal, hepática, pulmonar y cerebral son las más frecuentes, pero en este criterio también se incluyen las biopsias gastrointestinal, bronquial o de mucosa de vejiga, así como la biopsia de próstata con aguja.</p>
<p><b>67</b></p>	<p><b>Toracocentesis o paracentesis ese mismo día.</b></p> <p>Este criterio incluye la retirada de cualquier tipo de líquido pleural (p.e.: seroso, purulento, sanguinolento, etc), realizado con aguja y jeringa o con trocar y tubo.</p>
<p><b>68</b></p>	<p><b>Procedimiento invasivo del sistema nervioso central (SNC) ese mismo día.</b></p> <p>Este criterio incluye procedimientos como punción lumbar, drenaje cisternal, drenaje ventricular, mielograma, etc. (Recuerde que son ejemplos, no categorías exhaustivas de procedimientos).</p>
<p><b>69</b></p>	<p><b>Endoscopia gastrointestinal ese mismo día.</b></p> <p>Bien sea endoscopia gastrointestinal alta o la colonoscopia, como la pancreatocolangiografía retrógrada endoscópica.</p>
<p><b>70</b></p>	<p><b>Cualquier prueba que requiera control estricto de la dieta, por la duración de la misma.</b></p> <p>Suelen ser tests prolongados de la función metabólica, que suelen implicar la recolección de sangre y orina en determinados tiempos, como por ejemplo el caso de las pruebas para el diagnóstico del aldosteronismo.</p>
<p><b>71</b></p>	<p><b>Tratamiento nuevo o experimental, que requiera frecuentes ajustes de la dosis bajo supervisión médica.</b></p> <p>Este criterio incluye cualquier situación en la que se requiera observación frecuente y ajuste de dosis. No es preciso que se trate de un fármaco o tratamiento experimental para el paciente, sino de dosis o vías de administración poco frecuentes de fármacos conocidos, nuevos usos de medicamentos o tratamientos experimentales.</p>
<p><b>72</b></p>	<p><b>Cuadro clínico que requiera monitorización por un médico al menos tres veces al día.</b></p> <p>Este criterio debe estar documentado por las notas del médico, indicando que se precisa la citada monitorización. En un hospital docente, las notas tomadas por los estudiantes equivalen a las del médico. Sin embargo, el paciente debe estar monitorizado por el médico al menos tres veces diarias. Esto es, tres notas diferentes (cada una de ellas de un estudiante, residente o médico) discutiendo la misma situación no cumpliría el criterio.</p>

<b>73</b>	<p><b>Procedimientos invasivos durante las últimas 24 horas.</b></p> <p>Si cualquier procedimiento en quirófano o alguno de los procedimientos contemplados en los criterios 64-69 de Servicios Médicos ha tenido lugar durante las últimas 24 horas, se considerara ese día de estancia como adecuado. Los procedimientos suelen requerir un periodo de descanso en cama post-acto y observación, aunque la observación y registro de signos vitales puede resultar de magnitud suficiente como para satisfacer los criterios referentes a cuidados de enfermería.</p>
-----------	---

**Cuadro 9: Cuidados de Enfermería.**

CODIGO	CRITERIO
<b>74</b>	<p><b>Cuidados respiratorios-utilización intermitente o continua de respirador y/o terapia de inhalación al menos tres veces al día.</b></p> <p>Este criterio incluye la utilización de cualquier respirador de forma continuada durante alguna parte del día revisado. Si por ejemplo, un paciente fue desconectado de un MA1 en el día de la revisión, el paciente cumpliría el criterio. El uso intermitente de respiración con presión positiva, O2 nasal o espirómetro cumpliría este criterio, con o sin fisioterapia respiratoria complementaria, teniendo en cuenta que la utilización documentada de dichos servicios tiene lugar al menos tres veces diarias. La utilización de forma crónica de una máquina de presión positiva intermitentemente no es suficiente, ni tampoco lo es el uso de O2 siempre que sea necesario. La fisioterapia respiratoria especial, realizada por las enfermeras de planta, al menos tres veces al día, también cumple este criterio.</p>
<b>75</b>	<p><b>Terapia parenteral-líquidos intravenosos administrados de forma intermitente o continua con cualquier suplemento.</b></p> <p>Este criterio incluye cualquier sustancia administrada de forma continua o intermitente durante cualquier parte del día revisado. Las medicaciones intravenosas administradas a través de una vía heparinizada y las infusiones de quimioterapia también se incluyen, mientras que "mantener la vía iv permeable" no. Se debe prestar atención especial a la evaluación de los días que parecen sólo relacionados con el tratamiento del cáncer, teniendo en cuenta que este podría realizarse ambulatoriamente. Un ejemplo sería si en la hoja de peticiones del médico apareciera "administrar en la madrugada cytoxan 500mg iv, adriamicina 50 mg iv, vincristina 2 mg iv. Dr. Pérez". Esta petición cumpliría el criterio, aunque se considera que esta situación podría ser tratada sin ingreso. Si usted considera que éste es el caso, puede utilizar criterios extraordinarios para justificarlo.</p>
<b>76</b>	<p><b>Monitorización continua de signos vitales, al menos cada treinta minutos, durante 4 h.</b></p> <p>Este criterio incluye paciente en monitorización cardíaca continua. No se considera incluida si el paciente pasó parte del día en la sala de recuperación, ni pacientes monitorizados cada 4 h. Si no aparece esta información detallada en la historia clínica, se debe asumir una respuesta negativa. Esta información se encuentra en las hojas de enfermería, hojas de recuperación y de UCI.</p>
<b>77</b>	<p><b>Inyecciones intramusculares (im) o subcutáneas (sc) al menos dos veces al día (en dos momentos diferentes del día, no sólo dos inyecciones como en el caso de diversas medicaciones preoperatorias).</b></p> <p>No se incluye la rutina de insulina, dado que ésta no justifica por si sola el ingreso en un hospital de agudos.</p>
<b>78</b>	<p><b>Control de balances</b></p> <p>Es adecuado en pacientes que precisan restricción de ingesta de líquidos y para aquellos en los que se sospecha excreción urinaria anormalmente alta o baja. Las medidas de balance están sujetas a error, como las de peso, y ninguna obvia la necesidad de examen clínico para detectar estertores, ascitis, edema o mala perfusión tisular. A continuación, se incluye una serie de entidades en las que está indicado el control del balance hídrico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Uremia de cualquier causa.</li> <li>b. Obstrucción del tracto urinario a cualquier nivel.</li> <li>c. Trauma renal.</li> <li>d. Shock de cualquier tipo.</li> <li>e. Sospecha o hallazgo de deficiencia del flujo de la arteria renal, incluyendo aneurisma de aorta disecado que afecte el ostium de la arteria renal.</li> <li>f. Fallo hepático con ascitis.</li> <li>g. insuficiencia cardíaca congestiva.</li> </ol>

CODIGO	CRITERIO
78	<p>h. Quemaduras mayores.                      i. Golpe de calor.                      j. Hipotermia severa.                      k. Acidosis diabética.                      l. Deshidratación.                      m. Envenenamiento de diversos tipos.                      n. Problemas del sistema nervioso central que pueden afectar a la Pituitaria (incluyendo diabetes insípida, traumatismos craneales, tumores, etc).</p>
79	<p><b>Cuidado de herida quirúrgica y de drenajes.</b></p> <p>Este criterio incluye a aquellos pacientes que requieren cuidado de la herida y/o drenaje. Debe estar documentado, bien en las notas del médico o en las de enfermería, que se ha realizado. Cualquier paciente con un drenaje quirúrgico, que requiera control o vaciado con cada turno, cumpliría el criterio. Las sondas de alimentación nasogástrica o de gastrostomía crónicas o los cateteres de foley no satisfacen el criterio, pero podrían incluirse como criterios extraordinarios a su discreción.</p>
80	<p><b>Tracción de fracturas, luxaciones o deformidades congénitas.</b></p> <p>La tracción debe ser de un tipo que impida el traslado a domicilio.</p>
81	<p><b>Monitorización médica cercana, por una enfermera al menos tres veces al día, bajo la orden de un médico.</b></p> <p>Este criterio debe estar totalmente documentado e incluye monitorización por cualquier profesional clínico no médico (LPN, terapeuta respiratorio, etc). Deben constatarse, al menos, tres observaciones durante el día revisado, por orden del médico. Los resultados de las mismas deben incluir algo más que los signos vitales. Un ejemplo sería la observación de los signos neurológicos en un paciente con pérdida de conciencia reciente.</p>

**Cuadro 10: Situación Clínica del Paciente.**

CODIGO	CRITERIO
82	<p><b>Incapacidad para orinar o para el tránsito intestinal (durante las últimas 24 h) no atribuible a ningún trastorno neurológico.</b></p> <p>Este criterio suele considerar problemas postoperatorios. No se incluye la implantación de catéteres crónicos</p>
83	<p><b>Fiebre de al menos 38°C si el paciente fue ingresado por otra razón diferente de su estado febril.</b></p> <p>También se cumple este criterio si el paciente fue ingresado con fiebre que remitió, con o sin tratamiento, y recurrió posteriormente.</p>
84	<p><b>Transfusión debida a pérdida de sangre.</b></p> <p>Si hay una transfusión por cualquier causa, se cumple el criterio, independientemente de la naturaleza de la pérdida sanguínea. Sin embargo, si esta es crónica, requiere transfusiones intermitentes rutinarias (p.e.: anemias aplásicas) y no suelen precisar hospitalización, se utilizarán criterios extraordinarios para justificar el ingreso. Cualquier otra causa de pérdida sanguínea no estaría justificada.</p>
85	<p><b>Fibrilación ventricular o evidencia electrocardiográfica de isquemia aguda, como aparece en la hoja de evolución o en el informe electrocardiográfico.</b></p> <p>Cualquier fibrilación ventricular cumple este criterio, al igual que el infarto agudo de miocardio, aunque la isquemia miocárdica puede ser mimetizada electrocardiográficamente por diversas entidades como la hipertrofia ventricular izquierda y diversas alteraciones del balance hidroelectrolítico. Se cumplirá este criterio siempre que el diagnóstico de isquemia se considere como clínicamente activo, incluso cuando los cambios electrocardiográficos se consideren debidos a otras causas.</p>

<b>86</b>	<p><b>Coma-falta de respuesta durante al menos 1 h.</b></p> <p>Este criterio lo cumple cualquier cuadro clínico que produzca pérdida de conciencia que no sea consecuencia de la aplicación de anestesia general.</p>
<b>87</b>	<p><b>Estado confusional agudo, no debido a abstinencia alcohólica.</b></p> <p>Sólo cumplen este criterio los pacientes con episodios transitorios de confusión, como contusión cerebral, pero no el síncope simple.</p>
<b>88</b>	<p><b>Trastornos hematológicos agudos, neutropenia significativa, anemia, trombocitopenia, leucocitosis, eritrocitosis o trombocitosis, síntomas o signos guía.</b></p> <p>Este criterio sólo se cumple si hay signos (por ejemplo equimosis o sangrado) o síntomas (por ejemplo trombos vasculares) de uno de los trastornos hematológicos agudos. Los recuentos altos o bajos de los constituyentes sanguíneos no requieren necesariamente hospitalización aguda o tratamiento.</p>
<b>89</b>	<p><b>Dificultades neurológicas agudas progresivas.</b></p> <p>Este criterio incluye síncope en evolución por cualquier causa, así como la aparición de cuadros clínicos como el Guilliam-Barré. Excluye desvanecimientos leves intermitentes de enfermedades crónicas, como la ataxias.</p>

### **El PRU electivo para Cirugía:**

Se diseñó para evaluar la adecuación del lugar y la oportunidad de los casos de cirugía electiva. Es el reconocimiento de que muchos procedimientos de cirugía electiva pueden realizarse ambulatoriamente y que, aquellos que requieren ingreso hospitalario, pueden realizarse casi siempre durante el día de ingreso. Esta versión del PRU sólo se aplica al ingreso. Los días de estancia derivados del mismo deben evaluarse utilizando la versión médico-quirúrgica.

Los criterios específicos para cirugía se dividen en dos secciones: la primera se dedica a evaluar la localización en que tiene lugar el procedimiento (ingreso/paciente externo). La segunda analiza la oportunidad con que se realiza (necesidad de días de estancia preoperatorios).

Los criterios de localización analizan tres consideraciones: comorbilidad, potencial de complicaciones y necesidad de cuidados postoperatorios.

Los criterios de oportunidad también estudian tres consideraciones, incluyendo evaluación preoperatoria o tratamiento, estado del paciente y circunstancias administrativo técnicas.

La mayoría de los conceptos a los que nos referimos en esta sección son los mismos utilizados en las versiones de adultos y pediatra, por lo que usted debe estar familiarizado con dichos instrumentos antes de emplearlos.

Como en las otras versiones, el uso adecuado depende de la comprensión, tanto de los criterios como del proceso de toma de decisiones.

### **Criterios de oportunidad de ingreso del PRU para Cirugía**

Generalmente la cirugía debe realizarse el día del ingreso del paciente en el hospital. Si este es el caso, no es necesario aplicar esta sección. En los criterios de situación clínica del paciente se

asume que el médico responsable del paciente no sólo habrá realizado la exploración física del mismo, sino que estará al tanto de su situación clínica hasta el momento del ingreso. De esta forma se puede resolver cualquier complicación, sin interferir en el plan de la intervención. De cualquier forma, se producirán situaciones en las que el paciente ingresa en el hospital y se encuentra una afección que desaconseja la intervención. En unos casos se debe a hallazgos inesperados en la exploración física, en los resultados de laboratorio o en la historia clínica, que precisan explicación. En otros casos, se debe posponer la cirugía electiva tanto como lo precise el nuevo tratamiento. En todos ellos, debe constatar que aparezca en la historia clínica no sólo la explicación del retraso de la intervención, sino también una indicación de que el problema está siendo evaluado de forma rápida y adecuada (esto es, con las pruebas pertinentes y consultas necesarias). En los criterios de evaluación/tratamiento prequirúrgico, especial, disponible sólo para ingresos, se refiere a aquellas evaluaciones o preparaciones necesarias para la intervención y que no pueden realizarse ambulatoriamente por diversas razones y la cancelación se refiere a problemas técnico administrativos o a dificultades técnicas imprevistas.

**Cuadro 11: Evaluación Tratamiento Prequirúrgico especial disponible solo para ingresos.**

CODIGO	CRITERIO
90	<p><b>Dieta supervisada.</b></p> <p>Genéricamente, la dieta debe ser bien de un tipo que no puede seguirse de forma ambulatoria o cuando la complejidad de la misma es tal para el paciente o su acompañante que no puede seguirla sin permanecer ingresado.</p>
91	<p><b>Medicación parenteral.</b></p> <p>Se produzcan pocos casos. La mayor parte de los tratamientos antibióticos preoperatorios se administran horas antes de la intervención, por lo que no se precisan días extras.</p>
92	<p><b>Enemas abundantes (más que un enema de Fleets)</b></p> <p>La adecuada preparación intestinal para cirugía de colon requiere abundantes enemas, generalmente más agresivos que los que pueden administrarse en el domicilio del paciente. Solo si van a suponer más de un día, está justificando el ingreso previo.</p>
93	<p><b>Procedimientos como angografía, endoscopia, mielografía, a realizar previamente a la cirugía programada.</b></p> <p>Generalmente, estos procedimientos se realizan previamente a la intervención, para poder realizar la aproximación más eficaz al problema. Si no se producen sorpresas se puede proceder de acuerdo a los planes previstos pero, algunas veces, los resultados de estas pruebas consiguen que el cirujano reconsidere sus planes, quizá debido a la necesidad de un procedimiento diferente, etc.</p>
94	<p><b>Diálisis o exanguino transfusiones.</b></p> <p>Los pacientes que requieren cualquiera de los dos procedimientos suelen acudir para que se efectúen éstos poco antes de la intervención, de forma que estén en condiciones clínicas óptimas durante la misma. Los pacientes dializados, en especial, pueden precisar varias horas de espera después de la diálisis hasta estabilizar su hidratación antes de ser intervenidos, por lo que no se sorprenda si la intervención se realiza al día siguiente, pero no deben existir retrasos más largos.</p>

**Cuadro 12: Situación Clínica del Paciente**

CODIGO	CRITERIO
95	<p><b>Estado cardíaco inaceptable</b></p> <p>Las situaciones engloban diversos tipos de alteraciones. Los signos mínimos o inespecíficos de enfermedad no son suficientes y se requiere una demostración en las notas del médico responsable que documente cualquiera de las situaciones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sospecha de infarto de miocardio reciente o en curso. Infarto de miocardio reciente ( en los 90 días previos) o en curso.</li> <li>Angina incontrolada o inestable Documentación de que se está produciendo una angina, que precisa estabilización.</li> <li>Arritmia nueva o compleja. La presencia de un ritmo nuevo o que se considera peligroso por su complejidad (como latidos multifocales ventriculares prematuros o taquicardia nodal).</li> <li>Insuficiencia cardíaca congestiva que precise tratamiento. Debe estar documentada por la presencia de estertores y/o galope S3 (tercer tono) en la exploración física.</li> </ol>
96	<p><b>Estado cerebrovascular inaceptable.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Accidente cerebro vascular (ACV) de nueva aparición. No se debe realizar cirugía electiva en pacientes con enfermedad cerebrovascular activa o con signos de ACV en curso.</li> <li>Ataques isquémicos transitorios. Con signos y síntomas de hasta horas de duración que remiten completamente, reflejando inestabilidad cerebrovascular . Una historia remota de estos ataques no debe afectar los planes de intervención quirúrgica, pero los ataques en curso indican su retraso.</li> </ol>
97	<p><b>Estado pulmonar inaceptable.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Broncoespasmo no solucionado. Los pacientes con broncoespasmo suelen presentar disnea durante la exploración física. Esto debe resolverse, en la medida de lo posible, previamente a la intervención quirúrgica.</li> <li>Deterioro documentado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Los pacientes con EPOC (enfisema), cuyas constantes de la función pulmonar (p.e. FEV1/FVC, gasometría, etc) se hayan deteriorado más de lo normal, precisarán una puesta a punto previa a la anestesia.</li> </ol>
98	<p><b>Estado hematológico inaceptable.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anemia inesperada que precisa transfusión o explicación preanestésica. La anemia puede ser el resultado de muchas causas posibles: el simple sangrado o consecuencia de efectos medicamentosos adversos. Independientemente del origen, la anemia puede precisar ser corregida previamente a la intervención y, si este es el caso, se debe dejar tiempo suficiente para el desarrollo del tratamiento (desde horas en caso de transfusión, hasta semanas en caso de déficit férrico). Habrá casos en los que no se precise corregir la anemia pero, si no se trata de una situación crónica del paciente, al menos precisa una explicación satisfactoria preoperatoria, generalmente para determinar la posibilidad de situaciones peligrosas no deseadas.</li> <li>Granulocitopenia (&lt; 1500/MM3) o trombocitopenia (&lt; 100.000/MM3 ) de nueva aparición que requiera explicación preoperatoria. La granulocitopenia puede implicar un aumento del riesgo de infección para el paciente, por lo que la intervención se suele postonar hasta que el recuento de glóbulos blancos, especialmente polimorfonucleares, ha aumentado hasta niveles más aceptables. Estas alteraciones pueden diagnosticarse en pacientes sin ninguna otra alteración y, si este es el caso, el retraso en la intervención sería inadecuado. La trombocitopenia también es potencialmente peligrosa, pues los pacientes pueden sangrar excesivamente. En casos moderados, si son crónicos, no se le suele prestar importancia, pero si se trata de hallazgos nuevos, precisan ser investigados previamente a la cirugía.</li> <li>La trombocitopenia severa o déficit de otros factores de la coagulación (p.e.: protrombina) no corregible a tiempo. Los recuentos bajos de plaquetas, por debajo de 50.000 por ejemplo, suelen ser causados por intentos de corregir el déficit preoperatoriamente mediante transfusiones de plaquetas y/o corticoesteroides. Así mismo, el déficit de otros factores de la coagulación en mayor o menor grado (p.e.: tiempo de protrombina dos segundos mas largo que el control) suele ser responsable de un retraso hasta que se ha conseguido su corrección.</li> </ol>

<b>99</b>	<p><b>Estado metabólico inaceptable.</b></p> <p>Estas situaciones clínicas y de laboratorio justificarían un retraso en cirugía electiva. En algunos casos, será suficiente estabilizar la situación, incluso aunque no se consiga normalizar los resultados de las pruebas de laboratorio. Las notas de las hojas de evolución deben especificar, no solo que se ha diagnosticado una alteración sino lo que se está haciendo para su corrección.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Diabetes mellitus incontrolada. Debe existir una amplia variación, documentada, de los niveles de glicemia, así como de los cambios en las dosis de insulina prescritas diariamente.</li> <li>a. Azohemia severa (Cr &gt; 5,0 mg/dl) o nueva.</li> <li>b. Disfunción hepática severa, distinta a la de la coagulación (Aminotransferasas al menos 5 veces superiores al límite normal).</li> <li>c. Hipertiroidismo incontrolado o hipotiroidismo no corregido.</li> <li>d. Alteraciones electrolíticas no corregidas.</li> <li>e. Concentración de sodio, potasio o calcio fuera de los rangos normales del hospital.</li> </ul>
<b>100</b>	<p><b>Estado mental inaceptable.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Confusión o coma de nueva aparición.</li> <li>b. Hay pacientes con confusión o incluso en coma que pueden ser intervenidos. Cuando estos son hallazgos recientes, es preciso determinar su origen, en primer lugar, para asegurarse de que no hay ninguna otra causa metabólica, vascular o de otro tipo que deba corregirse antes de llevar a cabo la intervención.</li> <li>c. Incompetencias o incapacidad para comprender el consentimiento quirúrgico.</li> <li>d. El problema de la incompetencia o aparente incapacidad para comprender los consentimientos de cirugía y otros documentos, que requieran la firma del paciente previamente a la intervención, debería ser poco frecuente. El cirujano debería haberlo solucionado al citar al paciente para llevar a cabo la intervención, pero la opinión del paciente puede cambiar y, en estos casos, se produciría un retraso en la intervención.</li> </ul>
<b>101</b>	<b>Convulsiones incontroladas.</b>
<b>102</b>	<b>Erupción inexplicada.</b>
<b>103</b>	<b>Infección activa, distinta de la que provoca la intervención.</b>
<b>104</b>	<p><b>Cancelación de la intervención debida a circunstancia técnico/administrativas fortuitas.</b></p> <p>Un ejemplo sería el caso en el que el enfermo no es operado por presentarse una situación de urgencia en el mismo quirófano.</p>

## UTILIZACIÓN DE CRITERIOS EXTRAORDINARIOS

La decisión a la que llegue el revisor con la simple aplicación de los criterios es exacta en el 95% de los casos. Si la situación cumple alguno de los criterios el día evaluado se considera como adecuado y, en caso contrario, se considera médicamente innecesario. Sin embargo, se producirán casos en los que usted no estará de acuerdo con las decisiones derivadas de los criterios, por lo cual se incluye la posibilidad de utilizar los denominados criterios extraordinarios, situación que reconoce el hecho de que el PRU es un mero instrumento de tamizaje. Como síntesis de opiniones de expertos, el PRU constituye una guía para la toma de decisiones objetivas, tanto para los clínicos como para el resto de usuarios, aunque como en todos los instrumentos de este tipo existen excepciones a las reglas. En el caso del PRU se dan casos en los que se cumple algún criterio aunque el paciente no requiera hospitalización y, al contrario, existen otros casos en los que no se cumple ningún criterio aunque el paciente precise hospitalización; en ambas circunstancias se aplicarían criterios extraordinarios.

Tenga en cuenta que la opción de utilización de criterios extraordinarios no se aplica cuando se cumple más de un criterio y el revisor no está de acuerdo con alguno de ellos; en tanto se cumpla alguno de los criterios del protocolo, la conclusión general permanecerá inalterable.

Se deben tomar algunas precauciones en cuanto a la utilización de criterios extraordinarios. En la mayoría de los casos, esta opción se utiliza para valorar un ingreso o un día de estancia como adecuados aunque no se cumpla ningún criterio. Los estudios han demostrado que el 75% de estas decisiones son incorrectas y que las utilizations más frecuentes son las siguientes:

- Los servicios citados, para justificar los criterios extraordinarios, pueden llevarse a cabo como paciente ambulatorio (p.e: pruebas de esfuerzo, prueba de Holter, preparaciones intestinales).
- La situación en la que se cumple algún criterio y en la que no era preciso la utilización de esta opción.
- La existencia de una **explicación no médica** (ver Causas de Inadecuación) para justificar un día como inadecuado y que fue utilizada para denominar dicho día de estancia como médicamente necesario.

La opción número 3 merece mención especial y, posiblemente, sea el fallo más común de aplicación del protocolo.

La opción de utilizar criterios extraordinarios permite legitimar razones médicas para la hospitalización que no son respaldadas por los criterios. Si un caso no cumple ningún criterio, pero existe una razón médica para la hospitalización ese día, el empleo de criterios extraordinarios esta justificado. Sin embargo, esta opción no debe emplearse cuando la hospitalización se justifica con base en razones no-médicas, a las que nos referiremos en el PRU como "Causas de Inadecuación".

*Nota: Se incluyen retrasos debidos a preparación o tratamiento (p. e.: paciente en espera para intervención quirúrgica, pero se produce un retraso como consecuencia de dificultades de calendario).*

*Por definición, si un caso no cumple ningún criterio y la explicación de que la estancia del paciente en el hospital está incluida en las "Causas de Inadecuación", ese día no es médicamente necesario y no se debe emplear criterios extraordinarios.*

De acuerdo con los hallazgos de que la opción del uso de criterios extraordinarios suele ser empleada de forma indebida, recomendamos que sólo se utilice en las siguientes circunstancias:

1. Cuando el único criterio de día de estancia que se cumple es : "Medida de balances" y el revisor es una enfermera o un médico que no considera que la hospitalización continuada de dicho paciente esté indicada.
2. Con revisores no expertos en **PRU**, con la concurrencia de un segundo revisor, experto en PRU (preferiblemente un médico entrenado en el uso del PRU o una enfermera entrenada).
3. Con revisores expertos, cuando uno de ellos decide que está justificado el empleo de dichos criterios.

Recuerde que existe diferencia entre considerar un día de estancia como médicamente innecesario y denegar asistencia. Si está utilizando el PRU para revisión de utilización, debe subrayarse que la decisión de denegar asistencia nunca debe dejarse en manos de una enfermera, basándose exclusivamente en los criterios del protocolo.

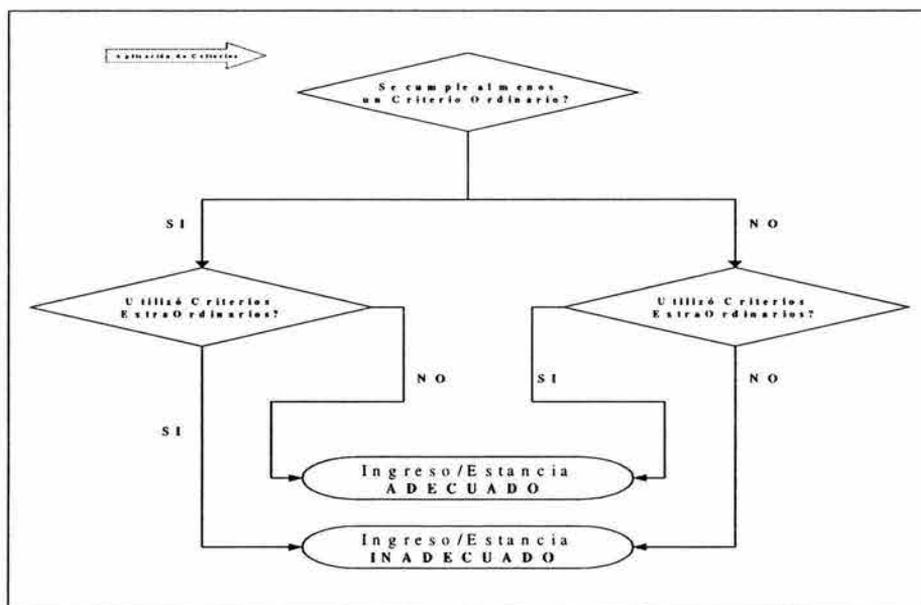
Todos los hallazgos realizados utilizando los criterios que sugieran que no se precisa hospitalización deben ser corroborados por un médico antes de actuar.

### Determinación de Adecuación

Terminada la revisión de la información disponible, debe decidir si el ingreso o el día de estancia evaluado es médicamente necesario basándose en los criterios ordinarios y en la utilización de criterios extraordinarios si fuere el caso.

Para tales efectos puede apoyarse en el siguiente diagrama de flujo:

**Flujograma 1: Determinación de la Adecuación**



### Asignación de Causas de Inadecuación

Si como consecuencia del análisis concluyó que la estancia es innecesaria, a los días juzgados como inadecuados debe asignarles una causa. En la lista de causas de inadecuación se encuentra una recopilación de las explicaciones más frecuentes de hospitalización innecesaria.

La lista esta dividida en dos partes: la primera sólo se utiliza para el día de ingreso. Las causas en este grupo pueden clasificarse como referentes al momento (el paciente fue ingresado de forma prematura) o al nivel (el paciente podía haber sido tratado en un nivel de cuidado inferior).

La otra parte debe utilizarse con días de estancia médicamente inactivos y está dividida en cuatro secciones: la primera se refiere a los casos en los que **existe un retraso en el desarrollo del estudio o en el tratamiento por lo que el paciente requiere hospitalización**. Un caso típico de este grupo sería el de un paciente en espera de cirugía.

Las tres secciones finales son para los casos en los que el **propósito médico de la hospitalización se ha cumplido o puede solucionarse en un nivel de cuidados inferior**. Cada sección representa un área de responsabilidad hospital/médico, paciente/familia y ambiente.

*Es importante que seleccione la causa correcta de la sección idónea, ya que con ello identificaremos áreas que precisan de intervención para reducir la hospitalización inadecuada. Cada institución puede variar esta lista, de acuerdo con su situación en particular.*

En la sección sobre la utilización de criterios extraordinarios se indica que un fallo en el empleo de dicha opción está justificado mediante el uso de una de las causas de inadecuación, por ejemplo utilizando la explicación de un día de estancia inadecuada para considerarlo como médicamente necesario. El ejemplo que empleábamos era el del paciente ingresado innecesariamente en espera de cirugía. Este error se produce con tanta frecuencia que repetiremos la advertencia reiteradamente.

## CAUSAS DE INADecuACION

**Cuadro 13: Ingreso Inadecuado.**

CODIGO	CRITERIO
<b>105</b>	Las pruebas diagnósticas y/o tratamiento(s) necesario(s) pueden realizarse como paciente externo.
<b>106</b>	El paciente ha sido ingresado para la realización de pruebas diagnósticas y/o tratamiento que pueden realizarse como paciente externo, salvo que el paciente resida muy lejos del hospital.
<b>107</b>	El paciente ha sido ingresado para la realización de pruebas diagnósticas y/o tratamiento que pueden realizarse de forma ambulatoria, pero que no pudieron realizarse oportunamente.
<b>108</b>	El paciente precisa institucionalización, pero en un hospital de nivel de complejidad inferior.
<b>109</b>	El paciente precisa atención en un hospital de crónicos.
<b>110</b>	El paciente precisa atención en una residencia con personal especializado.
<b>111</b>	El paciente precisa atención en una residencia sin personal especializado.
<b>112</b>	Ingreso prematuro - un día o más previos a la citación de la prueba.
<b>113</b>	No existe plan de diagnóstico y/o tratamiento documentado.
<b>114</b>	Cualquier procedimiento quirúrgico que puede realizarse ambulatoriamente.
<b>115</b>	El paciente requiere cuidados terminales.
<b>116</b>	Abusos o sospecha: paciente ingresado para custodia protectora.
<b>117</b>	No cumple con régimen terapéutico externo.
<b>118</b>	Otras (especificar).

### Cuadro 14: Día de Estancia Inadecuado.

Para casos en los que se produce un retraso en el desarrollo del estudio o tratamiento para el que el paciente esta hospitalizado.

CODIGO	CRITERIO
<b>119</b>	Problema de calendario para realizar intervención quirúrgica.
<b>120</b>	Problema de calendario para realizar pruebas diagnósticas.
<b>121</b>	Ingreso prematuro.
<b>122</b>	Paciente citado para prueba diagnóstica o tratamiento (incluyendo cirugía) cuya cita es cancelada, por cualquier razón (caso urgente se antepone a caso electivo, personal crucial del centro está enfermo, etc).
<b>123</b>	"Días de no-trabajo" en el hospital: determinados procedimientos diagnósticos no se realizan durante los fines de semana, ni en vacaciones.
<b>124</b>	Pendiente de prueba(s) diagnóstica(s) o interconsulta(s) para la toma de decisiones terapéuticas y/o diagnósticas.
<b>125</b>	Otras (especificar).

Para casos en los que el propósito médico de la hospitalización se ha conseguido o puede obtenerse en un centro de cuidados no-agudos

### Cuadro 15: Responsabilidad del médico o del hospital.

CODIGO	CRITERIO
<b>126</b>	Alta planeada pero no hay ordenes escritas
<b>127</b>	Fallo en la hora al iniciar/ ejecutar el alta hospitalaria
<b>128</b>	No se presta atención a la necesidad de dar el alta rápidamente, una vez que se ha conseguido el propósito de la hospitalización: el médico mantiene al paciente en el centro cuando ya no recibe o requiere los servicios de un centro de agudos.
<b>129</b>	No existe ningún plan de diagnóstico y/o tratamiento.
<b>130</b>	Cualquier procedimiento diagnóstico y/o tratamiento necesario puede realizarse como paciente externo.
<b>131</b>	Otras (especificar)

### Cuadro 16: Responsabilidad del médico o de la familia del paciente.

CODIGO	CRITERIO
<b>132</b>	Falta de familiares para la atención del paciente en su domicilio.
<b>133</b>	Falta de preparación de la familia para atención del paciente en su domicilio.
<b>134</b>	El paciente/la familia rechazan los medios disponibles en instalaciones alternativas.
<b>135</b>	Otras (especificar).

### Cuadro 17: Responsabilidad del medio

CODIGO	CRITERIO
<b>136</b>	Paciente que proviene de un ámbito social degradado, permanece ingresado en el hospital hasta que su ambiente se hace aceptable o se encuentra una opción alternativa
<b>137</b>	No disponibilidad de una instalación alternativa.

<b>138</b>	No disponibilidad de tratamiento alternativo, del tipo de la atención domiciliaria.
<b>139</b>	Otras (especificar).

## CRITERIOS DE ADECUACIÓN Y CAUSAS DE INADECUACIÓN

Para facilitar el procesamiento de los hallazgos de la evaluación, se han definido criterios de adecuación y causas de inadecuación, los cuales están organizados en el instrumento según versión de PRU.

Los criterios de adecuación son específicos para cada versión de PRU y las causas de inadecuación son comunes a todas las versiones, con la aclaración de que en cirugía electiva no aplican criterios o causas para estancias.

Cada criterio o causa tiene un código único independientemente de la versión en que se apliquen o de si se trata de ingreso o estancia

En la tabla siguiente se presenta un resumen de estos y su aplicación

**Tabla 1: Criterios de Adecuación y Causas de Inadecuación según Códigos**

		Médico- Quirúrgico Adultos	Pediátrico	Cirugía Electiva
Ingreso	Criterio Adecuación	<b>1-16</b>	<b>42-61</b>	<b>90-104</b>
	Causa Inadecuación	<b>105-118</b>		
Estancia	Criterio Adecuación	<b>17-41</b>	<b>62-89</b>	
	Causa Inadecuación	<b>119 - 139</b>		

## RECOGIDA DE DATOS DEL ANALISIS DE LA UTILIZACION DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA

### Instrumentos para registrar la información.

1. GNC-001: PROTOCOLO DE REVISION DE LA UTILIZACION- Formulario de Recolección de Información. Diligenciada por los evaluadores en el momento en el cual realiza la revisión. Debe registrar todas las IPS y servicios evaluados.
2. GNC-002: PROTOCOLO DE REVISION DE LA UTILIZACION- Estancias y Costos según servicios y especialidades. Diligenciamiento permanente por parte del profesional asignado por el Jefe del Departamento o Grupo Funcional. Incluye todas las IPS y servicios de la Red.
3. BASE DE DATOS PRU.MDB, en la remisión del mes de octubre deben incluirse la totalidad de las evaluaciones realizadas desde el mes de agosto, luego debe incluirse la información del mes con avances semanales y en el quinto corte debe remitirse la totalidad del mes.

Los formularios GNC-001 y GNC-002 constituyen el soporte de las evaluaciones realizadas y de una parte importante de la información utilizada para los planes de mejoramiento, deben conservarse en la AZ de PRU que debe ser abierta en la seccional.

La base de datos PRU.MDB constituye el instrumento a través del cual fluye la información acerca del proyecto entre el Departamento de Calidad y la Gerencia Nacional de Calidad, por lo cual debe ser diligenciada en su totalidad sin modificar en lo mas mínimo el diseño de la base o el formato de los datos digitados.

### **Códigos mediante los cuales se registran los hallazgos de la evaluación**

Para facilitar el procesamiento de los hallazgos de la evaluación, se han definido Criterios de Adecuación y Causas de Inadecuación, los cuales están organizados en el instrumento según versión de PRU.

Los Criterios de adecuación son específicos para cada versión de PRU y las causas de inadecuación son comunes a todas las versiones, con la aclaración de que en Cirugía Electiva no aplican criterios o causas para estancias.

Cuando se utilizan criterios extraordinarios en cualquiera de las versiones se debe registrar el código 999 y en el campo / columna de observaciones se debe explicar el criterio en términos claros y concisos.

En el formulario GNC-001 se consignará el código correspondiente al criterio o causa que corresponda

### **Nombre de la Clínica**

Aunque en el futuro también se unificarán los códigos de las clínicas, temporalmente y hasta que se reciba una nueva instrucción, debe registrarse en los campos correspondientes de la base de datos y los formularios GNC-001 y GNC-002, el nombre de la clínica, en mayúsculas y sin escribir la palabra “clínica”, lo cual se da por entendido y teniendo la precaución de escribirlo siempre igual.

### **Códigos mediante los cuales se identifica la seccional**

A partir del siguiente reporte de información, se identificará a la seccional con el código correspondiente de acuerdo con el listado anexo, que pretende unificar la codificación entre las diferentes dependencias. Esto aplica tanto para la digitación en la base de datos, como para el registro en los formularios de recolección de información GNC-001 y GNC-002.

### **Códigos mediante los cuales se identifican el servicio, la especialidad y el nivel de complejidad**

A partir del siguiente reporte de información, se simplifica el registro del servicio, utilizando el código consignado en la columna 1 de la tabla siguiente, el cual automáticamente define el servicio, la especialidad y la complejidad. La unidad de análisis será la especialidad, en consecuencia en cada registro en la base de datos PRU.MDB, en el “Código del Servicio” del formulario GNC-001 y la columna 2 del formulario GNC-002, debe consignarse el consolidado de las evaluaciones realizadas en el mes en el área de hospitalización correspondiente a alguno de los códigos señalados en la primera columna de la tabla.

Se desprende de esta instrucción por lo tanto en relación con la base de datos, que en una misma institución hospitalaria no deben existir registros correspondientes a la misma especialidad en

diferentes niveles de complejidad, tampoco debe existir más de un registro por cada código en la misma especialidad en el mes.

### **Mes que Reporta y Semana de Actualización**

En los avances semanales se incluirá la información correspondiente a lo evaluado del mes hasta el momento de enviar el informe final mensual.

### **Código del evaluador**

Dada la incidencia que las conclusiones de la revisión de la utilización pueden derivar, y tal como se plantea en el Manual, el PRU debe ser aplicado por profesionales previamente entrenados y certificados por la Gerencia Nacional de Calidad, por lo cual en el registro GNC-001 se debe consignar el código asignado por la Gerencia Nacional de Calidad a cada evaluador.

Queda prohibido por lo tanto al Departamento de Calidad Seccional, asignar códigos a evaluadores, sin la previa aprobación de la Gerencia Nacional de Calidad

Igualmente en el pie del formulario debe consignarse la firma de quien realizó la evaluación y del médico a cargo del proceso en la seccional.

### **Versión del PRU**

En el registro GNC-001 se identificará la versión del PRU utilizada así:

**Tabla 2: Códigos de Versiones del PRU**

Código	Versión
1	Médico – Quirúrgico Adultos
2	Pediátrico
3	Electivo para Cirugía

### **Estancias Ofertadas**

En la columna 3 del formulario GNC-002 debe consignarse el número de estancias ofertadas a la EPS-ISS por la clínica para el mes correspondiente a la evaluación. La fuente de esta información es la Oficina de planeación correspondiente, si posteriormente a la presentación de la oferta se han hecho ajustes, aceptados por la EPS, deben ser considerados igualmente.

### **Estancias Producidas e Ingresos**

En las columnas 4 y 5 del formulario GNC-002 debe consignarse el número de estancias producidas, en el caso de que existan estancias o ingresos correspondientes a pacientes no afiliados a la EPS-ISS, estos no serán tenidos en cuenta, dado que la población a la que se dirige el estudio es la cubierta por ésta.

Tomar en consideración que el día de ingreso se considera que en términos de costos, genera una estancia.

En la columna 5 del formulario GNC-002 se incluirá el número de ingresos presentados en el período que forman parte del universo al cual se dirigió la evaluación; esto implica que los pacientes que estaban hospitalizados durante el período de evaluación serán considerados, aun cuando hayan ingresado antes del primer día de dicho período.

Para favorecer la oportunidad en la información, esta deberá ser obtenida directamente en la clínica, y actualizada en el momento en que se produzca la información oficial por parte de la oficina de planeación.

### **Modo de Estimar**

En general se considera que la información debe basarse en los hechos realmente ocurridos, por lo tanto se considera que el estándar óptimo es que el 100% de la información corresponda a lo observado, sin embargo no siempre esto es posible, por lo cual en las columna 6 y 8 del formulario GNC-002 se debe registrar la forma como se obtuvo la información consignada. así:

**Tabla 3: Códigos modo de estimación**

<b>Código</b>	<b>Significado</b>
0	Información no disponible
1	Promedio del Año anterior al período evaluado
2	Promedio del Semestre anterior al período evaluado
3	Dos meses Anterior al período evaluado
4	Mes Anterior al período evaluado
5	Información real ( lo Observado)

Cuando se utilice información diferente a la real, como un recurso para poder estimar una aproximación al impacto de la utilización inadecuada de la estancia hospitalaria, debe realizarse un análisis previo para asegurarse que no se hayan presentado variaciones en el comportamiento de las variables de ingresos o estancias tales que puedan invalidar las proyecciones que se establezcan.

### **Costos de la Estancia**

En la columna 7 del formulario GNC-002 se debe colocar el valor del día/estancia correspondiente. Tal cifra debe ser tomada de fuentes oficiales y autorizadas del Seguro Social, que garanticen una información confiable.

Se preferirá información que registre el valor que efectivamente la EPS pague por la estancia, la cual no siempre coincide con el valor que representa para la IPS producir la misma estancia.

### **Nivel de Desempeño**

Se diligencia de acuerdo a los estándares consignados para el indicador 6.

## ANALISIS DE LA INFORMACION RELATIVA A LA UTILIZACION DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA

A continuación se relacionan los principales indicadores a través de los cuales se pueden cuantificar los resultados de la revisión de la utilización y que deben servir de base para la gestión de los procesos de mejoramiento y el seguimiento a estos.

**Tabla 4: Cuadro de indicadores PRU**

NOMBRE	CALCULO			Standard de Desempeño	
	Numerador	Denominador	Factor		
1	Cobertura Revisión en Clínicas	Número Total de Clínicas Evaluadas ( Cuenta GNC-001-Nombre Clínica)	Número Total de Clínicas que integran la Red de la EPS ( Cuenta GNC-002 -1)	100	100.0%
2	Cobertura Revisión en Servicios de Especialidades	Número Total de Servicios de Especialidades Evaluadas ( Cuenta GNC-001 - Código Servicio )	Número Total de Clínicas que integran la Red de la EPS ( Cuenta GNC-002 - 2 )	100	100.0%
3	Actualidad de la Revisión en Servicios de Especialidades	Sumatoria de los días Transcurridos desde la realización de la revisión en el Servicio de Especialidad Suma ( Fecha Actual - GNC-001 - 2)	Total de Evaluaciones realizadas ( Cuenta GNC-001 - 1 )	1	20
4	Porcentaje de Inadecuación de Ingresos	Número de Ingresos Inadecuados Cuenta (GNC-001 - 5: causas 105-118)	Total de Ingresos Evaluados Cuenta (GNC-001 - 4: criterios 1-16, 42-61, 90-104, (999 sin causas 105-118)) + GNC-001 - 5 : causas 105 - 118	100	**** = 0-4% *** = 5-10% ** = 11-30% * = > 30%
5	Porcentaje de Inadecuación de Estancias	Número de Estancias Inadecuadas Cuenta (GNC-001 - 7: causas 119-139)	Total de Estancias Evaluadas Cuenta (GNC-001 - 6: criterios 17-41, 62-89, (999 sin causas 119-139)) + GNC-001 - 7 : causas 119 -139	100	**** = 0-4% *** = 5-10% ** = 11-30% * = > 30%
6	Porcentaje de Estancias Inactivas	Número de Estancias Inactivas Suma (GNC-002-5*Indicador 4)+(GNC-002-4 - GNC-002-5)*Indicador 5)	Total de Estancias Suma GNC-002-4	100	
7	Costo de Estancias Inactivas	Costo de las estancias inactivas totales en el periodo de evaluación seccional. Suma GNC-002-4)*Indicador 6 * GNC-002-7			

**PROTOCOLO DE REVISION DE UTILIZACION  
-FORMULARIO DE RECOLECCION DE INFORMACION-**

Nombre Clínica: \_\_\_\_\_  
Código Seccional \_\_\_\_\_

Código Servicio \_\_\_\_\_  
Código del Evaluador \_\_\_\_\_

IDENTIFICACION			INGRESO		ESTANCIAS		OBSERVACIONES (8)
Afiliación (1)	Fecha de Evaluación (2)	Versión (3)	Criterio (4)	Causa (5)	Criterio (6)	Causa (7)	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

GNC-001

\_\_\_\_\_  
Firma Evaluador

\_\_\_\_\_  
V°B° Médico Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha Remisión

**PROTOCOLO DE REVISION DE UTILIZACION  
-FORMULARIO DE RECOLECCION DE INFORMACION-**

Código Seccional \_\_\_

MES /AÑO \_\_\_ / \_\_\_

IDENTIFICACIÓN		ESTANCIAS				COSTOS		OBSERVACIONES
Clínica	Servicio	Ofertadas	Producidas	Ingresos	Modo de estimar	Valor	Modo de estimar	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

GNC-002

Fecha de Actualización: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma responsable del Informe

## Bibliografía

1. Acle, Alfredo. (1991). Planeación estratégica y calidad total. México: Grijalbo.
2. Amsden, D., Buttler, H. y Amsden, R. (1993). Control estadístico de procesos simplificado para servicios. México: Panorama.
3. Astorga, Cuauhtémoc. (1991). Apuntes para el módulo 2 del diplomado en calidad total. México: Instituto Tecnológico de Estudios Superiores Monterrey.
4. Blanchard, K., Zigarmi, P. Y Zigarmi, D. (1986). El líder ejecutivo al minuto. México: Grijalbo.
5. Campero, L. (1992). Calidad de la relación médico - paciente en consulta externa: el caso de Oaxaca, México. Salud Pública de México. 32 192-204.
6. Carlzon, Jan. (1989). El momento de la verdad. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
7. Carr, Clay. (1992). La vanguardia del servicio al cliente. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
8. Cartwright, D. Y Zander, A. (1971). Dinámica de grupos: investigación y teoría. México: Trillas.
9. Casares, David. (1994). Liderazgo. Capacidades para dirigir. México: Fondo de Cultura Económica.
10. Centro Latinoamericano de Impulso a la Calidad en Servicios, S.C./Qualimed (1998). Calidad total para directivos de organizaciones de salud. México: Mimeo.
11. Crosby, Ph.B. Calidad sin lágrimas. México: C.E.C.S.A.
12. Chapman, Elwood. (1993). Cómo ser un líder. Plan de acción para el éxito. Programa de autodesarrollo para gerentes. México: Grupo Editorial Iberoamérica.
13. Deming, W. E. (1989). Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
14. Dominique Hierro y Peter Wrede, actuarios de la GeneralCologne Re, México, Privatización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica, (Caso México), de la revista Risk Insights, Edición 2001.
15. Donabedian, Avedis. (1984). La calidad de la atención médica. México: La Prensa Médica Mexicana.
16. Durán, L.I., Frenk, J. Y Becerra, J. (1990). La calidad de la conducta prescriptiva en atención primaria. Salud Pública de México. 32 181-191.
17. Fuentes Zenón, Arturo (2002). Las Armas del Estratega. México: Segunda impresión del Autor.
18. Ginebra, Joan y Arana, R. (1991). Dirección por servicio. México: Mc Graw Hill.
19. Giral, José. (1993). Cultura de efectividad. México: Grupo Editorial Iberoamérica.
20. Hansen, J., Warner, R.W. y Smith, E.M. (1981). Asesoramiento de grupos. México: El Manual Moderno.
21. Hersey, P. Y Blanchard, K. (1998). Management of organizational behavior. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

22. Imai, M. (1986). Kaizen. La clave de la ventaja competitiva japonesa. México: C.E.C.S.A.
23. Juran, J.M. (1990). Juran y el liderazgo para la calidad: un manual para directivos. Madrid: Díaz de Santos.
24. Kras, Eva. (1990). Cultura gerencial México-Estados Unidos. México: Grupo Editorial Iberoamérica.
25. Mintzberg, H. (1991). Mintzberg y la dirección. Madrid: Díaz de Santos, S.A.
26. Osorio Zúñiga, Fernando Seuz (2000). Evaluación funcional y operativa mediante el sistema de aseguramiento de calidad: el caso de una PYME manufacturera. México, D.F. Tesis de Maestría en Ingeniería en Sistemas (Planeación), DEPMI, UNAM.
27. Peters, J. y Waterman, R. (1984). En busca de la excelencia. México: Lasser Press.
28. Preguntas más frecuentes sobre la Calidad (FAQ), <http://www.calidad.com.ar/calid035.html>
29. Rees, Fran. El liderazgo en los grupos de trabajo. Habilidades de facilitación. México: Panorama editorial.
30. Ruelas Enrique (1993). Calidad, productividad y costos. Salud Pública de México 35 298-304
31. --- (1994). Sobre la garantía de la calidad: conceptos, acciones y reflexiones. Gaceta Médica de México 130:4 218-230
32. --- (1994). La calidad en la cultura médica. Extracto de la conferencia dictada en la I Reunión Nacional de Calidad de la Atención Médica del ISSSTE. Mimeo.
33. Ruelas E. y Concheiro. A. (1997). Tendencias a futuro de la organización de la atención médica en México. En Fundación Mexicana para la Salud. Observatorio de la salud. México; Funsalud.
34. Ruelas, E. y Querol, J. (1994). Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. México: Fundación Mexicana para la Salud.
35. Ruelas, E., Reyes, H., y cols. (1990) Círculos de calidad como estrategia de un programa de calidad de la atención en el Instituto Nacional de Perinatología. Salud Pública de México 32 207-220
36. Treviño, N., Valle, A., Fierro, H. y De la Loza, A. (1994). Indicadores de servicios de salud. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
37. Tucker, Michael. (1997). Administración exitosa de procesos en una semana. México; Panorama Editorial.
38. Vidal, L. M., Reyes, H. (1993). Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad. Salud Pública de México 35 326-331