



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ACATLÁN

EL NUEVO SISTEMA DE CALIDAD EN ODONTOLOGÍA

T E S I N A

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:

CONTROL DE CALIDAD

Presenta:

MOISES MONCIVÁIS MUÑOZ

ASESOR: M. en I. Nelly Karina Jiménez Genchi

Junio 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| 1. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA LAS FUÉRZAS ARMADAS MEXICANAS | 6 |
| 1.1. Planteamiento del problema | 6 |
| 1.1.1. Objetivo General | 6 |
| 1.1.2. Justificación | 6 |
| 1.2. Diseño de la Investigación | 7 |
| 1.3. Hipótesis y Variables | 7 |
| 1.4. Tipo de Investigación | 10 |
| 1.5. Recolección y Análisis de datos | 10 |
| 2. ANTECEDENTES | 12 |
| 2.1. Internacional | 12 |
| 2.2. Nacional | 15 |
| 3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL | 21 |
| 4. EL NUEVO SISTEMA DE CALIDAD EN ODONTOLOGÍA | 25 |
| INTRODUCCIÓN | 26 |
| 4.1 CONCEPTOS BÁSICOS DE CALIDAD | 28 |
| 4.1.1. Satisfacción del cliente | 29 |
| A. Cliente externo | 30 |
| B. Cliente interno | 32 |
| 4.2 ENFOQUE | 34 |
| A. Planeación Estratégica | 35 |
| B. Planeación de la Calidad | 35 |
| C. Trabajo en equipo | 39 |
| 4.3. IMPLANTACIÓN | 41 |
| A. Planeación operativa | 41 |
| B. Los Procesos y la Variabilidad | 42 |
| C. Control del Proceso | 45 |
| D. Evaluación del Proceso | 45 |
| E. Evaluación de los Resultados | 47 |
| 4.4. SEGUIMIENTO | 49 |
| 4.4.1. Evaluación | 49 |
| A. Tipos de Evaluación | 51 |
| B. Universo de Aplicación | 52 |
| C. Tiempo de aplicación | 52 |
| D. Normatividad | 53 |
| E. Responsabilidad de la Aplicación | 53 |
| F. Responsabilidad del manejo de Resultados | 53 |
| G. Monitoría | 54 |
| 4.4.2. Evaluación de la calidad de la Atención Médica. | 54 |
| A. Introducción | 54 |
| B. Antecedentes | 56 |
| C. Metodología | 56 |
| D. Evaluación de la calidad de la atención | 59 |
| 4.5. RESULTADOS | 69 |
| Medición | 69 |
| 4.5.1. Principales Indicadores | 72 |
| A. Evaluación de la Estructura | 72 |

| | |
|---|-----|
| a. Indicadores de Recursos | 72 |
| b. Indicadores de Personal | 75 |
| c. Indicadores de cobertura de Servicios | 78 |
| B. Evaluación del Proceso | 79 |
| a. Indicadores de Demanda | 79 |
| b. Indicadores de Eficacia | 80 |
| c. Indicadores para evaluar los programas operativos de salud | 81 |
| d. Indicadores de Eficiencia | 82 |
| C. Evaluación de los Resultados | 86 |
| a. Indicadores de Efectividad | 86 |
| b. Evaluación de la Morbilidad y Mortalidad | 87 |
| c. Indicadores de Calidad | 89 |
| d. Indicadores de Satisfacción del Usuario | 90 |
| 4.5.2. Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médico Odontológica | 92 |
| A. Proceso de Evaluación y Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica (instrumentos para la evaluación) | 93 |
| a. Evaluación | 93 |
| b. Mejoramiento Continuo | 95 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 99 |
| Bibliografía | 102 |

INTRODUCCIÓN

El mundo está cambiando vertiginosamente, la calidad es un concepto que ha evolucionado con el tiempo, en los años 50's; era un tema que se relacionaba sobre todo con la actividad de las fábricas, después de los 70's ha incursionado en otros sectores de la actividad humana, aumentando el número de empresas de servicios que buscan registros de certificación en calidad como; escuelas, oficinas de gobierno, abogados, consultores gerenciales, Instituciones de salud entre otras.

Los países desarrollados han recorrido todos los caminos en busca del ideal de la calidad con ejercicios de varios años en la planeación estratégica, en la ingeniería de procesos, en la administración por calidad, en el sistema de gestión de la calidad, en el mejoramiento progresivo para la calidad, en el control total de la calidad, en la auditoría interna de calidad, en el sistema de aseguramiento de calidad, hasta llegar a las normás ISO (Internacional Standard Organization) formado por especialistas en calidad de más de 90 países, que unificaron los estándares comerciales diferentes de cada país y que causaban problemás de comunicación y entendimiento entre exportadores e importadores. Establecen pilares básicos, implementados por foros, seminarios e investigaciones de esta organización en el que plantean derroteros muy precisos para la productividad y competitividad, además cimientan defíniciones muy claras de lo que significa la calidad y cada uno de los factores que contribuyen a garantizarla.

Los gobiernos de cada país, ante la apertura de fronteras cada vez mayor al comercio internacional, implementan estrategias para estimular la competitividad de sus productos y servicios en un mundo globalizado, una de ellas es El Premio Nacional de Calidad que se otorga a las compañías que han demostrado un nivel sostenido en el control total de calidad. Los premios, gracias a su metodología y sistema de evaluación, permiten acelerar el proceso de cambio cultural en las organizaciones, y constituyen una guía hacia el logro del mejoramiento continuo de las empresas y les ayuda a alcanzar y mantener una posición competitiva que les permite desarrollar su futuro. Se diseñan para que solamente puedan ganar aquellas organizaciones que sean un verdadero ejemplo por contar con un proceso sólido de mejora continua. En Estados Unidos es El Premio Nacional de Calidad Malcolm Baldrige (1982), en Europa es el Premio Europeo de Calidad (PEC), en Japón es el Premio Deming, etc.

En México fué creado en la década de los 90's El **Premio Nacional de Calidad**, por el gobierno federal y el sector privado con el propósito de fomentar una mayor competitividad de las organizaciones mexicanas y reconocer los esfuerzos que han realizado para implantar procesos de calidad total, promoviendo la productividad y la calidad en productos y servicios, fomentando las exportaciones con base en la calidad. Con este premio se lograron certificar más de 30 empresas privadas en el transcurso de 9 años.

En el año 2000 el gobierno de nuestro país, recién instalado, sensible a las demandas de la sociedad y con el fin de no sucumbir en este mundo globalizado se comprometió a implantar, desarrollar, mantener y mejorar en todas sus dependencias y entidades gubernamentales, un **Modelo de Calidad (INTRAGOB)** que le permita transformar a la Administración Pública Federal en un Gobierno de Clase Mundial, con una imagen confiable, transparente, innovadora y una sólida Cultura de Calidad. Lo que implica reemplazar los esquemas tradicionales de la Gestión Pública, con los

más avanzados sistemas administrativos y tecnológicos. Evaluar su gestión con estándares de competitividad, promover la dignificación y eficacia del servicio público, rediseñar sus procesos y servicios, y dirigir su quehacer hacia el cumplimiento de las expectativas y necesidades en conjunto. Este Modelo de calidad INTRAGOB es una combinación del Premio Nacional de Calidad y las normas ISO.

El instituto armado de nuestro país, conciente de los cambios en la fisonomía económica y social y de la apremiante necesidad del gobierno federal por implantar un Modelo de Calidad en las dependencias gubernamentales; ha impulsado importantes planteamientos para incorporar en sus componentes, en forma escalonada, los nuevos conceptos de calidad que permitan cumplir los criterios para lograr alguna certificación en ISO 9000 o algún Premio Nacional de Calidad o Intragob, inculcando entre su personal esa cultura para lograr que sea asimilada como una actitud permanente que le permita llegar a la meta que es mejorar la calidad de los servicios, la integridad de los servidores públicos y la percepción de la sociedad respecto a la confiabilidad y eficacia de la administración pública federal y del Instituto Armado.

Quizás en ninguna otra área de servicios pueda exigirse con mayor énfasis la garantía de calidad como en la salud. Garantizar la salud es comprometer todo el esfuerzo individual y colectivo para preservarla y recuperarla cuando se ha perdido. Es mover todos los recursos físicos y todas las voluntades en forma organizada hacia la más preciada empresa. Garantizar la salud es decirle al hombre que el esfuerzo de un equipo humano está comprometido plenamente para preservarlo y cuidarlo; que pueden esperar confiados que ese equipo humano entrenado y motivado para tan noble ideal, emplea todos los recursos imaginables de la ciencia y la tecnología, de la gerencia y la logística, del humanismo y de la caridad para lograr la preservación de su vida. Razón por la cuál el alto mando del Ejército decidió iniciar dentro de su estructura, el proceso de certificación en las organizaciones del servicio de sanidad, logrando a la fecha, la certificación de tres hospitales y dos unidades de atención médica ambulatoria, una de estas es la Unidad de Especialidades Odontológicas la primera en el país y en Latinoamérica seguida por la Odontoclínica Central del Ejército de Brasil y la Odontoclínica Central de la Marina del mismo país, que aún se encuentran en proceso de certificación. Se están haciendo auto evaluaciones en el resto de los hospitales militares, para nuevas posibles certificaciones, así como en otras unidades dependencias e instalaciones del Ejército y Fuerza Aérea Mexicana.

El objetivo de este Trabajo es difundir el nuevo enfoque del sistema de gestión de calidad con el fin de unificar criterios e integrarlos en una doctrina militar, lo que permitirá al personal de Cirujanos Dentistas Militares, en sus respectivas organizaciones, implementar un sistema de gestión de calidad que les permita someterse a Auditorías Externas para lograr la certificación ISO 9001, el Premio Nacional de Calidad, el INTRAGOB o la acreditación de la Secretaría de Salud a través de la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, que reconocen y avalan el nivel de excelencia alcanzado en los servicios de salud.

En el capítulo 1, se hace un análisis detallado de la metodología de la investigación, desde el planteamiento del problema enfocado a la gestión de la calidad en los servicios médico-odontológicos de las fuerzas armadas mexicanas, formando la justificación para elaborar un texto que permita divulgar el conjunto de técnicas y procedimientos para la planeación, el control y el mejoramiento de todas las

actividades organizacionales, se diseñó la investigación, se formuló la hipótesis y variables, se describió el tipo de investigación y finaliza en la recolección de datos y su análisis.

En el capítulo 2, hace referencia a la historia de la calidad, la mejor manera de entender esta nueva ciencia es conocer su historia, porque surgió y porque se ha vuelto un tema tan importante y tan necesario; conocer el marco en el que se ha desarrollado; y conocer de manera sencilla las aportaciones más importantes de los especialistas que la han escrito, en pocas palabras aprender de los grandes autores. Dice un autor: “a pesar de que la calidad forma parte intrínseca de la naturaleza, la manera de administrarla es algo que hay que descubrir para ponerla en práctica en la empresa, la oficina, la escuela o el hogar. En este sentido, los grandes maestros no solo enseñan como manejarla...dan también las herramientas necesarias para volverlas parte de nuestra realidad.

En el capítulo 3, se describe el análisis metodológico de las condiciones en que se otorga la atención médica, mediante la integración de un diagnóstico situacional que permita conocer las condiciones estructurales para su prestación, las características del proceso y la consecución de los resultados esperados. Implica la identificación de los procesos que requieren ser mejorados, los logros alcanzados y los problemas que es necesario resolver. El punto de partida para mejorar la calidad de la atención médica es conocer las condiciones en que esta se otorga, a través del diagnóstico situacional ya mencionado.

En el capítulo 4, se describe el contenido del trabajo conforme a los siguientes apartados: **Introducción**; **Conceptos básicos** de calidad considerando la satisfacción del cliente externo e interno, así como la de un tercero que es la satisfacción de la propia Institución; El **Enfoque** de la organización hacia la calidad a través de la planeación estratégica estudiando la visión, misión, políticas de calidad, la cadena de valores, la importancia del Liderazgo, el trabajo en equipo, etc.; La **Implantación** por medio de la implementación de la Planeación Operativa, los procesos y la variabilidad, su control y evaluación, etc.; El **Seguimiento** utilizando la evaluación, la responsabilidad de la aplicación y el manejo de resultados, la normatividad, la Monitoría, etc.; y por último **Resultados** obtenidos por medio de instrumentos de medición organizados a través de indicadores de evaluación de la estructura, del proceso y de los resultados así como el procedimiento para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica.

Por último, en Conclusiones y Recomendaciones, se comenta que estamos viviendo una época donde hablar de certificación implica “subirse al autobús o te quedas” por lo que se recomienda analizar en que situación se encuentra nuestra organización para brindar a los “clientes” la mejor atención y el mejor producto, recalcando que al certificar se implica que dicha organización vigila la calidad de sus productos o de sus servicios y al mismo tiempo ofrece mayor credibilidad a los que hacen uso de los mismos, cuestión que se ha extendido al área de salud, por lo que se observa cada vez más establecimientos de salud que procuran apegarse a un programa de certificación para iniciar el desarrollo de su sistema de gestión de calidad.

1. SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD PARA LAS FUÉRZAS ARMADAS MEXICANAS

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El enfoque hacia los nuevos modelos de calidad, implantados por el Gobierno de nuestro país e impuestos por la creciente globalización que vive el mundo, requieren orientar nuestros servicios de salud en Odontología con fundamento en primera instancia; en los criterios del Consejo de Salubridad General dependiente de la Secretaría de Salud por sus atribuciones legales como máximo organismo rector del Sistema Nacional de Salud, en cuanto a Estructura, Proceso y Resultados que a su vez son resultado de lo dispuesto en la Ley General de Salud y sus Reglamentos, en las Normas Oficiales Mexicanas y Tratados Nacionales e Internacionales, así como ajustarlos a nuestra propia normatividad militar. Obtenida esta certificación que representa los criterios mínimos de calidad en salud, se pueden realizar innovaciones para mejorar nuestros servicios y lograr otros premios de calidad Nacionales o Internacionales según las expectativas de nuestra Institución.

1.1.1. Objetivo General

Diseñar un texto con el fin de promover el enfoque del sistema de gestión de calidad en Odontología con el fin de dar un servicio con reconocimiento de calidad a los usuarios de los servicios de Odontología.

1.1.2. Justificación

Se requiere elaborar un texto de consulta para el personal de Cirujanos Dentistas Militares que brindan los servicios de su especialidad; en las instalaciones médico-odontológicas de todo el país, con el fin de divulgar los nuevos conceptos que les permitan cumplir estándares nacionales e internacionales que garanticen calidad total en el servicio que brindan. Esto tendrá gran relevancia social porque beneficiara a los pacientes o usuarios, a los propios profesionales de la salud y al país mismo, al coadyuvar en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

Se requiere elaborar un texto que resuma por escrito en forma muy eficiente todas las actividades del nuevo Sistema de Calidad en el Instituto Armado y que tenga 2 papeles importantes:

- **Como símbolo o Icono** el documento es algo tangible que es posible tener en las manos como evidencia de lograr éxito al formalizar y controlar todos los procesos que intervienen en el sistema de atención dental, siendo el documento esencial para un autoevaluó como guía completa y definitiva de la forma de operar del servicio.
- **Como libro Práctico de referencia** o guía del nuevo sistema de calidad, ya que la información contenida influirá en forma definitiva en la forma en que todos en la organización, llevan a cabo sus

táreas. No es un documento de relaciones públicas para enseñarlo a nuestros directivos en una visita, es un documento de trabajo que debe ser importante para quienes se supone han de utilizarlo.

1.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Cuando se habla de Calidad de la atención Médica, no puede dejar de mencionarse el concepto de calidad total. Este término lleva implícito: la calidad en la estructura, en el proceso, en los resultados y en cada uno de sus componentes, así como la participación comprometida de todos lo involucrados en el proceso de la atención médica: directivos, personal operativo, proveedores de abastecimientos y personal de apoyo.

En la evaluación Integral de la calidad de la atención, se incluye la evaluación:

➤ De la estructura de la atención médica:

Recursos físicos, personal, dotación de artículos de consumo.

➤ Del proceso de la atención médica:

Organización para; Diagnóstico Situacional adecuado, determinación de objetivos, identificar fortalezas y debilidades, planeación estratégica (consecuencia de las anteriores). Contar con manual de organización, programa de trabajo, manuales de procedimientos que se requieran, comité de calidad y subcomités médico-asistenciales que incluya; evaluación del expediente clínico, infecciones cruzadas, quejas, procedimientos de evaluación en forma programada.

➤ Y de los resultados de la atención médica:

En función de; la solución del problema, la oportunidad con que se dio la atención, ausencia de secuelas y complicaciones, continuidad de la atención y la satisfacción del usuario.

1.3. HIPOTESIS Y VARIABLES

1.3.1. HIPOTESIS

La creación del presente trabajo de calidad en Odontología, permitirá al personal de Cirujanos Dentistas Militares, en sus respectivas organizaciones, implementar un sistema de gestión de calidad que les permita someterse a Auditorías Externas para lograr la acreditación de la Secretaría de Salud a través de la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales y posteriormente el Premio Nacional de Calidad, el INTRAGOB o la certificación ISO 9001, que reconocen y avalan el nivel de excelencia alcanzado en los servicios de salud.

1.3.2. VARIABLES

➤ Independientes:

✓ **Texto del Nuevo Sistema de Calidad en Odontología.**

Es una guía, clara y fácil de leer, que contiene un conjunto de elementos mutuamente relacionados, sobre el diseño de la gestión de calidad y la estrecha relación con el contexto organizativo en las Unidades Médicas del sector salud. Establece Sistemás de control por centros de responsabilidad, sistemás de información para la toma de decisiones y control de gestión, un sistema de control; de recursos y partidas presupuestales, del comportamiento humano, de la cultura organizativa y el control; hacia una nueva concepción de los sistemás de gestión a través de procesos y sistemás con el fin de lograr el éxito, por la mentalidad de los líderes y por los resultados económicos obtenidos para llegar a lo más alto del ranking en calidad médica del país.

Se recomienda como texto fundamental y ejemplo a seguir en las instalaciones militares del servicio de odontología.

Es una ayuda sin igual para distinguirnos de las instituciones civiles y acceder al liderazgo.

Con múltiples ejemplos y de manera sencilla y práctica conduce paso a paso a dominar esta técnica para una mejora sustancial del servicio de sanidad.

✓ **Calidad de la atención médica**

Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de sus necesidades de salud y de sus expectativas, las del prestador de servicios y las de la Institución.¹

La palabra calidad proviene del latín “qualitas” que significa hacer las cosas con excelencia. Calidad médica, es la adecuación con la que se llevan a cabo las acciones de salud.²

Sin embargo, el término de calidad implica un concepto más profundo, relacionado con una modificación en la forma de pensar, sentir y realizar el trabajo. La calidad de la atención médica es *“brindar al paciente el máximo beneficio al menor riesgo y con un costo adecuado apegándose a normás o estándares que describen las características de un servicio de salud”*.³

¹ AGUIRRE GAS Héctor G. Calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo., México 1993, 3ª. Edición, 1ª reimpresión 2002, Editóres Noriega, Pág.58

² GONZÁLEZ DAGNINO, A. Calidad Total en Atención Primaria en Salud. Ediciones Díaz de Santos, S. A. Madrid (España), 1994. Pág. 5

³ DONABEDIAN, Avedis.” Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica”. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1991, 12 pp.

Con base en lo anterior, se entiende por Calidad de la Atención Médica *“el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras en salud”*⁽²⁾.⁴

Para elevar el nivel de calidad otorgado por los servicios de salud, se aplican diversas metodologías, insertas dentro del término Garantía de Calidad, definida como el conjunto de acciones sistematizadas y continuas dirigidas a prevenir y/o resolver oportunamente problemás o situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible o que incrementen los riesgos a los pacientes a través de: monitoría, evaluación, diseño, desarrollo y cambio organizacionales ⁽³⁾.⁵

➤ **Dependientes:**

✓ **Cirujanos Dentistas Militares**

Es el personal militar de la graduación de Subteniente hasta General Brigadier⁶, que ostenta el título de Cirujano Dentista, mediante el cuál es el único responsable y autorizado para realizar diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, rehabilitación y control, de las alteraciones bucales.⁷

✓ **Asistentes de Consultorio Dental**

Es el personal militar de tropa u oficial, capacitado para asistir los procedimientos operatorios en cada paciente, ya que las técnicas y materiales actuales requieren que la atención clínica se realice a 4 manos; para reducir el riesgo de accidentes y contaminación transoperatoria, volviéndose vital cuando se atienden niños, personas de capacidades diferentes y de la tercera edad; también se optimizan las propiedades de las restauraciones que se colocan en la boca y se reduce el tiempo de tratamiento, aumentando el confort del paciente. Permite que el Cirujano Dentista está siempre en contacto con el paciente, realizando el acto operatorio mientras el asistente le acerca el instrumental y el equipo necesario, retirando los que se van desocupando, además prepara los materiales dentales y las restauraciones que se colocan. Se requiere que conozcan el equipo, instrumental y las técnicas de desinfección y esterilización después de usarlos entre paciente y paciente, así como la descontaminación del área operatoria, para evitar riesgos de infecciones cruzadas, que conozcan los tiempos de manejo de cada uno de los materiales dentales con el fin de asistir adecuadamente al Cirujano Dentista.

✓ **Higienista Dental**

Es el personal militar de tropa u oficial, que debido a su entrenamiento, está autorizado legalmente para realizar trabajo

⁴ Ibidem 12 pp.

⁵ RUELAS BARAJAS, Enrique. "Calidad de la Atención en Salud". Rev. Salud Pública Mex. Vol. 2, Nº. 3, Febrero, 1995, 5-6 pp.

⁶ LEY ORGANICA DEL EJERCITO Y FUERZA AEREA MEXICANOS, Tomo V Legislación Militar, Marzo, 2004, Art. 193, 65 pp.

⁷ Norma Oficial Mexicana NOM [013-SSA2-1994](#), (modificación) Para la prevención y control de las enfermedades bucales.

intrabucal. En muchos consultorios es la primera en ver la boca del paciente, no solo para realizar una profilaxis preparatoria para el examen del Dentista, sino también para hacer una evaluación preliminar de la placa, el estado gingival y su estado de higiene. También está a cargo de las aplicaciones tópicas de fluoruro y, en virtud de su educación, está preparado para llevar a cabo controles y análisis de las dietas y proveer los consejos dietéticos.⁸

✓ **Recepcionista**

Es el personal militar de tropa, primera persona que establece contacto con el paciente, es capaz de relacionarse con la gente con comprensión, calidez y paciencia. También es conocedora de la filosofía básica del servicio y las políticas establecidas en los aspectos administrativos. Transmite dicha política a los pacientes con cortesía pero con firmeza. Brinda un refuerzo verbal y no verbal con respecto a la filosofía del servicio y a través de conversaciones telefónicas refuerza los progresos de los pacientes en cuanto a la prevención. También está a cargo de las citas⁹

1.4. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta tesis inicia de forma exploratoria, ya que incursiona en los Sistemás de gestión de calidad y de mejora continua, que tratan de implementarse en nuestro país, a través de la familia ISO 9000, Premio Nacional de Calidad y Premio Intragob, después se convierte en Descriptiva porque se mencionan algunos principios básicos, indispensables en este nuevo enfoque del sistema de calidad en el que la satisfacción del cliente ocupa un lugar preponderante, así como el establecimiento de indicadores que no estamos acostumbrados a elaborar y termina en forma Explicativa porque narra en forma detallada cada una de las actividades que debemos realizar para lograr el reconocimiento como una Institución de Calidad.

1.5. RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Población y Muestra: lo representan los Cirujanos Dentistas que laboran en el Campo Militar de Santa Lucía, Estado de México.

Universo: lo conforman todos los Odontólogos del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos.

Restricciones: no existe algún tipo de restricción, este Trabajo es de gran utilidad para los Odontólogos Militares y civiles interesados en implementar algún Sistema de Gestión de Calidad en su organización.

Tipo de Muestra: Estratificada.

⁸ . KATZ Simon, McDONALD James L, STOOKEY George K, "Odontología preventiva en acción", Editorial Médica Panamericana. 3ª. Edición, 5ª. Reimpresión, pp. 11, 14, 17, 22, 64,108.

⁹ Ibidem 11, 14, 17, 22, 64,108.

Evaluación del Proceso: La información contenida generará confianza en las organizaciones que brindan atención dental en las Fuerzas Armadas y les permitirá alcanzar la certificación por parte de la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales en el menor tiempo posible, cumpliendo las expectativas del Instituto Armado.

2. ANTECEDENTES

El objetivo de este capítulo es realizar un estudio exhaustivo de lo que se ha realizado en torno a la calidad y su evaluación en dos vertientes:

2.1. INTERNACIONAL

La dinámica que hoy viven las organizaciones de salud, cuyas características están relacionadas con circunstancias de carácter mundial, tales como el fenómeno de la globalización económica y social; los cambios demográficos presentes en mayor medida en todos los países y los avances tecnológicos existentes, plantea un conjunto de desafíos ante los que hay que estar alerta, para colocarnos en un papel de vanguardia que hoy es indispensable para subsistir en cualquier tipo de empresa.

La calidad no nació sino hasta la era de la producción en masa, como parte de las enseñanzas de la administración científica de Frederick Taylor. La función de los supervisores era inspeccionar el trabajo de sus subordinados. Sin embargo el hombre que constituyó la vanguardia del movimiento de calidad fue W. A. Shewart, quien en 1931 propuso una definición muy clara del control de calidad total, cómo medirlo y cómo regularlo. Sostenía que la variabilidad tenía que aceptarse como una parte de la vida industrial y que la diferencia entre partes, habilidades humanas y parámetros de procesos, conducían a diferencias entre los bienes producidos, indicaba que al usar técnicas estadísticas y de probabilidad, resultaba más fácil comprender, detectar y controlar la variabilidad.

Los grandes maestros de la calidad, también llamados Hurís, se dieron a conocer después de la Segunda Guerra Mundial, la mayoría de ellos Estadounidenses, pero el impacto de sus filosofías y conceptos ayudó a construir el renacimiento de Japón como potencia industrial, para posteriormente pasar a Europa y América.

2.1.1. DE ESTADOS UNIDOS

- W. EDWARD DEMING. Estadounidense, un pionero y profeta de la Calidad Total (TQM – Total Quality Management) fue el mejor alumno de W. A. Shewart, quien en 1925 desarrolló las técnicas de control estadístico de procesos y las gráficas de control, relacionado con el éxito de la industria japonesa, promovió el cambio planeado y sistemático a través del círculo de Shewart, después círculo de Deming (planear, hacer, verificar, actuar), sus 14 puntos y los 7 pecados mortales.

En 1950, lo que Japón quería, lo tenía Estados Unidos; simultáneamente, ¿qué tenía los Estados Unidos pero no quería? La respuesta, W. Edward Deming, un estadista, profesor y fundador de la Calidad Total. Ignorado por las corporaciones americanas, Deming fue

a Japón en 1950 a la edad de 49 y enseñó a los administradores, ingenieros y científicos japoneses como producir calidad.¹⁰

- JOSEPH M. JURAN. Nació en Estados Unidos en 1924 y en 1951 publicó su primer libro El Manual de control de calidad, que en su capítulo La economía de la calidad presentó su famosa analogía de los costos de calidad “hay oro en la mina”. Su definición de calidad “adecuación al uso” y su trilogía de calidad “planeación de la calidad” “control de calidad”, “mejora de la calidad”, le fué entregada la Segunda orden del tesoro sagrado por el emperador de Japón.¹¹
- ARMAND V. FEIGENBAUM. Creador del concepto Control total de calidad y costos de calidad¹²
- PHILLIP B. CROSBY. Carismático consultor en calidad en Estados Unidos, excelente vendedor de los conceptos de calidad total en las empresas, desarrolló una cultura de calidad en la organización, publicó su libro “La calidad es gratis”, después otro best seller “calidad sin lágrimas”, los 4 fundamentos de la calidad y los 14 pasos de la administración por calidad y las 6 C’s etapas de cambio que atraviesa una organización que aplica la administración por calidad y las 3 T’s tiempo, talento, tesoro.¹³
- STEPHEN R. COVEY. “los 7 hábitos de la gente altamente efectiva”.¹⁴

2.1.2. DE JAPÓN

- KAORU ISHIKAWA. Doctor japonés, con licenciatura en química aplicada, aporta el uso del diagrama de pareto para priorizar las mejoras de calidad y el Diagrama Causa efecto, también llamado Diagrama Ishikawa o de pescado.
- SHIGERU MIZUNO. Propone el despliegue de las políticas de calidad como el enlace entre la alta administración y las decisiones estratégicas de la organización con la operación de la misma.
- GENICHI TAGUCHI. Ingeniero en electrónica, japonés, aportó el control de calidad desde la etapa de diseño del producto y el concepto “diseño robusto”.¹⁵
- SHIGEO SHINGO. Ingeniero mecánico japonés, aportó el sistema “justo a tiempo” cuya filosofía es “cero inventarios en proceso”, así como “a prueba de error”, conocido como “cero defectos”, y las “5 S’s”

¹⁰ CANTÚ DELGADO Humberto, “Desarrollo de una cultura de calidad”, Editorial Mc Graw Hill, 2ª. Edición, 2001, 33,37.pp.

¹¹ Ibidem. 33,38pp

¹² Ibidem.33,40.pp.

¹³ Ibidem;35 pp.

¹⁴ GUAJARDO GARZA Edmundo, Administración de la Calidad Total, Editorial Pax México, 2003. 97 pp.

¹⁵ CANTÚ DELGADO Humberto, “Desarrollo de una cultura de calidad”, Editorial Mc Graw Hill, 2ª. Edición, 2001,34 pp.

seri, seiton, seiso, seiketsu y shitsuke (selección, orden, limpieza, estandarización, mantenimiento).¹⁶

2.1.3. DE GRAN BRETAÑA

- JOHN S. OAKLAND: Modelo de calidad aplicado a organizaciones europeas, fundación europea para la administración.

2.1.4. DE ESTOCOLMO, SUECIA

- JAN CARLZON. Economista, creador del concepto “momentos de la verdad”, “empowerment” o apoderamiento.¹⁷

2.1.5. ISO 9000

A finales de la Segunda Guerra Mundial, se enfrentó la necesidad de fundar un organismo internacional que desarrollara y promoviera estándares de uso mundial. En 1946, se fundó en Ginebra, Suiza, la Organización Internacional para la estandarización (ISO).

A finales de los setentas se empezaron a abrir las fronteras de los países a la entrada de diferentes productos. Se hablaba entonces de un nuevo concepto en el comercio internacional: la globalización. Sin embargo, los estándares comerciales eran diferentes en cada país, lo que causaba problemás de comunicación y entendimiento entre exportadores e importadores. Por ejemplo, los estándares NOM de México, los estándares UNE de España. Los estándares EN 29000 de la comunidad Económica Europea, los ANSI de Estados Unidos o los CSA de Canadá. Cada país tenía su propia versión.

La implementación de los procesos de calidad en todo el mundo creó la necesidad de establecer una terminología común y una metodología mínima para la administración y el aseguramiento de la calidad de los productos, procesos y servicios. La terminología es necesaria para fijar las bases en las transacciones comerciales y tener sistemas que den confianza en el cumplimiento de compromisos contractuales.

Dicha organización está formada por especialistas en calidad de 90 países que buscan promover la competencia igualitaria mediante el uso de estándares. Cada uno de los 90 países afiliados a la ISO tiene un representante con voz y voto en la aprobación o modificación de los estándares. México es representado por la Dirección General de Normas de la Secretaría de Economía.

En 1980, la organización Internacional para la estandarización formó el primer comité ISO para asuntos de calidad, llamado Comité Técnico TC-176. Éste creó los estándares de la serie ISO 9000, publicados por

¹⁶ CANTÚ DELGADO Humberto, "Desarrollo de una cultura de calidad", Editorial Mc Graw Hill, 2ª. Edición, 2001, 34 pp.

¹⁷ GUAJARDO GARZA Edmundo, "Administración de la Calidad Total", Editorial Pax México, 2003. 86,89 pp.

primera vez en el año de 1987 y revisados periódicamente cada cinco años.¹⁸

2.1.6. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

En 1990 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) inició un proyecto para fomentar la certificación de organizaciones de salud en América Latina y el Caribe, con este fin se diseñó el manual de Acreditación por la OPS que tomó en cuenta la situación real de los hospitales latinoamericanos, principalmente en cuanto al número de camas y su operación, comparada con los grandes hospitales de países desarrollados.

El propósito era estimular a los gobiernos de los países de la región para que desarrollaran sus propios criterios y establecieran sus estructuras certificadoras. Los criterios determinados se basaron en la experiencia norteamericana. A poco tiempo de la iniciativa de la OPS el resultado no fué muy favorable, ya que en la mayor parte de los países latinoamericanos el proceso se interrumpió por diversas cuestiones¹⁹

2.1.7. COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS

En Estados Unidos las acciones para evaluar y mejorar la calidad de la atención médica, de la enseñanza de la medicina y del control de infecciones, se iniciaron a principios del siglo XX de manera aislada por médicos e instituciones privadas. En 1917 el Colegio Americano de Cirujanos fundado en 1913, inició la evaluación directa de los hospitales por lo que se creó el manual de "Estándares Mínimos para Hospitales" que se aplicó a 692 hospitales, de los cuáles solamente 89 cumplieron con los requerimientos; sin embargo, los resultados no se publicaron. Haciendo algunas modificaciones y mejoras se continuó con la evaluación hasta 1951 y se dió origen a la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals, este organismo amplió sus funciones en 1987 y se transformó en la Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations la cuál dirigió sus acciones no solo a valorar las estructuras sino también a estimar los procesos e indicadores de productividad. En Canadá desde 1951 se adoptaron los estándares acordados por la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals y a partir de 1959 creó su propia organización para acreditar hospitales.²⁰

2.2. NACIONAL

2.2.1. PREMIO NACIONAL DE CALIDAD

Una estrategia provechosa para la promoción de la calidad ha sido el otorgamiento anual, por parte de gobiernos federales y estatales, de

¹⁸ HABERES J.B., WEBB M.W. "Administración Total de la Calidad (TQM)", Editorial Iberoamericana, México 2003, 84 pp.

¹⁹ ÁLVAREZ ALBA Rafael;" Salud Pública y Medicina Preventiva 3^{er}. Edición, Editorial Manual Moderno, 2002, México. 76, 77 pp.

²⁰ DONABEDIAN Avedis, Op,Cit. 28,30 pp.

premios a las compañías que se distinguen por sus esfuerzos en la administración de la calidad.

Desde 1989, la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial (hoy Secretaría de Economía), en colaboración con la Fundación Mexicana para la Calidad (FUNDAMECA), emitió los criterios para El Premio Nacional de Calidad. Ese mismo año, en el estado de Nuevo León, el gobierno del estado y el centro de productividad de Monterrey crearon el Premio Nuevo León a la Calidad.

Uno de los beneficios de estos premios es el fomentar en las organizaciones la adopción de los sistemas de calidad para el diseño de estrategias aplicables en todos los departamentos de la compañía, y contribuir a la satisfacción del cliente.

Los criterios del Premio Nacional de Calidad son los elementos que permiten revisar y evaluar a las organizaciones que, año tras año, participan en un proceso para obtener la distinción de ser una organización de clase mundial. Los criterios determinan las bases para otorgar los reconocimientos a los ganadores y también, para que las organizaciones de México conozcan, a través de un proceso de auto evaluación, las fuerzas y áreas de oportunidad de mejora de sus procesos de Calidad Total.²¹

Cumplen, asimismo, con tres grandes objetivos nacionales para el fomento de una cultura mexicana de calidad y productividad:

1. Crear conciencia sobre la necesidad urgente de mejorar la calidad a partir de las expectativas reales y completas de los clientes o usuarios, en nivel nacional; es decir, coincidir en una filosofía y visión amplia y actualizada del concepto de calidad.
2. Facilitar la comunicación y el intercambio de información dentro de las organizaciones, así como entre los diversos sectores o ramás bajo un denominador común, sobre los requisitos clave (o criterios) para incrementar la competitividad, al dar siempre un valor creciente o superior a los clientes o usuarios, al mismo tiempo que se optimiza la productividad.
3. Convertirse en herramienta de trabajo para el diagnóstico y planeación de la propia organización en sus procesos de Calidad Total.

Los criterios del Premio Nacional de Calidad se dirigen, por tanto, a lograr objetivos orientados a resultados; definir los requisitos clave para

²¹BLANCO M., Herminio, "Las negociaciones comerciales de México con el mundo", fondo de cultura económica, 1994. 25-26 pp.

dar un valor superior a los clientes o usuarios y, al mismo tiempo, optimizar la rentabilidad, la productividad y la eficacia de la organización.

2.2.2. MODELO INTRAGOB

En el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, el Modelo de Calidad INTRAGOB contribuye a las seis estrategias de la Agenda Presidencial de Buen Gobierno:

- **Gobierno que cueste menos**, reduciendo el gasto que no agrega valor para ofrecer mayores beneficios a la sociedad.
- **Gobierno de calidad**, satisfaciendo o superando las expectativas de los clientes y ciudadanos en los servicios que se les brinda.
- **Gobierno profesional**, satisfaciendo o superando las expectativas de los clientes y ciudadanos en los servicios que se les brinda.
- **Gobierno digital**, permitiendo que los clientes y ciudadanos obtengan información del gobierno y tengan acceso a los servicios que ofrece desde la comodidad de su casa u oficina.
- **Gobierno desregulado**, garantizando que los clientes, ciudadanos y los servidores públicos puedan efectuar trámites con facilidad, seguridad y rapidez.
- **Gobierno honesto y transparente**, recuperando la confianza de la sociedad.

Un gobierno de Clase Mundial, en suma: Un gobierno Innovador y de Calidad Total.

El modelo de calidad INTRAGOB está orientado a satisfacer plenamente las expectativas y necesidades de los clientes y ciudadanos sobre los productos y servicios que proporciona la Administración Pública Federal (APF). A consolidar una cultura de calidad, mejorar la productividad, competitividad, e innovación tecnológica, así como a fortalecer la actuación responsable del personal de todas las Dependencias y Entidades ante la sociedad.²²

El principal objetivo del Proceso de Calidad es la transformación radical de la Administración Pública Federal para evidenciar un nivel de **madurez** en el **Modelo de Calidad INTRAGOB**, que se refleje en la calidad de los procesos, productos y servicios, y en una dignificación de la imagen de los servidores públicos, así como de las Dependencias y Entidades, todo ello evaluado desde el punto de vista de la ciudadanía, y coadyuve en el incremento de la productividad, competitividad y ahorro. Para tal propósito, en el presente documento se describen las directrices

²² Modelo de Calidad Intragob 2003. 11 pp.

de implantación **del Modelo de Calidad INTRAGOB**, haciendo énfasis en los siguientes elementos:

- Mejorar la calidad de los productos y servicios del Sector Público que tienen un alto impacto en la ciudadanía, en el corto plazo.
- Consolidar una Cultura de Calidad en el Servicio Público.
- Lograr una Administración Pública Federal Íntegra y Transparente.
- Rendir cuentas y resultados en forma sistemática.
- Impulsar el ahorro y aprovechamiento de los recursos.
- Unificar una Visión de mejora continua, innovación y competitividad en la gestión de las Dependencias y Entidades del Gobierno Federal.

El Modelo de Calidad Intragob está centrado en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes y ciudadanos, como eje rector de los esfuerzos de calidad, mejora continua, innovación, competitividad, integridad y transparencia por parte de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal, con el fin de que los resultados obtenidos impacten directamente en la percepción de la calidad del servicio por parte de la ciudadanía.

2.2.3. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL (Secretaría de Salud)

Por disposición Constitucional,²³ el Consejo de Salubridad General tiene carácter de autoridad sanitaria, por lo que en su organización colegiada, están representadas diversas dependencias y entidades públicas, así como instituciones de educación superior y asociaciones científicas dedicadas a las disciplinas para la salud.

A petición del Dr. Juan Ramón De la Fuente (entonces Secretario de Salud), el Consejo de Salubridad General decidió iniciar acciones que impulsaran la certificación de los servicios de atención médica, e indujeran mecanismos que permitieran a corto y mediano plazo mejorar la calidad de la atención a la salud.

Estas acciones se basaron en:

- El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que en su párrafo cuarto menciona el derecho de toda persona a la protección de la salud.
- En los objetivos que establece el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, que determinan los instrumentos para promover la calidad y la eficiencia de la prestación de los servicios de salud.

Se facultó al Consejo de Salubridad General en su sesión reglamentaria, celebrada el 8 de marzo de 1999, para instrumentar las bases para el

²³ CONSTITUCION POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS art. 73

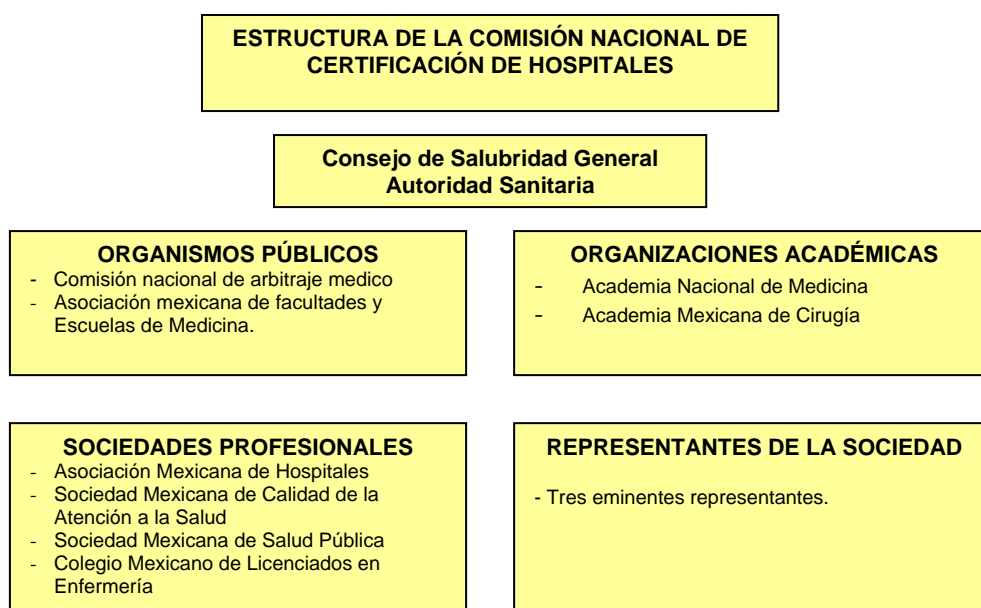
Programa Nacional de Certificación de Hospitales, el cuál llevó a cabo las acciones que se enlistan:²⁴

1. Abril 1o, 1999. Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales.
2. Abril, 1999. Comisión Nacional de Certificación de Hospitales.
3. Junio, 1999. Criterios para la Certificación de Hospitales.
4. Julio, 1999. Convocatoria a personas físicas o morales para participar en la evaluación de hospitales.

Para cumplir con este encargo el Consejo de Salubridad General estableció la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales.

2.2.4. COMISIÓN NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES

Está conformada por; Un presidente, representado por el Secretario de la Comisión de Salubridad General y Vocales titulares del consejo, representados por organismos públicos, organizaciones académicas, sociedades profesionales y representantes de la sociedad como se puede apreciar en el cuadro siguiente:²⁵



²⁴ Ley General de Salud, Reglamento interior del Consejo de Salubridad General. Programa Nacional de Certificación de Hospitales. Acuerdo del 25 de marzo de 1999.

²⁵ Ibidem

Las funciones y actividades que realiza la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales son:

- Discutir y aprobar criterios que serán utilizados para la certificación de hospitales.
- Discutir y aprobar las especificaciones que evaluarán los criterios para la certificación de hospitales.
- Discutir y aprobar los mecanismos de certificación.
- Discutir y aprobar las características y procedimientos de apelación.
- Discutir y aprobar el perfil de los organismos evaluadores.
- Acreditar a los organismos evaluadores.
- Analizar y aprobar la estrategia de difusión a todos los hospitales.
- Invitar a los hospitales a participar en el proceso de certificación en una primera etapa.

La misión del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, es asegurar la garantía del derecho a la protección de la salud en la atención hospitalaria mediante la evaluación del cumplimiento de criterios mínimos aceptables de calidad.

Sus objetivos son:

- Contribuir a garantizar el derecho a la protección de la salud.
- Determinar objetivamente la capacidad de las organizaciones prestadoras de servicios de salud para garantizar atención de calidad.
- Establecer mínimos homogéneos de calidad en el Sistema Nacional de Salud.
- Promover acciones de mejora de la calidad.

Para la evaluación de los hospitales y su posible certificación, el consejo de salubridad dispuso de criterios y especificaciones elaborados conjuntamente con la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales en relación a tendencias y recomendaciones internacionales, integrados en 4 capítulos los cuáles son; estructura, funciones de atención al paciente, funciones de apoyo a la atención del paciente e indicadores de productividad, eficiencia y calidad.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

- 3.1. El objetivo de este capítulo es dar a conocer un método para evaluar la calidad de nuestro servicio, como factor que conduzca a garantizar la calidad en la atención médica, considerándola como parte fundamental del proceso organizacional que mide no solamente los resultados o el impacto, sino el desenvolvimiento general del programa que comienza desde la planeación.
- 3.2. Avedis Donabedian, quién ha sido considerado como el “principal experto mundial” en el estudio de la calidad de la atención médica postula el enfoque de la evaluación de la calidad de la atención médica sobre las bases de la teoría de sistemas y hace énfasis en la satisfacción del usuario en cuanto a sus expectativas en relación a la amabilidad en el trato, comodidad en el área donde recibe la atención, disponibilidad de información suficiente, accesibilidad de los servicios, trato personalizado, etc., como elemento de calidad en la atención médica, presentando un elemento más; la importancia de la satisfacción de los prestadores de los servicios como requisito necesario para una atención de calidad.

Como motivo de la visita a nuestro País de Avedis Donabedian, para impartir el Curso Internacional sobre Calidad de la Atención a la Salud, en julio de 1986, en el Instituto Nacional de Salud Pública, la Revista Salud Pública de México editó un número especial donde incluyo aportaciones relevantes de autores nacionales y extranjeros. Se integró en este número la publicación del documento sobre “Bases para la evaluación de la Calidad de Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud”²⁶, realizado por el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación; la participación de Avedis Donabedian, sobre los alcances actuales a nivel internacional de la evaluación y garantía de calidad; los trabajos sobre círculos de calidad realizados en el Instituto Nacional de Perinatología; los avances sobre garantía de calidad en Estados Unidos de Norteamérica, en la Ciudad de Chicago y en los Países Bajos, los avances en México en el primer nivel de la atención, sobre la evaluación y garantía de calidad; los avances para mejorar la calidad de la atención en el Departamento del Distrito Federal; los aspectos involucrados en la relación médico paciente y con la satisfacción de los usuarios y los prestadores de servicios y la presentación de un proyecto para la medición de la salud.

Recientemente en el IMSS se han hecho esfuerzos organizados importantes para mejorar la calidad de la atención médica, así en 1990, se contrató a la empresa norteamericana TENNESSEE Y ASOCIADOS para la implantación del “Programa de Calidad IMSS”. En 1998 como consecuencia de la publicación de la Nueva Ley del Seguro Social en diciembre de 1995 y su puesta en rigor a partir del 10 de julio de 1997 se presentó el Plan Integral de Calidad IMSS y en 1999 el Premio de Calidad IMSS,²⁷ estrategias todas ellas con un adecuado soporte organizacional y administrativo que probablemente den a la institución el

²⁶ RUIZ DE CHAVEZ, M; MARTINEZ NARVAEZ G., “Bases para la evaluación de la Calidad de la ATENCIÓN en las Unidades Médicas del Sector Salud”. Revista Salud Pública de México, 1990; 32 pp.

²⁷ Instituto Mexicano del Seguro Social. Sistema de evaluación y Reconocimiento PREMIO IMSS DE CALIDAD. México, 1999. 10 pp.

impulso definitivo rumbo a la calidad de la atención médica, con un nivel de excelencia por todos deseable y al que aspiramos como médicos, como directivos pero especialmente como enfermos o familiares de enfermos.

A través de la aplicación de estos conceptos se establece un sistema de supervisión integral, simplificado, de aplicación permanente, que permita verificar las normas de operación, asegurar mínimos de calidad y eficiencia, satisfacción de las expectativas de usuarios, prestadores de servicios y de las instituciones; identificar los problemás que obstaculicen su consecución y generar las acciones necesarias para corregirlos; determinar cuáles son los procesos ineficientes o con baja calidad e incorporarlos en forma sistemática a su mejoramiento continuo, con base en los preceptos de la planeación estratégica, reingeniería y análisis comparativo de referencia (“Benchmarking”); identificar y hacer patentes los aciertos y logros significativos a fin de reforzarlos, difundirlos, tendiendo a su generalización con reconocimiento del personal que los produjo.

3.3. En los procesos de evaluación se sigue el esquema de **análisis de “estructura, proceso y resultados”**.

El procedimiento inicia a través de un **conocimiento de los recursos** disponibles en cuanto a instalaciones, equipo, instrumental, mobiliario, y material de consumo, el personal Cirujano Dentista, higienistas, Terapistas de control, Asistente de Consultorio Dental, técnico y administrativo en cuanto a número y capacidad profesional y técnica. El **conocimiento de la estructura** disponible, nos permitirá realizar un juicio de valor para acreditar la calidad y la eficiencia con que se están otorgando los servicios mediante el análisis de productividad, metas, índices de eficiencia, cumplimiento de programás y costos de operación.

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

Como **elementos integrantes de la calidad** en el proceso de la atención, se consideran: la oportunidad, analizada a través de la accesibilidad a los servicios, el diferimiento para obtener una cita o el tiempo que debe aguardar el usuario en las salas de espera hasta recibir atención; dentro de los principios éticos vigentes, con equidad y humanismo; el trato personalizado y amable en un ambiente confortable; el correcto desarrollo de los procedimientos médico-dentales conforme a las normas institucionales, conocimientos vigentes de la medicina y utilización correcta de la tecnología; con información al usuario sobre su estado, el plan a seguir y el pronóstico en caso de considerarse conveniente.

En relación a los resultados de la atención, se evalúa la **capacidad resolutive** derivada del proceso de la atención, la morbilidad y la capacidad funcional del aparato estomatognático (masticación, oclusión, caries, periodontitis, ausencias dentales, prótesis desajustadas, estética, etc.). **Los programás operativos** de salud dental, tendrán un impacto a nivel, tanto de morbilidad como de capacidad funcional del aparato estomatognático.

Como corolario de una evaluación de calidad de la atención dental y en forma congruente con las corrientes actuales en el “Concepto de Calidad Total”, debe considerarse la satisfacción del usuario por los servicios recibidos, evaluada a través de **encuestas de opinión**.²⁸

Con frecuencia sucede que las expectativas del usuario no se ven satisfechas o existe inconformidad manifiesta en relación a la atención recibida, dando lugar a la presentación de una **queja**. Amen de la necesidad de investigar, analizar y dar respuesta a las quejas que se presentan, la información en ellas contenida, es de gran utilidad como manifestación de un problema, que seguramente esta afectando la calidad, la eficiencia o la satisfacción de los usuarios y estará sujeta a la metodología que conduzca a su solución.

Si consideramos al **prestador de servicios**, por una parte como un actor relevante en el proceso y resultados de la atención médica, y por otra parte como un “usuario” que obtiene de su trabajo los recursos para su desempeño y hace uso de las instalaciones de la Institución, se propone la evaluación de su satisfacción en el desempeño de sus actividades, tanto por el hecho de que no podemos esperar que un trabajador insatisfecho nos de eficiencia y calidad en su trabajo, como por la responsabilidad de las Instituciones en la mejoría de la calidad de vida de sus empleados.

La triada de actores que participan en la atención dental se completa con **la Institución** donde se prestan los servicios, la cuál a través de la evaluación debe constatar la calidad en la prestación de los mismos, la eficiencia en la utilización de los recursos y la satisfacción de usuarios y trabajadores. Cabe en este momento, hacer énfasis en el término eficiencia y el perfecto equilibrio que debe tener con la calidad con que se otorga la atención, en virtud de que los recursos disponibles no son ilimitados, aún en países con gran bonanza económica, debiendo otorgar una atención con calidad al más bajo costo posible y lograr que la correcta administración de los recursos existentes, permita dar atención al mayor número posible de usuarios.

Como elementos inherentes a la prestación de servicios con calidad en las unidades médicas-odontológicas son las actividades de **educación e investigación**. **La primera**; como instrumento a través del cuál se debe garantizar la inducción, capacitación y actualización del personal en el puesto que desempeña, la formación de personal para la salud en el área odontológica, así como higienistas, terapistas de control, asistentes dentales y técnicos y la difusión de los conocimientos vigentes de la medicina y **la segunda**; como elemento que conduce hacia el desarrollo permanente de nuevos conocimientos que permitan mejorar los procedimientos y técnicas médicas, en beneficio de la calidad y la eficiencia en la atención.

No sería aceptable que un procedimiento de evaluación de la calidad de la atención, concluyera su función con el establecimiento de un diagnóstico situacional. Es necesario **repercutir este diagnóstico situacional en acciones**

²⁸ Programa de Mejora Continua de la Unidad de Especialidades Odontológicas Méx. D.F. 2003.

que permitan mejorar, garantizar o acreditar una atención dental de calidad, a través de la identificación de problemás que afectan la calidad o la eficiencia en la prestación de los servicios, asignación o ubicación del responsable y un tiempo para su solución, establecimiento participativo y formal, por consenso, con el equipo involucrado, para que de la mejor alternativa de solución, con seguimiento hasta su consecución, que indudablemente repercutirá en mejoría de calidad y eficiencia.

Debe considerarse que, como resultado de una evaluación, pueden captarse tanto los problemás como los logros significativos que promueven el incremento de la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios. **El reconocimiento al personal responsable de la consecución de logros significativos**, debe ser sujeto de un reconocimiento formal por parte de las autoridades, sobre todo si sabemos que uno de los factores que generan mayor deterioro de la motivación en los trabajadores, es la falta de reconocimiento. Por otra parte, la identificación de un programa, procedimiento o estrategia que hubiera sido factor determinante de logros significativos, debe hacerse del conocimiento de otras unidades que compartan características similares de operación o problemás comunes, a fin de contribuir al mejoramiento del sistema.

Habiendo tocado los **aspectos relacionados con la motivación y la satisfacción de los trabajadores**, debemos considerar uno de los principales factores que influyen en ambas situaciones, el reconocimiento por las actividades realizadas con calidad y eficiencia. Como resultado de las encuestas para evaluar la satisfacción de los prestadores de servicios, además del reconocimiento por las autoridades, de las actividades realizadas con calidad, se identificó a la insatisfacción por la carencia de recursos para llevar a cabo el trabajo con calidad y a la percepción salarial como los tres factores más importantes.



EL NUEVO SISTEMA DE CALIDAD "EN ODONTOLOGÍA"

4. EL NUEVO SISTEMA DE CALIDAD EN ODONTOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

El propósito; es dar a conocer los conceptos básicos de la filosofía de calidad y su aplicación para mejorar los resultados en las diferentes actividades que realiza el Odontólogo y sus colaboradores, generando confianza en la capacidad de sus procesos y en la calidad de sus servicios, proporcionando además una base para la mejora continua, conduciendo a un aumento en la satisfacción de los usuarios, de los prestadores de servicios y de la propia Institución.

El Servicio de Sanidad Militar Tiene dualidad de funciones; por una parte en las actividades operativas militares; junto con los demás servicios tiene como propósito y finalidad satisfacer las necesidades de vida y operación de los mandos y sus auxiliares y de las tropas de combate, mediante el desempeño de las actividades propias de su especialidad materializadas a través de la instalación de nidos de heridos, puestos de socorro, puestos de recolección y atención médica e instalaciones hospitalarias como puestos de despeje, enfermerías, hospitales quirúrgicos móviles, etc. etc. etc. cuya característica principal es la inestabilidad de las actividades por la suposición del acecho de un enemigo presente o potencial.²⁹ Y por otra parte en materia de Seguridad Social (en coordinación con la Dirección General de Seguridad Social Militar) extender su acción a las personas civiles; familiares de militares, que estén afiliadas como derechohabientes al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (I.S.S.F.A.M.), teniendo como misión específica promover la salud mediante actividades de educación, promoción, prevención, curación y rehabilitación, buscando finalmente el bienestar del personal militar en servicio activo o retirados y sus derechohabientes.³⁰ En este segundo rubro es donde tiene mayor competencia la aplicación de los conceptos vertidos en el presente trabajo.

A excepción de la Unidad de Especialidades Odontológicas (U.E.O.) que es una Unidad de Atención Médica Ambulatoria que agrupa multidisciplinariamente las diferentes especialidades del Campo de la Odontología (primera en México y en Latinoamérica), El servicio de Odontología generalmente está encuadrado en los servicios médicos de las instalaciones del servicio de Sanidad, razón por la cuál en esta Tesina se hace mención a un nuevo sistema de Calidad del servicio de Odontología como un proceso dentro de otro proceso, subsistemas y sistemas de atención médica.

La Organización de la Enfermería Militar en cuestión está organizada de la siguiente forma:

²⁹ MANUAL DEL SISTEMA LOGISTICO MILITAR 17 pp.

³⁰ LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LAS FUÉZZAS ARMADAS MEXICANAS 67,73 pp.

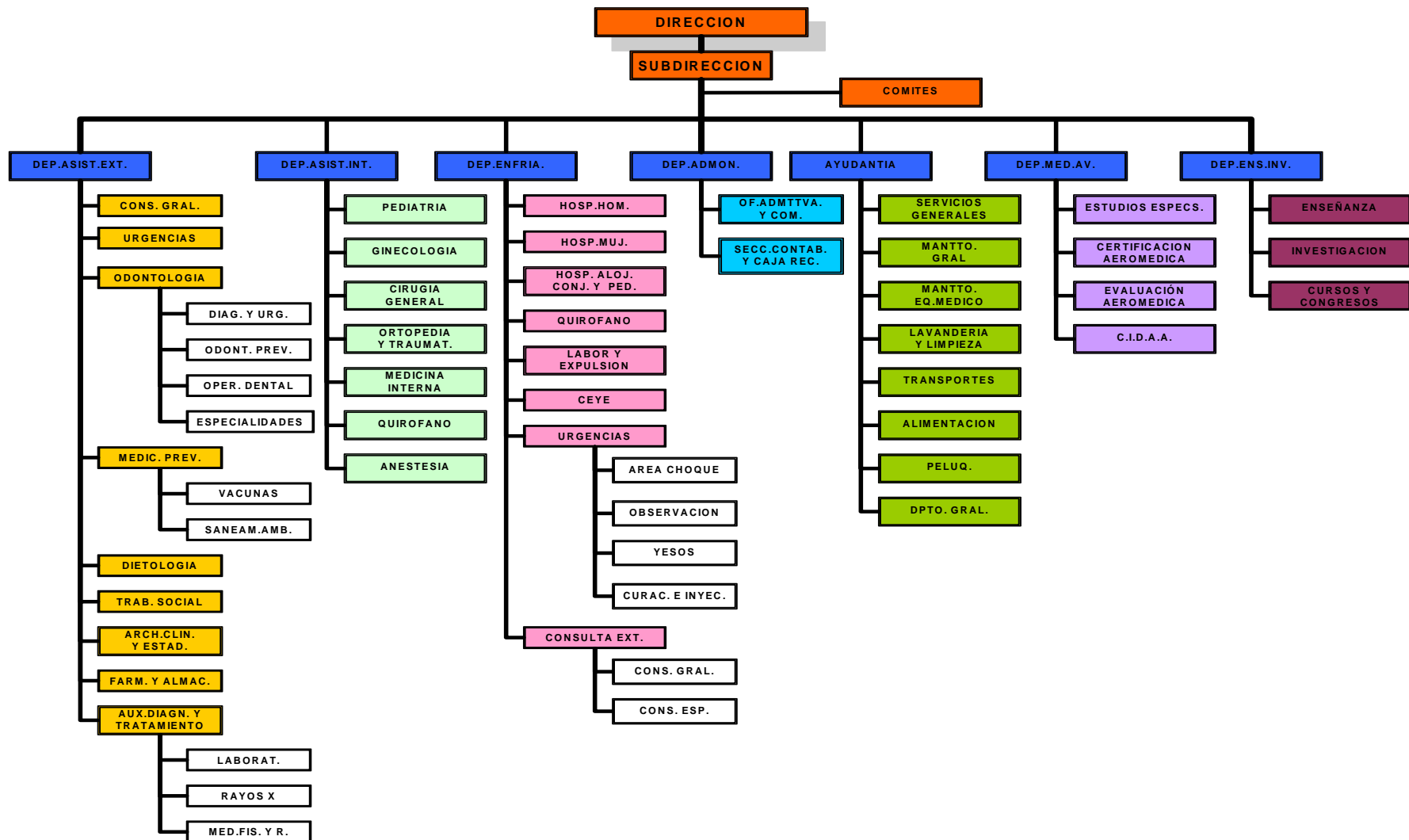


FIG.1 ORGANIGRAMA DE LA ENFERMERIA DE SANTA LUCÍA
 FUENTE: Manual de Organización y Funcionamiento de la Enfermería de Santa Lucía

CONCEPTOS BÁSICOS DE CALIDAD

En este párrafo se describen los fundamentos del sistema de gestión de calidad en los servicios de salud los cuáles constituyen el objeto de los organismos certificadores y define los términos relacionados con los mismos.

A. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de sus necesidades de salud y de sus expectativas, las del prestador de servicios y las de la Institución.³¹

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

a. **Atención Oportuna:** Significa otorgar atención en el momento que el paciente la requiere, para el adecuado desarrollo del proceso y lograr un mejor resultado.

b. **Usuario:** Es el sujeto que recibe la atención médica, otorgada por el prestador de servicios en una institución de salud.

c. **Conocimientos médicos vigentes:** implica la disponibilidad de personal de salud capacitado y actualizado, a partir de un proceso de educación médica continua, en congruencia con los preceptos y normás legales, que el área normativa haya emitido y mantenga actualizadas con la participación de expertos del área operativa en cada materia, y mediante la utilización adecuada de la tecnología apropiada. Es necesario tomar en cuenta que las normás deben considerarse como lineamientos generales, que posibilitan conducir el proceso de atención médica en forma congruente, con flexibilidad suficiente para permitir su aplicación en congruencia con las circunstancias particulares de cada paciente, de manera que constituyan un instrumento al servicio de la atención médico-dental, en lugar de supeditarla al cumplimiento de esa norma.³²

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

Estos preceptos implican tres conceptos interrelacionados:

En primer término es necesario considerar que las unidades médico-odontológicas deben contar con los equipos que se justifiquen, en congruencia con el nivel de atención, puesto que los de alta tecnología, requeridos únicamente para la atención a los padecimientos más graves, estarían subutilizados en instalaciones donde dichos padecimientos son

³¹ AGUIRRE GAS Héctor G. Op.Cit. 58 pp.

³² AGUIRRE GAS Héctor G. Op.Cit. 58 pp

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

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

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

d. **Principios Éticos Vigentes** incluyen como elementos fundamentales: “primero, no hacer daño” y la preservación de la vida; enseguida: equidad en el otorgamiento de los servicios ofreciendo a cada paciente la atención que su padecimiento requiera, independientemente de su nivel socioeconómico, credo, religioso, procedencia rural o urbana, tipo de padecimiento, presupuesto disponible, costo de operación, etc., con humanismo, privacidad y trato individualizado; respeto al secreto profesional, ofreciendo el máximo beneficio con mínimo riesgo durante su atención con el consentimiento informado indispensable para realizar estudios y tratamiento, así como para participar en proyectos de investigación, y respeto a sus principios morales y religiosos.³³

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

4.1.1. Satisfacción del cliente (usuario)

La **orientación al cliente**, representa uno de los aspectos más importantes para lograr el éxito del programa. El cliente debe saber que va a recibir y cómo lo va a recibir. Pero además es importante que el cliente espere el producto o servicio con positividad y motivación suficiente.

³³ AGUIRRE GAS Héctor G. Op.Cit. 59 pp

Kart Albrecht, señalaba unas sencillas **estrategias de manejo del cliente**, perfectamente aplicables a cualquier tipo de servicio:

- Obsequie al cliente una sonrisa sana y natural.
- Llámelo por su nombre o de alguna manera que lo dignifique.
- Escuche con atención o interés lo que dice.
- Haga que se sienta importante.
- Contéstele en función de lo que le interesa.
- Muéstrelle un sincero deseo de ayudarlo
- Manifiéstele un honesto y sincero aprecio.³⁴

A. Cliente Externo

a. La satisfacción de las necesidades de salud del paciente

Lleva implícito, el requerimiento de resolver el problema que su enfermedad representa para el, de establecer un diagnóstico (de probabilidad o certeza), determinar el objetivo de la atención y de acuerdo con el, plantear un programa de estudio y tratamiento y proponer un pronóstico. Es indispensable que el paciente y en su caso, sus familiares estén enterados tanto de su diagnóstico, como del programa de estudio y tratamiento, y especialmente del pronóstico a través del cuál se les podrá informar si se le puede ofrecer al paciente la curación de su enfermedad, su control, su mejoría o únicamente un manejo paliativo, a fin de que en el momento de presentar los resultados de la atención otorgada, no existan sorpresas desagradables por incongruencia de las expectativas con la realidad, con las consiguientes inconformidades, quejas y demandas. Es muy importante mantener comunicación constante con el paciente y familiares, para hacerles saber las modificaciones que ocurran en el diagnóstico y en el pronóstico, como consecuencia de los estudios realizados o el tratamiento empleado. Es necesario hacer énfasis en el hecho de que debe existir congruencia entre los datos clínicos y el diagnóstico, entre el diagnóstico, el pronóstico y el objetivo de la atención, y entre todos ellos con los resultados obtenidos, para lo cuál deberán hacerse constantemente los ajustes y cambios necesarios, a través de una relación médico paciente estrecha.³⁵

b. A nivel de Salud Pública

la satisfacción de necesidades de salud de la población, implica disminuir el nivel de morbilidad y de algunos padecimientos en particular; control de las enfermedades prevenibles como la incidencia de caries y enfermedad periodontal que representan el mayor índice de

³⁴ MALAGÓN LONDOÑO Gustavo, GALÁN MORERA Ricardo, PONTÓN LAVERDE Gabriel, Garantía de Calidad en salud., Colombia 1999, 1ª. Edición 1999, 1ª. Reimpresión 2001, Editorial médica Panamericana, 28, 29 pp.

³⁵ SECRETARÍA DE SALUD. Grupo Basico Interinstitucional de Evaluación Cuadro Basico de Indicadores para la evaluación de la Salud. México, 1990, 27 pp.

padecimientos tratados en la consulta odontológica; detección oportuna de las crónico-degenerativas y en especial de las neoplasias; disminuir secuelas, complicaciones y discapacidades y aumentar la calidad de vida de los individuos.³⁶

c. Satisfacción de las expectativas del usuario

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

Las principales expectativas que ha sido posible identificar son las siguientes

Accesibilidad de los servicios

En la medida que los servicios existentes estén disponibles para satisfacer la demanda de los usuarios, dicha disponibilidad puede estar limitada por múltiples factores como: distancia excesiva entre el domicilio del usuario y la unidad de atención médico-dental; la carencia, insuficiencia o alto costo de los transportes; factores culturales e inclusive limitantes a la accesibilidad a los servicios por la vigencia de trámites burocráticos cuya realización en ocasiones es lenta y torpe.

Oportunidad en la atención

Determinada tanto por la gravedad real o sentida del padecimiento, como por el nivel de angustia del paciente o sus familiares debiendo ser otorgada en el momento que médicamente se requiere.

Trato personalizado y amable

A través de la atención individualizada a cada paciente y sus familiares, de manera que puedan identificar con certeza a quién acudir y que conozcan el nombre de su médico tratante; de igual manera el personal que participa en el servicio, debe reconocer en forma personalizada a cada paciente; no como un número de ficha, ni siquiera hablándole de “tú” por ser su primer nombre, sino en la forma que a cada paciente le agrada ser llamado: “Nachito”, “Don Luís”, “Sra. Pérez”, “Lic. Juárez”, etc.

Una de las principales manifestaciones de insatisfacción de los usuarios es el hecho de no saber quién es su odontólogo tratante, pues este no hace acto de presencia o bien son doctores diferentes los que lo atienden en cada consulta, de forma que no hay una “cabeza” a la cuál dirigirse, especialmente cuando la información se emite por diferentes vías y además ésta es discordante.

³⁶ KATZ Simon, McDONALD James L Op. Cit. 22, 64,108

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

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

La solución del problema de salud

Que motivo la atención en congruencia con el objetivo a lograr.

Comodidad durante el proceso

Incluyendo la climatización, control de ruido, iluminación adecuada, ausencia de malos olores y de fauna nociva.

B. Cliente Interno

a. Satisfacción de las expectativas del prestador de servicios

No puede pretenderse que el personal insatisfecho en el desempeño de sus actividades cotidianas, esté dispuesto a desempeñarlas con calidad y eficiencia; por el contrario, la insatisfacción en el desarrollo del trabajo diario da lugar a desmotivación, ineficiencia y conflictos laborales frecuentes.

A través de encuestas realizadas con el personal se ha podido identificar los **principales motivos de satisfacción de los prestadores de servicios**³⁷

Disponibilidad de áreas físicas, mobiliario, equipo, instrumental e insumos suficientes para la realización del trabajo con calidad

Si partimos de la base de que la realización del trabajo cotidiano con calidad, es una necesidad inherente a los individuos, debe considerarse la necesidad de un equipamiento y suministro suficientes. Ha sido un hecho de observación cotidiana la demanda del personal, de contar con lo necesario para el mejor desempeño de sus actividades, antes que solicitudes de beneficios personales.

El reconocimiento por el trabajo realizado con calidad y eficiencia

Es uno de los factores fundamentales de motivación y satisfacción del personal; su ausencia genera efectos inversos. Con mucha frecuencia los directivos médicos omiten hacer reconocimientos al trabajo de sus colaboradores, por considerar que sus resultados corresponden a un aspecto inherente al desempeño de sus responsabilidades, perdiéndose

³⁷ INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO: Encuestas para medir la Calidad de la Atención en el ISSSTE México. Febrero Julio de 1988.p. 18-52

así la oportunidad de otorgar un estímulo al trabajo realizado con calidad y eficiencia y mejorar el nivel de motivación del personal.

Percepción salarial congruente con las características del trabajo desarrollado

Una de las principales circunstancias que han desestimulado la realización del trabajo cotidiano con calidad y eficiencia, radica en el hecho de que los contratos colectivos de trabajo estipulan percepciones uniformes para el personal de una misma categoría, independientemente de que el trabajo sea poco, mucho o suficiente, con calidad o sin ella; con o sin participación en actividades académicas o de investigación, etc., situación que conduce al trabajador a pensar que no es redituable hacer un esfuerzo adicional y que lleva al individuo que carece de motivación, a desarrollar únicamente el trabajo mínimo indispensable para conservar su empleo.

Opciones de superación

Como motivación para esforzarse en el desempeño de su trabajo con calidad y eficiencia, partiendo de la premisa de que las oportunidades de ascenso, se otorguen al personal distinguido por su desempeño con calidad y eficiencia (servicio civil de carrera).

Capacitación y desarrollo

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

Seguridad en el puesto

Como elemento de tranquilidad hacia el futuro, que permite al prestador de servicios realizar sus actividades con menor presión y por ende con mayor satisfacción. No obstante la sobreprotección contractual y sindical puede ser un incentivo negativo que incline al trabajador a desempeñarse con el esfuerzo mínimo indispensable, ante la seguridad de que no perderá su empleo.

b. Satisfacción de las expectativas de la Institución

La Institución que proporciona instalaciones y recursos para la prestación de la atención médica y emite las normas y políticas que regulan la prestación de los servicios, de acuerdo a estándares de calidad y eficiencia, espera que los recursos se utilicen de manera eficiente y que la atención se otorgue dentro de los estándares de calidad establecidos. Así, se pueden proponer las siguientes expectativas:

Otorgar atención médica conforme a las normas de calidad

Que los expertos de la institución, con participación de los responsables de las áreas operativas, han establecido para conducir la prestación de los servicios, dentro de los estándares de calidad y eficiencia esperados.

Administración eficiente de los recursos asignados

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

Ausencia de diferimientos para otorgar la atención

Cuya existencia va en detrimento de la oportunidad en la atención y deteriora la imagen institucional.

Ausencia de quejas

Por deficiencias en la calidad con que se otorga la atención dental.

Equidad en la prestación de los servicios

Que facilite otorgar atención dental a todos los derechohabientes usuarios, independientemente de su nivel socioeconómico, del tipo de padecimiento que se trate, de la disponibilidad presupuestal, etc.

Mejoría de nivel de salud de la población

Determinada por disminución de la morbilidad y valorada en función de la disminución de los índices de incidencia y prevalencia por padecimiento y por 100 usuarios; disminución en el consumo de medicamentos y en la frecuencia de atención dental; disminución de los padecimientos más frecuentes (caries y periodontitis/periodontosis), disminución de las alteraciones funcionales del aparato estomatognático, así como incremento de la calidad de vida.

Satisfacción de la demanda de atención

En la medida que se otorgue el 100% de las ATENCIONES que los usuarios hubieran solicitado, para satisfacer sus necesidades de salud.

Productividad

En la medida que se realicen las acciones propuestas y que se logre obtener el mayor rendimiento posible de los recursos disponibles.

4.2. ENFOQUE

Mediante el Sistema de Planeación Estratégica se implanta y evalúa la visión, misión, prioridades, objetivos, estrategias, indicadores de desempeño, indicadores de efectividad, indicadores de eficiencia, estudios de costo/beneficio, líneas de acción, programas y proyectos de innovación y tecnología de cada organización, incluyendo las aportaciones de todo el personal, clientes, ciudadanos y proveedores, enfocadas a mantener e incrementar el liderazgo en calidad y las estrategias de la Institución, así como la forma en que se conjuntan armónicamente los objetivos estratégicos, operativos, financieros, de calidad y de integridad y transparencia.³⁸

³⁸ MODELO DE CALIDAD INTRAGOB 45-47 pp.

Prevención a través de la planeación de las actividades

Los criterios del Premio Nacional de Calidad se fundamentan en 10 valores entre los cuáles figura la Calidad por diseño y prevención, es decir; ponen énfasis en el diseño con calidad y en la prevención de problemás mediante la elaboración de productos y servicios cuyos procesos sean igualmente de calidad. Esto puede repercutir en reducciones importantes de desperdicios, problemás y costos a lo largo del proceso. El diseño con calidad incluye la creación de procesos robustos, o sea, tolerantes a las fallas.³⁹

A. Planeación Estratégica

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

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

Identificar fortalezas y debilidades inherentes al proceso, tanto en los recursos físicos como en los procedimientos; la eficiencia y la satisfacción de usuarios, prestadores de servicios e institución, para impulsar el desarrollo de las fortalezas, determinar las causas de las debilidades y promover su corrección.

Identificar las oportunidades y las amenazas en el entorno del proceso para aprovechar las primeras y nulificar las segundas, permitiendo su desarrollo con calidad y eficiencia.

Someter a reingeniería los procesos cuyos resultados sean inferiores a los esperados, tanto los que representan un problema, como aquellos que, aún habiendo producido un resultado aceptable, puedan superarse en búsqueda de la excelencia.

B. Planeación de la calidad

Se identifica con la misma planeación estratégica de la empresa en la cuál los factores; visión, misión, formulación de estrategias, ingeniería de servicios, actividad de implementación, operación y orientación al cliente, son pilares básicos. (Ver fig. 2)

³⁹ Guajardo Gara Edmundo, Op. Cit. .131,135pp.



Fig. 2
Planeación de la Calidad.

Fuente: Análisis y Planeación de la Calidad ⁴⁰

La Visión

Defiende hacia donde deberá ir la organización en el futuro, desde una perspectiva global con respecto a los conceptos presentados en el estatuto de misión. No se debe esperar a que se presenten síntomas de que la misión es obsoleta.⁴¹ Resulta del estudio y consideraciones sobre pertinencia, oportunidad, ventajas, desventajas, localización, viabilidad, posibilidades del programa.

La Misión

Es el objetivo o meta del programa, alrededor del cual debe volcarse todo esfuerzo de planificación y programación.

La Formulación estratégica

Representa el conjunto de medidas o acciones que permiten el cumplimiento de la misión, dentro de las posibilidades y limitaciones de la empresa.

La Ingeniería de servicios

Es la disposición del recurso humano y facilidades materiales para el cumplimiento del plan. Es la distribución racionalizada de actividades que deben cubrir los diferentes cargos. Se apoya en el manual de normas y procedimientos y está de acuerdo con las estrategias trazadas.

Ejemplos de Visión

De la **Enfermería Militar** de Santa Lucía:

Convertirse en un Hospital Militar Regional, Líder en la atención de los usuarios ofreciendo un servicio de calidad con personal altamente calificado,

⁴⁰ JURAN, J.M. Y GRINA, F.M., Análisis y Planeación de la Calidad, 3ª ed., McGraw-Hill, México, 1995, 47p.

⁴¹ CANTÚ DELGADO Humberto, Op. Cit. 149 pp.

capaz de innovar y mejorar continuamente su liderazgo y su nivel de competencia, con un departamento de medicina militar que satisfaga las necesidades de salud del personal operativo del Ejército y Fuerza Aérea.

Del **Servicio de Odontología** de la Enfermería Militar de Santa Lucía

Ser un servicio líder, que ofrece atención dental a los usuarios, con un enfoque preventivo y un espíritu innovador en la calidad de los tratamientos y en la calidez de la atención, así como crear soluciones informáticas y tecnológicas para la clasificación del personal que integra las tripulaciones de vuelo en coordinación con el departamento de medicina militar.

Ejemplos de Misión

De la **Enfermería Militar** de Santa Lucía

Ofrecer a nuestros usuarios servicios de medicina preventiva, militar y asistencial, general y especializada, con calidez y sentido humano a través de procesos de gestión de calidad

Del **Servicio de Odontología** de la Enfermería Militar de Santa Lucía

Proporcionar a nuestros usuarios, atención dental de 1er nivel con eficacia y eficiencia, para prevenir, controlar y erradicar los padecimientos más frecuentes, empleando campañas de concientización hacia la prevención y contribuir con el Departamento de Medicina Militar en la atención y registro del personal que integra las tripulaciones de vuelo.

Política de calidad y Objetivos de calidad

Proporcionan un punto de referencia para dirigir la organización. El logro tiene un impacto positivo sobre:

La **calidad del producto**

Servicio de atención dental

La **eficacia operativa**

Cumplir con las metas establecidas

El **desempeño financiero**. (Eficiencia)

En cuanto al aprovechamiento adecuado de los recursos.

La **satisfacción y confianza de las partes interesadas**

Institución, prestador de servicios y usuarios.



Fig. 3
Ejemplo de Política de Calidad de la Enfermería Militar de Sta. Lucía

FUENTE: Manual de Calidad de la Enfermería de Santa Lucía

La Cadena de Valor

Es un valioso instrumento para realizar el análisis interno de la empresa y sus conexiones con el medio ambiente. Es un conjunto de eslabones que representan los diversos procesos que se llevan a cabo en una organización para proporcionar al consumidor un producto y un servicio de calidad. El último eslabón de la cadena es el consumidor quién es el que “jala” el resto de los procesos hacia la satisfacción de sus propias necesidades. El valor creado por la cadena es mayor que la suma de los valores creados individualmente (Rouland, 1995)⁴².

En la **Enfermería**, las actividades primarias (básicas), que están asociadas con los eslabones generales de la cadena son; Servicios Médicos, Enfermería y Medicina Militar. Las actividades de Apoyo que dan soporte a las primarias son; Mantenimiento, Higiene y Seguridad Industrial, Ayudantía, Administración, Enseñanza e investigación, Comités (Comité de Calidad y Subcomités Técnico Médico Hospitalarios) y Ambulancias Aéreas y Terrestres. Estas actividades están enfocadas a la satisfacción del usuario y de las operaciones militares, mediante una atención de Calidad en materia de Salud, con Eficacia y Eficiencia, como lo muestra la fig. 4.

⁴² CANTU DELGADO Humberto, Op. Cit.138-139 pp.

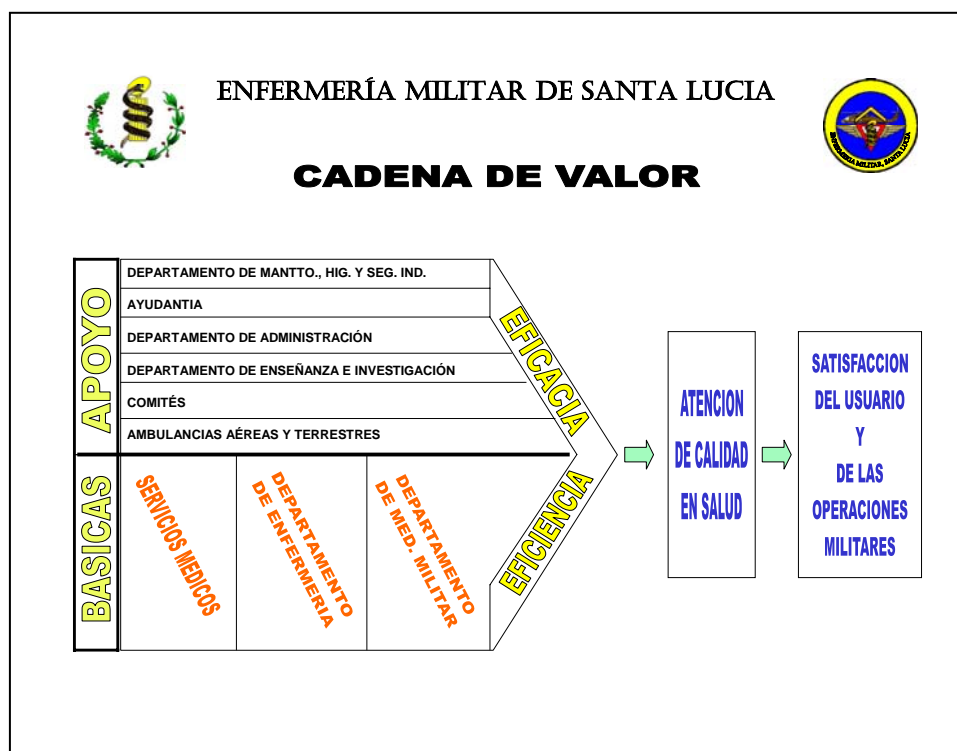


FIG. 4

Ejemplo de la Cadena de Valor de la Enfermería de Santa Lucía

FUENTE: Manual de Calidad de la Enfermería de Santa Lucía

C. Trabajo en Equipo

Se ha comprobado que una estrategia de gran éxito para el mejoramiento de la calidad es el trabajo en equipo: la participación de todos los empleados en la solución de problemás.

Sabemos que trabajar en equipo no es lo mismo que trabajar en grupo. El trabajo en equipo requiere del conocimiento de las habilidades y características de cada uno de sus integrantes, así como de la utilización de una metodología de trabajo y herramientas de solución de problemás. El beneficio de trabajar en equipo radica en la consecución de un resultado con el efecto de sinergia.

El efecto de **sinergia** se logra cuando los miembros de un equipo hacen uso de las mejores habilidades de cada uno y logran un resultado superior al mejor resultado individual.

Para la solución eficiente de los problemás de una organización, es importante tomar en cuenta los siguientes puntos:

- Los efectos de un problema se presentan normalmente en varios departamentos.
- Su análisis demanda una mezcla de habilidades y especialidades diferentes.

- Las decisiones y creencias deben ser respaldadas por hechos (de preferencia estadísticos) que aseguren su validez.
- Una solución definitiva y de raíz se obtendrá con apoyo y con la asignación de recursos y tiempo.
- La implementación de la solución debe afrontar la resistencia al cambio.
- El 85 por ciento de los problemas son responsabilidad de la administración.

Existen básicamente, dos tipos diferentes de equipos de trabajo:

Los **grupos naturales**:

Formados por personas de un mismo departamento que trabajan en la solución de problemas internos con poca influencia en otros departamentos.

Los equipos **interdepartamentales**:

Con la participación de funciones de diferentes departamentos o direcciones que reciben los efectos del problema o de su posible solución.

Al atacar los problemas con equipos **interdepartamentales**, se enriquecen las habilidades y conocimientos con que cuenta el grupo para resolver el problema. Además, se involucra, desde un principio, a departamentos cuya colaboración será necesaria en el momento de poner en práctica la solución. Los **círculos de calidad** son un tipo de equipos de trabajo, utilizado y difundido por los japoneses. Los círculos son formados por empleados que se reúnen para atacar los problemas de su área, generalmente mediante herramientas estadísticas conocidas como las Siete Herramientas Básicas de Calidad.⁴³

Comités Técnico Médico Hospitalarios

- Son grupos interdisciplinarios de profesionales de reconocida capacidad en materias específicas dentro del ámbito hospitalario, el número de sus miembros varía según la complejidad de la unidad.
- Son el eje sobre el que se deposita la gestión administrativa para el cuidado de la salud de la población a la que servimos.
- El funcionamiento de estos comités permite la detección de problemas y mediante consenso de sus integrantes, establece las medidas de corrección para mejorar la eficiencia y eficacia de la operación, así como la evaluación de los resultados alcanzados.
- Son órganos de asesoría para el logro de una mayor calidad técnica y una mejor atención médica integral en beneficio de la población usuaria
- Se convierte en un elemento fundamental de vigilancia del hospital, cuya misión es contribuir a mejorar el desarrollo de los servicios mediante acciones que favorezcan la operación.

Organización en México

- La integración y operación de los Comités Técnico Médicos Hospitalarios es una responsabilidad de la Secretaría de Salud del Estado, conferida al Director de cada hospital.

⁴³ GUAJARDO GARZA Edmundo, Op. Cit. 137, 138 pp.

- Es responsabilidad del Titular de los Servicios de Salud la prevención y control de enfermedades y vigilar a cabalidad la operación de los Comités Técnicos Médicos en todas las unidades hospitalarias del Sistema Estatal de Salud.
- El Nivel Estatal debe designar un Coordinador o Responsable de la Atención Hospitalaria dentro de su organización que concentre, analice y evalúe permanente y sistemáticamente, los informes recibidos de cada uno de los hospitales existentes en la entidad y que efectúe un seguimiento de los compromisos contraídos y de la corrección de los problemás reportados hasta su solución.

Disposiciones

- Ninguno de los Comités está autorizado a divulgar información relacionada con algún caso estudiado, excepto por disposición legal, ni dar a conocer a personas ajenas a la institución los nombres del personal que intervino.
- Su papel es estrictamente científico y confidencial.
- La organización y funcionamiento de los comités tiene carácter obligatorio y su operación puede adaptarse al grado de complejidad de la unidad.

Los Comités obligatorios en la red hospitalaria son 6

- Comité de Calidad de la Atención Médica
(Auditoría Médica, Evaluación del Expediente Clínico y Tejidos)
- Comité para la Detección y Control de Infecciones Intrahospitalarias
- Comité de Mortalidad Hospitalaria, Materna y Perinatal
- Comité de Seguridad y Atención Médica para Casos de Desastre
- Comité de Insumos
- Comité de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética⁴⁴

4.3. IMPLANTACIÓN

A. Planeación Operativa

La planeación operativa implica la implantación de planes y desarrollo de sistemás, arquitectura tecnológica y procesos formales, a través de los cuáles se llevan a efecto las acciones productivas para la calidad, productividad, innovación, competitividad, integridad, transparencia y comportamiento honesto mediante programás de trabajo que determinan metas y recursos.⁴⁵

La implementación

Representa el cumplimiento permanente de las normás para el logro de la misión, con el mejoramiento continuo en los procedimientos empleados.

⁴⁴ SECRETARÍA DE SALUD. Consejo de Salubridad General, Programa Nacional de Certificación de Hospitales, acuerdo del 25 de marzo de 1999. 23-25 pp.

⁴² MODELO DE CALIDAD INTRAGOB 45-47 pp.

La operación

Es la acción de conjunto de todos los medios al alcance para obtener la meta fijada. Es la misma ejecución del programa que significa disponer de los recursos humanos calificados, de los recursos físicos y facilidades de todo orden.

B. Los procesos y la variabilidad

El Proceso es la interrelación de los diferentes recursos, (humanos, físicos y económicos), con las actividades intermedias y finales de la atención en salud.⁴⁶

Proceso: Se define como “conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuáles transforman elementos de entrada (pacientes enfermos) en resultados (pacientes sanos)”. Si el término **proceso** se sustituye por su definición; **Producto** (servicio) se define entonces como resultado de un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuáles transforman entradas en salidas.⁴⁷

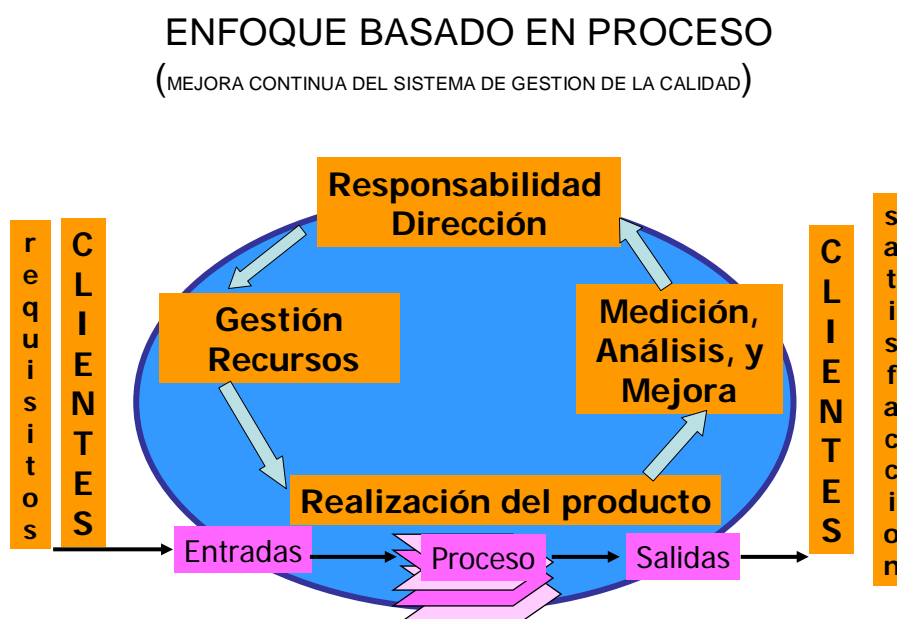


fig. 5
ENFOQUE BASADO EN PROCESO
FUENTE COPANT ISO 9001-2000 ⁴⁸

⁴⁶ MALAGÓN LONDOÑO Gustavo. Op. Cit. 38 pp.

⁴⁷ COPANT ISO 9000:2000 (NMX-CC-9000-IMNC-2000) Sistemás de Gestion de la Calidad Fundamentos y vocabulario. 16 pp.

⁴⁸ COPANT ISO 9001:2000 (NMX-CC-9001IMNC-2000) Sistemás de Gestion de Calidad Requisitos p.9

Para que una organización funcione de manera eficaz y eficiente, tiene que identificar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí. Una actividad que utiliza recursos, y que se gestiona con el fin de permitir la transformación de elementos de entrada (inputs) en resultados (outputs), se puede considerar como un proceso (ver fig.3). Frecuentemente el resultado de un proceso constituye directamente el elemento de entrada del siguiente proceso.

Enfoque basado en procesos. Es la aplicación de un **sistema de procesos** dentro de la organización, junto con la identificación e interacciones entre estos procesos, así como su gestión.

La alta dirección debe establecer una organización orientada al cliente:

- ✓ Mediante la definición de sistemas y procesos claramente comprensibles, gestionables y mejorables, en lo que a eficacia y eficiencia se refiere y:
- ✓ Asegurándose de una eficaz y eficiente operación y control de los procesos, así como de las medidas y datos utilizados para determinar el desempeño satisfactorio de la organización.⁴⁹

La variabilidad o variación

Es la causa de que se produzcan en un mismo lote productos defectuosos y no defectuosos, es decir salen mezclados. Porqué sucede esto? La causa es la variación en materiales, en las condiciones de las máquinas, en los métodos de trabajo, en las inspecciones, etc..

Las **características físicas de los trabajadores** y su habilidad también afectan a la variación de la calidad de los productos. Hay hombres altos y bajos, hábiles y menos hábiles, hombres fuertes y hombres débiles, personas diestras y zurdas. Todos los trabajadores podrán creer que están trabajando de la misma manera, pero hay diferencias personales. Aún el mismo individuo trabaja de manera diferente según como se sienta ese día particular y según sus condiciones de fatiga. A veces puede cometer un error por descuido.

En la **inspección**, pueden ocurrir variaciones de calidad aparentes. Si se usa un calibrador en la inspección, pueden causarse variaciones en los datos por un mal calibrador o por la forma de usarlo. En el caso de inspecciones sensoriales, como la inspección visual, la calidad parece variar si hay variación en el criterio del inspector. La variación en la inspección no se relaciona directamente con la calidad del producto, pero afecta al proceso de decidir si un producto es defectuoso o no lo es.

No existen los **productos exactamente iguales**, ya que un producto se considera no defectuoso si las características de calidad satisfacen cierto requisito, y defectuoso si no lo hacen. Por lo tanto, aún los productos no defectuosos tienen variaciones dentro del mismo requisito.⁵⁰

⁴⁹ COPANT ISO 9004-2000 (NMX-CC-9004-IMNC-2000) Sistemás de Gestión de Calidad Recomendaciones para la mejora del desempeño 9,13 pp.

⁵⁰ HITOSHI KUME Herramientas estadísticas 3-5 pp.

La **Variabilidad** puede detectarse en las diferentes etapas del ciclo de vida de los productos, incluso puede observarse cuando hay aparente estabilidad.

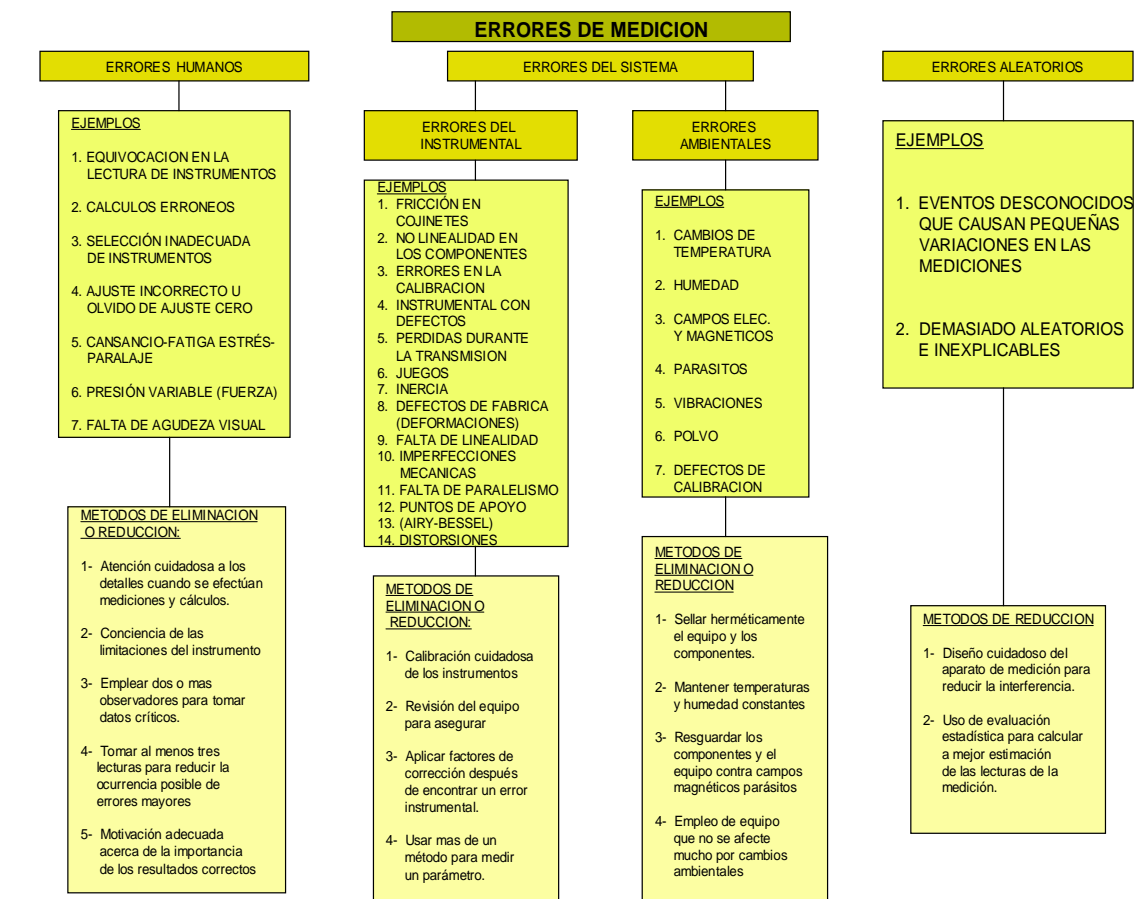


Fig. 6
ERRORES DE MEDICION

FUENTE: Diagrama Errores de Medición del Manual de Metrología

Papel de las técnicas estadísticas

- ✓ Ayudan a comprender la variabilidad, resolver problemás y mejorar la eficacia y eficiencia.
- ✓ Ayudan en la toma de decisiones.
- ✓ Ayudan a medir, describir, analizar, interpretar y hacer modelos de dicha variabilidad incluso con una cantidad limitada de datos.
- ✓ Ayudan a resolver incluso prevenir los problemás que derivan de la variabilidad.⁵¹

⁵¹COPANT ISO 9000:2000 (NMX-CC-9000-IMNC-2000) Sistemas de Gestión de la Calidad Fundamentos y vocabulario. 15 p.

C. Control del proceso

El proceso de encontrar las causas de los productos defectuosos (servicios médicos sin calidad) entre muchos factores se llama diagnóstico del proceso (diagnóstico situacional). Para reducir el número de productos defectuosos, la primera acción necesaria es hacer un diagnóstico correcto para ver la verdadera causa de los defectos. “En nuestro proceso hay tantas causas de productos defectuosos que es realmente imposible controlarlas”. Comentarios como este se escuchan con frecuencia en sitios donde los procesos están llenos de productos defectuosos. Todo proceso tiene muchas causas de variación de la calidad y ningún proceso tiene un número especialmente alto de esas causas. Hay una gran diferencia entre tener muchos “sospechosos” que puedan estar causando los defectos y realmente tener muchos “culpables” que de hecho estén causando los defectos.

¿Cómo hacer un diagnóstico correcto? Los métodos estadísticos proporcionan un medio eficaz para controlar la calidad de los procesos. Muchas empresas importantes usan activamente los métodos estadísticos dedicando más de 100 horas al año a educación interna sobre este tema.

Lo importante no es solamente el conocimiento de los métodos estadísticos como tales sino más bien la actitud mental hacia su utilización.⁵²

D. Evaluación del Proceso

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

- ✓ Oportunidad de la atención.
- ✓ Proceso de atención médica.
- ✓ Educación médica.
- ✓ Investigación médica.
- ✓ Satisfacción del prestador de servicios.

a. Oportunidad de la atención

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

La accesibilidad

Se refiere al grado de dificultad que tiene el usuario para establecer relación con los servicios que se otorgan en la unidad de salud donde requiere ser atendido. Esta determinada por la ubicación de la unidad médica, las vías de comunicación, los factores educativos, socioculturales y económicos de los usuarios y los trámites administrativos establecidos para hacer uso de los servicios.

⁵² HITOSHI KUME Herramientas estadísticas 5-7 pp.

El diferimiento

Se refiere a los días que debe esperar el usuario para recibir atención por cita programada en consulta externa de odontología, cirugía, servicios auxiliares de diagnóstico y de tratamiento, en relación con la fecha óptima en que debería otorgarse.

Tiempo de espera

Es el lapso que transcurre entre el momento en que el usuario solicita atención urgente o se presenta a su cita programada en la unidad de atención dental y el momento en que se le proporciona el servicio en consulta externa de odontología, urgencias, servicios auxiliares de diagnóstico y de tratamiento.

b. Proceso de atención médica

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

El análisis del expediente clínico incluye:

- Elaboración de los registros médicos y paramédicos conforme a las normas vigentes.
- Valoración inicial e integral del caso.
- Ejecución de acciones y procedimientos médicos que se requieran
- Establecimiento oportuno del diagnóstico.
- Elaboración y cumplimiento oportuno del programa de estudio y tratamiento.
- Información oportuna a los pacientes y a los familiares, del diagnóstico provisional y del definitivo, de los programas de estudio, del tratamiento y del pronóstico.
- Vigilancia de la evolución.
- Prevención, detección oportuna y/o atención correcta de las complicaciones.
- Prevención de secuelas y en caso necesario rehabilitación de las mismas.
- La continuidad de la atención incluye: referencia y contrarreferencia, coordinación y comunicación entre los diferentes servicios, especialidades, unidades médicas y niveles de atención.

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

c. Educación Médica

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

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

d. Investigación Médica

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

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

e. Satisfacción del prestador de servicios

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

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

E. Evaluación de los resultados

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

- ✓ Capacidad resolutive.
- ✓ Morbilidad.
- ✓ Mortalidad.
- ✓ Productividad y resultados de los programás.
- ✓ Satisfacción del usuario.
- ✓ Satisfacción de la institución.

a. Capacidad resolutive

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

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

b. Morbilidad

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

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

c. Mortalidad

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

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

La evaluación de la morbilidad y la mortalidad debe incluir el análisis de los factores sociales, ambientales, biológicos, económicos, y los relacionados con los servicios de salud que se integran en el diagnóstico de salud de un universo determinado.

d. Productividad y resultados de los programas

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

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

e. Satisfacción del usuario

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

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

Cuando no se logra la satisfacción del usuario, con frecuencia se presentan quejas que traducen su inconformidad e insatisfacción; se investiga si la queja es procedente o no, el personal o área involucrado y los motivos de la queja. Se pretende a través de la evaluación, prevenir las causas que les dieron origen.

f. Satisfacción de la Institución

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

4.4. SEGUIMIENTO

4.4.1. Evaluación

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

El análisis de esta definición hace necesario comentar algunos conceptos:

Análisis metodológico

El proceso de evaluación debe estar sustentado en un procedimiento formal, objetivo, sistemático y procesal previamente establecido, con conocimiento del mismo, por parte de los evaluadores y los evaluados.

Diagnóstico situacional

El punto de partida para mejorar la calidad de la atención médica es conocer las condiciones en que ésta se otorga

Determinación de las condiciones estructurales

Se refiere a las instalaciones, el equipo, el instrumental y el mobiliario, en cuanto a su suficiencia y estado funcional; alude al suministro de insumos con oportunidad, suficiencia y control de calidad, y a la dotación de personal conforme a plantillas autorizadas, cobertura de plazas y capacitación.

Las características del proceso

Incluyen la oportunidad en su otorgamiento, su congruencia con las normás, conocimientos médicos y principios éticos vigentes y el uso adecuado de la tecnología apropiada.

Los resultados esperados

Se refieren al logro del objetivo de la atención en materia de salud, con eficiencia y efectividad, que permitan satisfacer las expectativas de usuarios, prestadores de servicio e institución.

Los resultados esperados en materia de salud pueden ser considerados en varios niveles. Se proponen los siguientes cuatro:⁵³

⁵³ AGUIRRE GAS Héctor G. Op. Cit. 65-66 pp.

- ✓ **Curación**, cuando sea factible lograr una solución completa y permanente del problema de salud del paciente.
- ✓ **Control** de la enfermedad en los casos que no sea factible reservarla en forma completa y permanente y pueda ser resuelta en forma temporal.
- ✓ **Mejoría** del paciente cuando sus condiciones no permitan curarlo ni controlar su enfermedad, sino únicamente superar parcialmente sus condiciones generales o específicas.
- ✓ **Paliación** cuando la enfermedad por su naturaleza o gravedad, haya rebasado las opciones de tratamiento que permitan ofrecer cuando menos una mejoría, procurando proporcionar una calidad de vida más satisfactoria a través de disminuir las manifestaciones negativas de la enfermedad.

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

Desde el punto de vista de la Salud Pública los resultados esperados incluyen una mejoría continua en el nivel de salud de la población con disminución de la morbilidad y de los padecimientos que afectan el aparato estomatognático en general; asimismo, control de las enfermedades prevenibles por técnica de cepillado, uso del hilo dental, aplicaciones tópicas de fluoruro, menor número y mejor rehabilitación de los discapacitados y en general un mayor nivel de calidad de vida.⁵⁴

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

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

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

- ✓ **Logro:** Como resultado de la atención médica se alcanza o se supera el objetivo con oportunidad, calidad en los procedimientos y satisfacción de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la Institución (**Calificación: “excelente”**).
- ✓ **Problema:** En los casos en que no se alcance el objetivo de la atención médica, por falta de oportunidad en la atención, deficiencia en el

⁵⁴ Norma Oficial Mexicana -013-SSA2-1994 (modificación) Para la Prevención y control de las enfermedades bucales. 8-16 pp.

proceso, omisión del acto médico requerido o acto médico realizado en forma incorrecta, con daño para el paciente, para el prestador de servicios o para la Institución, (calificación: “insuficiente, no realizado o inadecuado”).

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

A. Tipos de Evaluación

Evaluación Programada

Se realizará de esta forma en cuanto a contenido y calendarización, a fin de que se lleve a cabo apegada a la metodología preestablecida y de que el evaluado este enterado de lo que se espera de él.

En virtud de que la evaluación no tiene un carácter punitivo, ni se pretende identificar culpables, no tiene porque ser sorpresiva. El conocimiento anticipado de la fecha y contenido de la evaluación, sobre entiende el riesgo de que el servicio, departamento o unidad dental, se preparen y “monten una escenografía” para el personal de evaluación, es decir, construyan una imagen que no corresponda a la realidad. Indudablemente que este riesgo existe, sin embargo debe tenerse en cuenta que tan solo para preparar una buena “escenografía” es necesario identificar y caracterizar los problemás, de tal manera que en el proceso de preparación de la escenografía, una buena parte del problema quedaría resuelta. De hecho en la mayoría de los casos el montaje de la “escenografía” es parte de la solución del problema.

Evaluación Permanente

Debe ser de esta forma, a través de visitas periódicas a las unidades o servicios, con la frecuencia establecida, con base en la normatividad de la Institución, con el propósito de dar continuidad al procedimiento y llevar a cabo el seguimiento de la mejora continua de los procesos ineficientes o de baja calidad, del avance en la solución de los problemás identificados, en el proceso y en los resultados de atención, hasta que queden resueltos, así como del otorgamiento de reconocimientos a quienes hubieran alcanzado el logro.

Evaluación participativa

Debe ser de esta forma involucrando al evaluador y el evaluado, con objeto de analizar las causas de los problemás captados, establecer un consenso, enterar de inmediato al evaluado, establecer los compromisos y dar la asesoría que se requiera. La razón principal para la participación del evaluado es que nadie conoce mejor un proceso que el responsable del mismo, por tanto es quién mejor puede identificar los problemás que lo afectan para su solución. Si a ello unimos la asesoría que el evaluador

puede otorgar, estaremos más cerca de identificar la mejor opción para resolverlo.

En algunas ocasiones el evaluador puede tener una percepción incorrecta de alguna situación, considerándola como problema; en esta circunstancia las aportaciones del evaluado pueden aclarar la situación vigente y evitar que se considere como problema; con ello el evaluador habrá adquirido un conocimiento adicional para enriquecer su experiencia en el área.

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

Evaluación objetiva

Debe ser así, evitando introducir prejuicios o consignas en pro o en contra del evaluado, de manera que resten confiabilidad y aceptación al procedimiento.

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

Autoevaluación

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

B. Universo de Aplicación

El universo de aplicación de la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica incluye las Unidades Odontológicas que conforman el Sistema Nacional de Salud a nivel Nacional, Regional, Zonal y local, tanto del Ejército como de la Fuerza Aérea Mexicanos.

C. Tiempo de Aplicación

La evaluación debe ser un proceso de desarrollo permanente, que con apego a un programa de aplicación sistemática y una secuencia establecida, se lleva a cabo en cada una de las unidades Odontológicas del sistema, con una periodicidad determinada, por necesidades específicas de cada sistema de salud.

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

- ✓ **Mensual** En las unidades de atención dental y en el nivel local o zonal.
- ✓ **Cuatrimestral** En el nivel Regional.
- ✓ **Anual** En el nivel Institucional y Nacional.

D. Normatividad

La normatividad a nivel Sistema Nacional de Salud es responsabilidad de la Secretaría de Salud, en su carácter de Institución coordinadora del Sector Salud, a través de la emisión de la Norma Oficial Mexicana correspondiente y de la determinación de criterios generales para la evaluación de la calidad de la atención médica, con la participación de las Instituciones que lo integran. La aplicación de la metodología para la evaluación de la calidad de la atención dental, se llevará a cabo en forma congruente con las normas y reglamentos vigentes en nuestra Institución.

E. Responsabilidad de la Aplicación

Los jefes de departamento o servicios clínicos

Deben realizar la autoevaluación de su área de responsabilidad para conocer la calidad con que se atiende a los usuarios.

Autoevaluación

De la calidad de la atención en los servicios clínicos dentales. Estará a cargo de la Unidad de Calidad de la Atención Médica o del Comité correspondiente.

La organización y funcionamiento de la Unidad de Calidad de la Atención Médica-Odontológica deberá estar sujeta a un reglamento que defina sus características de integración, método de trabajo, estrategias de evaluación y aplicación de acuerdos.

A nivel Regional

La evaluación de la calidad de la atención es responsabilidad de la Jefatura Regional del Servicio de Sanidad, mediante la verificación de la ejecución de la autoevaluación de la calidad de la atención, por parte de las unidades médicas y validar por muestreo sus resultados.

A nivel Institucional

Se realizará la evaluación de la calidad de la atención médico-odontológica por la Dirección General de Sanidad, de acuerdo con las disposiciones y reglamentos vigentes de la Secretaría de la Defensa Nacional y por las estructuras centrales normativas (Constitución Política, Secretaría de Salud, ISSFAM, etc.).

F. Responsabilidad del manejo de resultados

En el servicio o departamento clínico

Por el jefe correspondiente, quién reportara al director de la unidad.

A nivel de la Unidad médica

El director como responsable de la misma y de la Unidad de Calidad de la Atención Médica quién reportará al nivel Regional.

A nivel Regional

Por la Jefatura Regional del Servicio de Sanidad, con reporte al nivel institucional, central o nacional.

A nivel Institucional o Nacional

Por la Dirección General de Sanidad y por las Instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud.

G. Monitoría

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

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

4.4.2. Evaluación de la calidad de la atención médica**A. Introducción**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B. Antecedentes

Como requisito indispensable para estar en condiciones de evaluar la atención médica, es necesario repetir el concepto de “CALIDAD DE LA ATENCIÓN” Sobre el cuál vamos a realizar:

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

Como elemento complementario debemos considerar el concepto de “OBJETIVO DE LA ATENCIÓN”. En el proceso de la atención, después de haber realizado el interrogatorio y la exploración del paciente, se establece un diagnóstico de probabilidad o certeza y un programa de estudio o tratamiento, dirigido al logro de un objetivo médico determinado y un pronóstico. El objetivo de la atención puede ser muy variado, a saber: corregir un problema de maloclusión de origen dental o en casos más severos de origen esquelético en el que requieren Ortodoncia y/o Cirugía por prognatismo (clase III) o por Hiperplasia del Maxilar Superior (clase II), paliar un dolor por alguna pericoronitis o pulpitis aguda en un diente vital, etc., conforme a la retroalimentación determinada por los resultados del programa de estudio y/o la respuesta al programa de tratamiento, este objetivo puede ser modificado.

C. Metodología

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

“EXCELENTE”

El logro del objetivo de la atención médica y de la satisfacción del paciente, del prestador de servicios y de la institución como resultado de una atención oportuna y un proceso de atención correctamente realizado, en un ambiente confortable, con trato personalizado y amable, con una comunicación abierta con el paciente, que conduzcan a su satisfacción plena por los servicios recibidos, permitirán el logro del objetivo con una calificación de: **“Excelente”**

“SUFICIENTE”

Logro del objetivo de la atención médica, como consecuencia de la integración de dos elementos esenciales:

- Un proceso de atención realizado conforme a las normas institucionales y conocimientos médicos vigentes y uso adecuado de la tecnología apropiada, congruente con la complejidad del problema de salud y el nivel de atención.

- La oportuna realización del proceso de atención que permita conseguir la solución integral del problema, el máximo factible de mejoría y la ausencia de secuelas o complicaciones, sobre la premisa de un proceso bien llevado a cabo.

La conjunción de la oportunidad y un proceso de atención correctamente realizados, nos permitirá alcanzar un mínimo indispensable de calidad con una calificación de: **“Suficiente”**.

“INSUFICIENTE”

Logro incompleto o nulo del objetivo de la atención médica, como resultado de la combinación de fallas que impidan un mínimo indispensable de calidad:

- El proceso de atención fué otorgado en forma incorrecta por desconocimiento o aplicación deficiente de normás y conocimientos vigentes de la medicina, carencia o utilización inadecuada de la tecnología requerida para la atención del problema de salud.
- Realización correcta del proceso, pero fué fuera del momento oportuno para llevarlo a cabo, con logro parcial del objetivo.

La presencia de una de estas situaciones nos llevaría a un logro de objetivo con calificación de: **“Insuficiente”**.

“NO REALIZADO”

La omisión en el otorgamiento de la atención médica por carencia absoluta de oportunidad o por no haberse llevado a cabo el proceso de la atención por diversas causas, conduce a la asignación de una calificación de **“No Realizado”**

“INADECUADO”

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

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

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

E EXCELENTE
S SUFICIENTE
I INSUFICIENTE
N NO REALIZADO
I INADECUADO

Aún cuando el sistema E.S.I.N.I. fué diseñado originalmente para evaluar el proceso de calidad de la atención médica, es aplicable también a la evaluación de: estructura, resultados, satisfacción del usuario, de la educación y de la investigación.

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

| EXCELENTE | SUFICIENTE | INSUFICIENTE | NO REALIZADO | INADECUADO | TOTAL |
|-----------|------------|--------------|--------------|------------|-------|
| 25 | 100 | 50 | 20 | 5 | 200 |
| 12.5% | 50% | 25% | 10% | 2.5% | 100% |

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

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

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

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

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

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

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

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

D. Evaluación de la calidad de la atención

a. Recursos físicos

Ubicación y accesibilidad

Tomar en cuenta todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal y evaluar las facilidades disponibles para acudir a recibir atención o para realizar las actividades que se desarrollan en esas áreas, desde el punto de vista del paciente y el trabajador.

Amplitud, iluminación, ventilación y temperatura

Tomar en cuenta todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal y evaluar la comodidad existente para recibir atención o realizar las actividades que desarrollan en esas áreas, con referencia a los factores ambientales señalados, desde el punto de vista del paciente y del trabajador.

Sistemás de comunicación y localización

Considerar todas las áreas donde se otorguen servicios y evaluar la señalización existente, la intercomunicación de central de enfermeras a unidad del paciente, teléfonos públicos, líneas telefónicas directas y extensiones en las áreas que así lo requieran.

Distribución y delimitación de las áreas

Tomar en cuenta todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal y evaluar las facilidades disponibles para realizar las actividades que desarrollan en esas áreas, en cuanto a diseño arquitectónico y organización funcional, desde el punto de vista del paciente y del trabajador.

Dotación de mobiliario, equipo e instrumental

Analizar a la disponibilidad de recursos en todas las áreas donde labore personal del departamento o del servicio y evaluar su suficiencia y

utilización racional, en relación a las actividades que se desarrollan en cada una de ellas.

Disponibilidad de los recursos de seguridad

Considerar todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal y evaluar en relación a la posibilidad de garantizar la integridad física de pacientes, familiares y personal así como la seguridad de los bienes institucionales. Tener en cuenta: salidas y escaleras de emergencia, mangueras contra incendio, extinguidotes, barandales para las camas, sujetadores y personal de vigilancia.

Orden y aseo de las áreas

Verificar que en todas las áreas donde se otorguen servicios o labor personal, la planta física, el equipo, material, mobiliario e instrumental se encuentren en óptimas condiciones en relación a los puntos a evaluar, verificar el cumplimiento de la supervisión del aseo y las acciones continuadas en las áreas críticas.

Disponibilidad de áreas de guarda de medicamentos, equipo, material y ropa

Tomar en cuenta todas las áreas donde se otorgan servicios o labore personal y evaluar en relación a suficiencia, accesibilidad y seguridad de los espacios para la guarda de los recursos institucionales.

Acciones de mantenimiento preventivo

Verificar todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal, las condiciones de conservación de la planta física, equipo y mobiliario que se encuentren en ellas; verificar la existencia, conocimiento y cumplimiento de un programa de mantenimiento preventivo por escrito y en posesión de la jefatura del departamento o servicio.

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

b. Dotación de personal.

Considerar la suficiencia de personal en función de

Demanda de servicios, productividad e indicadores, analizar todas las áreas donde labore personal del departamento o del servicio, tomando en cuenta la plantilla autorizada en los diferentes turnos, el ausentismo y la cobertura de plazas.

Capacidad profesional y técnica del personal

Considerar a todos los miembros o categorías del departamento o del servicio y evaluar en relación a sus antecedentes curriculares, al desempeño de sus actividades en las esferas asistencial, de enseñanza y

de investigación, a la aplicación de sus conocimientos y habilidades, actitudes y aptitudes, en congruencia con las funciones a desarrollar.

Aprovechamiento de la jornada de trabajo

Evaluar en relación a puntualidad, cumplimiento de actividades asistenciales, de enseñanza e investigación y a la realización de funciones inherentes a la categoría específica que se evalúe con eficiencia.

c. Dotación de artículos de consumo

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

d. Organización

Existencia de diagnóstico situacional actualizado

Verificar el conocimiento formal (por escrito) que el responsable tiene de su área de responsabilidad, la participación del personal médico, paramédico, y administrativo en su integración. Verificar que la información sea integral, su orden y su actualización, así como su disponibilidad a nivel de Jefatura de Servicio, División, Jefatura de Enfermería, Trabajo Social, Nutrición y Dietética y Dirección de la unidad médica.

Determinación de objetivos en función del diagnóstico situacional

Tomar en cuenta la existencia de objetivos precisos y su congruencia con el diagnóstico situacional, con las características, las necesidades y problemás de la atención médica, con la morbilidad prevalente en las diferentes áreas y servicios, así como su congruencia con los objetivos de la unidad y con las normas, políticas y programás institucionales.

Planeación del trabajo con base a los objetivos

Evaluar con base a la existencia de: Manual de Organización del Servicio o Área, Programa de Trabajo y los Manuales de Procedimientos que se requieran, tomando en cuenta su congruencia con los objetivos propuestos y su congruencia con los lineamientos jurídicos, normativos y laborales del instituto. Verificar su difusión, conocimiento por el personal de todas las áreas y su accesibilidad para consulta.

Los servicios clínicos deben contar además con los criterios Diagnóstico Terapéuticos establecidos por escrito elaborado en el propio servicio y en relación, cuando menos, con sus diez principales causas de morbilidad y mortalidad. En el Departamento de Nutrición y Dietética se debe contar con un Manual de Dietas específico para la unidad.

Existencia y funcionamiento del comité de evaluación de la calidad y eficiencia

Verificar la existencia y cumplimiento de funciones y actividades del Comité conforme a la norma vigente, especialmente, su impacto como instrumento para la mejora continua de la calidad y eficiencia de la atención médica.

Existencia y funcionamiento de los subcomités médicos

Evaluar en relación a los instructivos vigentes y a los resultados obtenidos en cada Subcomité, en especial en cuanto a su impacto a nivel operativo en la solución de problemás que deterioran la calidad de la atención.

Realización programada de procedimientos de evaluación

Verificar que exista un programa de evaluación y su cumplimiento a través del registro de los procesos de evaluación realizados en el departamento o servicio por el responsable del mismo y sus colaboradores, conforme a la aplicación de los instructivos vigentes y de acuerdo a las políticas normadas.

Registro de problemás y alternativas de solución

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

Seguimiento de problemás

Verificar con la periodicidad que se decida los avances y el cumplimiento del compromiso de solución establecido a través de la realización de las acciones dirigidas a resolverlo.

Solución de problemás

Verificar con la periodicidad que se determine el cumplimiento de los compromisos establecidos para la solución de problemás y registrar el número de los resueltos en relación al total de problemás y descargarlos del archivo de problemás pendientes.

e. Proceso de la atención**Congruencia del envío con el nivel de atención y con la regionalización vigentes**

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

Disponibilidad de los servicios

Tomar en cuenta todas las áreas donde se otorguen servicios o labore el personal y verificar la ubicación y funcionalidad de: escaleras, rampas y

facilidades para minusválidos, elevadores, tomás de oxígeno y de aspiración, baños y timbres, etc. Constatar la fluidez de los trámites médico-administrativos para obtener un servicio; analizar la existencia de diferimiento y otros problemás que dificulten la atención médica con oportunidad o la realización del trabajo por los prestadores de servicios, teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes y del personal.

Oportunidad en la atención

Verificar todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal y evaluar la disponibilidad de los recursos y si el conjunto de acciones que se deben realizar para satisfacer necesidades del paciente, se llevan a cabo en el momento que se requieren.

En las áreas clínicas, tomar en cuenta además, la oportunidad con que el derechohabiente solicitó la atención y la oportunidad con que fué enviado por la unidad remitente.

En Trabajo Social, verificar que se haya cumplido con la visita de esta profesional, al total de los pacientes, al siguiente día hábil posterior a su ingreso.

Amabilidad en el trato al derechohabiente

Verificar si el personal de salud y el administrativo se comporta en forma atenta y afectuosa en su relación con derechohabientes y público.

Información al paciente sobre el uso adecuado de los servicios

Verificar que el personal de salud oriente oportuna y suficiente a pacientes y familiares, acerca de los servicios con que cuenta la institución, su disponibilidad y su ubicación.

Respeto a la privacidad y al trato individualizado

Tomar en cuenta todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal, que en los casos en que se requiera exista respeto al pudor del paciente, así como aislamiento visual y auditivo entre éste y el resto de los enfermos, familiares o incluso personal. Verificar si el paciente es llamado con respeto por su nombre o apellido, así como que exista un médico tratante y el paciente lo conozca.

Identificación y medidas de seguridad al paciente

Verificar todas las áreas donde se otorguen servicios o labore personal y evaluar la existencia indispensable de pulseras de identificación, tarjetas de identificación en la cabecera de las camás y en las charolas e alimentos, así como la correcta elaboración de los registros administrativos. Evaluar la seguridad en función de los registros administrativos. Evaluar la seguridad en función de cumplimiento de procedimientos generales y específicos del servicio, que garanticen la integridad del paciente, tales como: disponibilidad de áreas físicas, equipos, instrumental, material y personal adecuado para proporcionarla: barandales, sujetadores, pieceras, salidas de emergencia, extinguidores,

mangueras contra incendios, áreas de seguridad, control de accesos, vigilancia, programás para evacuación en casos de siniestro, etc.

Relación del personal con el paciente y familiares

Tomar en cuenta todas las áreas donde labore personal del departamento o del servicio y evaluar la amabilidad, comunicación, apoyo, asesoría, orientación, etc., que el personal debe otorgar a paciente y familiares.

Cumplimiento de actividades y procedimientos para la atención médica, conforme a las normas vigentes

Evaluar en todas las áreas donde se otorguen servicios o personal:

- **Evaluación integral del caso desde el punto de vista biológico, psicológico, laboral y social:** Considerar que el paciente sea atendido en forma integral, independientemente de la especialidad a la que corresponda su patología principal, con la participación del personal que se requiera para abarcar sus esferas biológica, psicológica, laboral y social.
- **Establecimiento y congruencia del diagnóstico:** Verificar que en todas las áreas donde se otorgue atención médica, se establezca un diagnóstico de probabilidad o certeza y que este corresponda con los datos clínicos asentados, tal y como se describe en los siguientes capítulos.
- **Establecimiento y congruencia del programa de estudio y tratamiento:** Verificar que en todas las áreas donde se otorga atención médica, exista en cada caso un programa de estudio y tratamiento por escrito y su correspondencia con el diagnóstico de probabilidad o de certeza.
- **Cumplimiento del programa de estudio y tratamiento:** Evaluar en todas las áreas donde se otorga atención médico-dental, el cumplimiento de las acciones dirigidas a establecer o precisar el diagnóstico y otorgar el tratamiento que se requiera con oportunidad y conforme a la secuencia establecida. Verificar que se hayan realizado los ajustes correspondientes en relación a la evolución del paciente y a los resultados de laboratorio y gabinetes.
- **Uso adecuado de la tecnología apropiada:** Verificar que se utilicen métodos, técnicas, procedimientos, equipos e instrumentos disponibles que se requieran y que sean científicamente válidos, en forma racional, en la secuencia correcta, en forma pertinentes los fines para los que están destinados y a las condiciones particulares de cada paciente.
- **Establecimiento oportuno del diagnóstico definitivo:** Verificar a través del expediente clínico que como resultado del programa de estudio se haya establecido el diagnóstico definitivo con oportunidad.

- **Vigilancia oportuna de la evolución:** Tener en cuenta tanto al paciente externo como al hospitalizado y evaluar en función de la congruencia entre las citas otorgadas o visitas realizadas y las características de cada caso. Verificar la existencia de un seguimiento continuo de las modificaciones clínicas del paciente en cuanto a la patología principal y las agregadas, en relación a los resultados de laboratorio y gabinete, a la respuesta al tratamiento o a cambios no esperados, incluyendo las esferas biológica y psicológica.
- **Prevención, detección oportuna y manejo de complicaciones:** Evaluar en función de todas las acciones, generales y específicas, que deben realizarse en pacientes hospitalizados y ambulatorios para anticipar la posible presentación de complicaciones, detectarlas de inmediato cuando se presenten y tratarlas oportuna y correctamente. Tomar muy en cuenta las relacionadas con la prevención de infecciones hospitalarias, de escaras, de bronco aspiración y de caídas, así como las relacionadas con la esfera psicológica y nutricional.
- **Prevención de secuelas y rehabilitación en su caso:** Tomar en cuenta todas las áreas donde se otorgue atención médica y evaluar las acciones en las esferas biológica, psicológica y nutricional, las actividades destinadas a la prevención e identificación oportuna de secuelas como consecuencia del padecimiento o de las acciones realizadas con fines diagnósticos o terapéuticos y el inicio oportuno del proceso de rehabilitación.
- **Evaluación de disfunciones familiares relacionadas con el problema de salud del paciente:** Evaluar el deterioro del patrón de interacción psicosocial existente entre los miembros de la familia que afecta negativamente la interacción de los miembros del núcleo familiar, grado de deterioro existente, grado de desintegración y posibilidad de que la disfunción familiar afecte negativamente la evolución del padecimiento, así como las posibilidades de que se corrija.
- **Información oportuna al paciente y familiares:** Evaluar en relación a la continuidad y fluidez de la comunicación por parte del médico y del personal de los diferentes servicios, en función de normás y reglamentos hospitalarios en cuanto a: evolución del padecimiento, estado de salud, programa diagnóstico-terapéutico-educacional, procedimientos a efectuar, resultados de los estudios, procedimientos y cirugía realizadas, programás institucionales, aprovechamiento de los servicios, prescripción dietética y preacta.
- **Elaboración de registros conforme a las normás establecidas para la integración del expediente clínico y formás institucionales:** Tomar en cuenta todas las áreas donde se otorgue atención médica y verificar que los registros en el expediente clínico y formatos institucionales se hayan realizado conforme a las normás vigentes.

- **Integración del paciente y familiares a grupos de autoayuda y educación para la salud:** Verificar la participación de los diversos programas institucionales, grupos de autoayuda, de educación o de capacitación para el mejor manejo de su padecimiento, propios de la unidad y el mejor aprovechamiento de los servicios que otorga la institución.
- **Discusión de casos problema con el jefe inmediato superior:** Tomar en cuenta la periodicidad, formalidad y registro de los expedientes clínicos, acerca de la realización de reuniones del personal de las diferentes áreas o servicios con su jefe inmediato (Jefe de Departamento clínico, Enfermera Jefe de Piso, Subjefe de Enfermeras, Subjefe de Trabajo Social, Coordinadora de Asistentes Médicas y Jefe de Nutrición y Dietética), para analizar, discutir y proponer soluciones en aquellos casos que por sus características o las dificultades que presenten así lo justifiquen. Evaluar en función del análisis, discusión y propuestas generales en las reuniones entre médicos con el jefe de departamento clínico, o con los especialistas, entre enfermera, nutricionista, trabajadora social o asistente médica con los médicos tratantes, en relación a los casos que así lo ameriten.
- **Notificación de problemás de control de calidad:** Verificar en las áreas donde se otorga atención médica o labore personal y evaluar en relación a las comunicaciones al área de control de calidad acerca de los problemás con equipo, instrumental, ropa, material de consumo, medicamentos que no satisfagan las expectativas del personal de salud o de los usuarios, etc., conforme a la norma vigente.

Coordinación entre las áreas que intervienen en el manejo del paciente:

Tomar en cuenta todas las áreas donde se otorga atención médica y evaluar en función de la participación organizada de cada uno de los componentes del equipo de salud, del cumplimiento de las acciones que corresponden a cada uno de ellos y su interacción durante el proceso de atención, de manera directa o indirecta con objeto de lograr resultados óptimos en cuanto a calidad, eficiencia y satisfacción de los pacientes y de los prestadores de servicio. Verificar cada uno de los procesos siguientes:

- Visita médica.
- Manejo de la prescripción.
- Informe de estado de salud.
- Asignación de cama.
- Programación de estudios.
- Programación quirúrgica.
- Manejo de pre-alta.
- Coordinación con dependencias de la institución, en donde se deberá otorgar la atención.
- Coordinación con instituciones del Sistema Nacional de Salud que se requiera.

- Concertación con instituciones del sector público, social y privado que se requiera.

f. Resultados de la atención

Oportunidad en el egreso: Verificar el cumplimiento de las actividades médico asistenciales y administrativas, de los procedimientos, diagnósticos y terapéuticos requeridos (biológicos, psicológicos y nutricionales), en el tiempo previsto, conforme al motivo del ingreso y objetivos a lograr con la atención médica.

Solución del problema que motivó la atención: Tomar en cuenta tanto las áreas de consulta externa, como de hospitalización y cirugía, evaluar en función de una atención integral y solución del problema que motivo la atención teniendo en cuenta el objetivo de la atención propuesta (curación, mejoría, control, etc.), desde el punto de vista médico, de enfermería, de trabajo social y de nutrición.

Ausencia de daño como consecuencia de la atención: Tomar en cuenta todas las áreas donde se otorgue atención médica y evaluar la existencia de problemás de salud producidos como consecuencia de la atención médica otorgada, de la atención de los aspectos sociales, laborales y nutricionales. Especial atención debe darse a las infecciones intrahospitalarias y a las reintervenciones quirúrgicas. Evaluar la existencia de posible daño a los prestadores de servicio y al patrimonio o los recursos institucionales.

Ausencia de secuelas: Tomar en cuenta todas las áreas donde se otorga atención médica y evaluar en función de la presencia de consecuencias de problemás de salud o de una atención otorgada correctamente, su diagnóstico y su rehabilitación, desde el punto de vista biológico, psicológico, social, laboral y nutricional.

Satisfacción por la atención recibida: Tomar en cuenta al paciente hospitalizado y al de consulta externa y evaluar el logro de sus expectativas, tanto desde el punto de vista cuálitativo como cuantitativo, a través de encuestas de opinión tanto en lo referente al proceso como a los resultados de la atención, tener en cuenta la disponibilidad, confiabilidad y periodicidad de su aplicación.

Atención y solución de quejas: Verificar que la atención de las quejas se realice conforme a las normás institucionales vigentes, con calidad y calidez dando solución el problema que suscitó la queja, en los casos que se justifique y la información que se requiera, cuando la queja fuere improcedente.

Prevención y solución de problemás sociales y laborales: Tomar en cuenta al paciente externo y al hospitalizado, evaluar en función de la posibilidad de prevenir los problemás que puedan derivarse de su

enfermedad, su tratamiento, la ausencia de su ambiente familiar y laboral y darles solución cuando proceda y sea factible.

Prescripción, incapacidad e instrucciones para continuar su manejo a domicilio: Tomar en cuenta al paciente externo y al hospitalizado y verificar el cumplimiento y participación de cada área, para cubrir las necesidades del paciente a su egreso: prescripción, recomendaciones higiénicas, manejo dieto terapéutico, incapacidades, citas, etc.

Información documental para el personal que continuará la atención, incluyendo problemás pendientes de resolver: Tomar en cuenta tanto el egreso de hospitalización como la baja en la esfera de su competencia, que permita garantizar continuidad de la atención en la unidad a donde se refiera, en base a una información completa y congruente.

Congruencia de la contrarreferencia con el nivel de atención y la regionalización vigente: Verificar que se cumplan los criterios clínicos y paraclínicos así como los procedimientos administrativos, para realizar la contrarreferencia con el nivel de atención adecuado y a la unidad médica que corresponda, conforme al estado actual del paciente y su padecimiento.

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

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

g. Ambiente organizacional y laboral

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

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

Participación del personal en el análisis y solución de problemás:

Evaluar en función del conocimiento que el personal de las diferentes áreas tiene de los problemás que afectan los procesos bajo su responsabilidad, de la función que le corresponde dentro de la organización y del grado de cumplimiento y eficiencia con que realiza sus actividades, su participación en la administración del departamento o servicio, así como sus aportaciones para mejorar el desempeño.

Uso adecuado de los recursos institucionales: Verificar que el personal haga uso responsable, racional y pertinente, en todas las ocasiones y circunstancias, de los recursos institucionales disponibles, para el fin a que están destinados y conforme a las normas e instructivos vigentes.

Reconocimiento por la labor desarrollada con calidad y eficiencia:

Evaluar en función de la existencia de procedimientos periódicos o continuos, formales o informales, públicos o privados, para otorgar reconocimientos por el desempeño con calidad y eficiencia hacia el personal que así lo merezca, tanto a nivel del servicio como de la unidad.

Ausencia de conflictos laborales: Evaluar en función de las relaciones existentes entre el personal de base y el de confianza en las diferentes áreas, así como el cumplimiento bilateral de los lineamientos asentados en el Contrato Colectivo y Reglamento Interior de Trabajo. Considerar favorablemente la integración y la participación del Sindicato en la solución de los problemás del servicio, departamento o de la unidad.

Satisfacción del prestador de servicios: Verificar el bienestar que experimentan los prestadores de servicios como resultados de su desempeño laboral y la congruencia que exista entre sus expectativas y las condiciones de su trabajo, salario, oportunidades de desarrollo, reconocimiento y seguridad que le brinda la institución en el desempeño de su trabajo, con base en la utilización de las encuestas de opinión correspondientes

4.5. Resultados

Medición

Introducción

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

Si tomamos en cuenta que no sólo es importante la calidad, sino también una administración racional de los recursos, los directivos médicos deben contar con los procedimientos y sistemas que les permitan conocer: los recursos disponibles, la correcta administración de dichos recursos, un proceso de atención realizado con eficiencia y resultados que deberán ser congruentes con los esperados.

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

Si consideramos que la **eficacia** se traduce en la realización de las actividades programadas; la **eficiencia** como el logro de una productividad óptima como consecuencia de una administración racional de los recursos y de los procesos y la **efectividad** como el logro de los resultados esperados, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, debemos enfocar nuestra atención a la evaluación tanto de los recursos, como de la eficacia, la eficiencia, la efectividad y la calidad con que se otorgan los servicios.

Con el propósito de uniformar los conceptos que se utilizaran en este apartado, es recomendable consultar las definiciones propuestas en conceptos básicos al inicio del presente capítulo.

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

Los marcos de referencia más utilizados en la actualidad son:

- **Eficacia:** Logro de una meta o indicador numérico pre-establecido.
- **Estándar:** Mantenerse dentro de los valores de un rango pre-determinado (estándar).
- **Evaluación sistemática:** Comparación con la media, promedio o rangos de variación de los subsistemas o sistemas donde está incluido.
- **Benchmarking:** Comparación de la unidad, con unidades médicas de características similares.
- **Tendencia:** Comparación de la unidad médica consigo misma a través del tiempo.
- **Auditoría:** Comparación con los preceptos normativos o legales vigentes.
- **Seguimiento:** Comparar el avance logrado con el esperado.
- **Control:** Comparar el resultado alcanzado con el comprometido.

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

- **Estructura**
 - ✓ Recursos
 - Físicos
 - Tecnológicos
 - Insumos
 - ✓ Personal.

- **Proceso**
 - ✓ Organización
 - ✓ Eficacia
 - ✓ Eficiencia
 - ✓ Calidad

- **Resultados**
 - ✓ Efectividad
 - ✓ Satisfacción
 - Usuarios
 - Prestadores de Servicios
 - Institución.

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

Objetivo

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

Políticas

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

Límites

Geográficos.

Servicios médicos y administrativos de las unidades, enfermerías, hospitales regionales, hospital central, Unidades médicas ambulatorias, junto con instituciones del Sistema Nacional de Salud.

De tiempo

Permanente, con periodicidad congruente con el nivel operativo.

- Mensual para las unidades y enfermerías.
- Cuatrimestral para el nivel Regional.
- Anual para el nivel Institucional y Nacional.

4.5.1. Principales Indicadores

Los sistemás para la planeación estratégica y la planeación operativa incluyen indicadores para la evaluación de su eficiencia, efectividad, así como del análisis costo/beneficio de los recursos empleados. Se establecen Programás de Trabajo para la difusión, la capacitación e implantación de los sistemás para la planeación estratégica y la planeación operativa.

La información derivada de los indicadores utilizados, se analiza para controlar y mejorar los procesos para la planeación estratégica y la planeación operativa a través de datos y gráficas que permitan analizar los niveles y tendencias de los resultados obtenidos. El sistema de evaluación de la planeación estratégica y la planeación operativa permite que los resultados sean comparados con organizaciones líderes regionales, nacionales y mundiales.

Población usuaria

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

A. Evaluación de la estructura

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

a. Indicadores de recursos

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

- Capacidad instalada
 - Consultorios
 - Camás censables
 - Salas de cirugía
 - Salas de cirugía
 - Salas de expulsión
 - Peines de laboratorio
 - Salas de radiodiagnóstico
- Conservación
- Abasto de insumos
- Presupuesto

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

➤ **Indicadores de capacidad instalada**

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

| | | |
|----------------------------|---------|------------------|
| <u>Recursos existentes</u> | X 100 = | % de suficiencia |
| Recursos necesarios | | de recursos |

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

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

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

Conforme a las siguientes fórmulas:

| | | | | |
|-----------------------------|---|-----------------------------|---|---------------------|
| Tiempo por Procedimiento | X | Número de procedimientos | = | Tiempo Necesario |
|-----------------------------|---|-----------------------------|---|---------------------|

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

| | | |
|--------------------------|---|---------------------|
| <u>Tiempo disponible</u> | = | Tiempo requerido |
| Tiempo necesario | | en exceso o déficit |

Cuando el tiempo en horas por día, semana o mes completa una unidad o una fracción superior al 0.5, del recurso de que se trate (consultorio,

sala de operaciones, etc.), se deberá incrementar la disponibilidad en el número de unidades del recurso, en una o más unidades.

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

➤ **Indicadores de conservación**

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

| | | |
|-----------------------------|---------|--------------|
| <u>Equipos en operación</u> | x 100 = | % de equipos |
| Total de equipos | | en operación |

O bien:

| | | |
|----------------------------------|---------|-------------------|
| <u>Equipos fuera de servicio</u> | x 100 = | % de equipos |
| Total de equipos | | fuera de servicio |

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

➤ **Indicadores de abasto de insumos**

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

| | | |
|------------------------------|---------|------------------|
| <u>Artículos solicitados</u> | x 100 = | % de requisición |
| Artículos necesarios | | de insumos |

| | | |
|---------------------------|---------|------------------|
| <u>Artículos surtidos</u> | x 100 = | % de surtimiento |
| Artículos solicitados | | |

| | | | |
|--------------------------|---------|--|------------------------------------|
| Artículos surtidos en la | | | |
| <u>Fecha programada</u> | x 100 = | | % de oportunidad en el surtimiento |
| Artículos solicitados | | | |

| | | | |
|---------------------------|---------|--|---------------------------------------|
| Artículos con | | | |
| <u>calidad deficiente</u> | x 100 = | | % de artículos con calidad deficiente |
| Artículos surtidos | | | |

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

➤ Indicadores para el análisis del presupuesto

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

✓ Con relación al año previo

| | | | | |
|-------------|---|----------------|---|-----------|
| Presupuesto | - | presupuesto | = | variación |
| solicitado | | del año previo | | absoluta |

| | | | |
|-------------------------------|---------|--|----------------|
| <u>Presupuesto solicitado</u> | x 100 = | | % de variación |
| Presupuesto del año previo | | | |

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

b. Indicadores de personal

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

| | | | |
|---------------------------|---------|--|------------------|
| <u>Personal existente</u> | x 100 = | | % de suficiencia |
| personal necesario | | | de personal |

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

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

Conforme a la siguiente fórmula:

| | | | | |
|----------------------|---|-----------------------|---|------------------|
| Tiempo por actividad | x | Número de actividades | = | Tiempo Necesario |
|----------------------|---|-----------------------|---|------------------|

Al relacionar el tiempo necesario con el disponible:

| | | | | |
|-------------------|---|------------------|---|--------------------------------------|
| Tiempo disponible | - | Tiempo necesario | = | Tiempo requerido En exceso o déficit |
|-------------------|---|------------------|---|--------------------------------------|

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

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

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

✓ Autorización de plazas.

| | | | | |
|---------------------------|---------|--|--|-------------------|
| <u>Plazas solicitadas</u> | | | | % de autorización |
| Plazas necesarias | x 100 = | | | de plazas. |

✓ Cobertura de plazas.

| | | | | |
|-------------------------|---------|--|--|----------------|
| <u>Plazas cubiertas</u> | | | | % de cobertura |
| Plazas autorizadas | x 100 = | | | de plazas. |

✓ Ausentismo (plazas descubiertas).

| | | | | |
|------------------------------|---------|--|--|-----------------|
| <u>Plazas con ausentismo</u> | | | | % de ausentismo |
| Plazas cubiertas | x 100 = | | | |

✓ Cobertura de ausentismo.

| | | | | |
|--|---------|--|--|------------------------------|
| Plazas con <u>ausentismo cubiertas</u> | | | | % de cobertura de ausentismo |
| Plazas con ausentismo | x 100 = | | | |

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

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

✓ Calidad del personal

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

Se considera como indicadores útiles:

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

Como ejemplo se propone la siguiente fórmula:

| | | |
|---|---------|---------------------------|
| $\frac{\text{Médicos certificados por el consejo de su especialidad}}{\text{Total de médicos}}$ | x 100 = | % de médicos certificados |
|---|---------|---------------------------|

Asignación de juicios de valor cuálitativo

Criterios para la evaluación de los recursos

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

EXCELENTE

Inmueble, equipo, mobiliario, instrumental y personal que permiten otorgar atención oportuna conforme a normás, conocimientos y tecnología vigentes; lograr el objetivo de la misma y la satisfacción de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la Institución.

SUFICIENTE

Inmueble, equipo, mobiliario, instrumental y personal, que permiten otorgar la atención y lograr el objetivo de la misma.

INSUFICIENTE

Inmueble, equipo, mobiliario, instrumental y personal, que permiten otorgar la atención, aún cuando no se alcanzó el logro del objetivo propuesto.

NO REALIZADO

Las instalaciones, equipos, mobiliarios, instrumental y personal disponible, no permiten otorgar la atención.

INADECUADO

Las instalaciones, equipo, mobiliario e instrumental, no permiten otorgar atención con calidad y generan problemás para la atención, gastos no justificados o representan riesgos para los usuarios o los prestadores de servicios.

c. Indicadores de la cobertura de servicios

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

Número de:

- Consultorios por mil usuarios.
- Camás por mil usuarios.
- Salas de cirugía por mil usuarios.
- Salas de expulsión por mil usuarios.
- Peines de laboratorio por mil usuarios.
- Salas de radiodiagnóstico por mil usuarios.
- Plazas ocupadas por mil usuarios.
- Presupuesto por mil usuarios.

Se toma como ejemplo el número de camás disponibles:

| |
|---|
| $\frac{\text{Número de usuarios}}{\text{Número de consultorios}} \times 1000 = \text{Número de consultorios por cada mil usuarios}$ |
|---|

Estándar

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

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

| | | |
|---|---|---------------------------|
| Número de <u>derechohabientes usuarios</u> | = | Derechohabientes usuarios |
| Número de médicos familiares | | por médico familiar |

Estándar

En el I.M.S.S. se maneja como estándar el de 2400 derechohabientes usuarios por cada médico familiar, si se le asignan más estará sobresaturado; si tiene menos, tendrá margen para recibir más.

B. Evaluación del proceso

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

a. Indicadores de demanda

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

Los indicadores de demanda más utilizados son:

- Consultas por 1000 usuarios.
- Egresos por 1000 usuarios.
- Cirugías por 1000 usuarios.
- Partos por 1000 usuarios.

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

| | | |
|--|----------|--------------|
| <u>Número de usuarios</u> | | acciones por |
| Acciones | x 1000 = | 1000 |
| (Consultas, cirugías, egresos, partos, etc.) | | usuarios |

Estándar: no existen estándares preestablecidos, estos se determinan en función del nivel de salud de la población, su accesibilidad a los servicios y de la eficiencia con que se administran los recursos disponibles. En los programas de inmunizaciones, acciones de planificación familiar y detección de enfermedades, la demanda está determinada por la magnitud de la población susceptible, que es necesario cubrir (cobertura).

b. Indicadores de eficacia

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

Servicios otorgados

Número de:

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

Se propone las siguientes fórmulas:

| | | |
|----------------------------|---------|------------------------|
| <u>Acciones realizadas</u> | | % |
| Acciones programadas | x 100 = | de logro de la meta |

| | | |
|--|---------|--------------------------------|
| <u>Acciones realizadas</u> | | % |
| Acciones realizadas en periodo previo | x 100 = | de aumento o disminución |

| | | |
|---|---------|------------------------|
| <u>Acciones realizadas</u> | | % |
| Acciones realizadas en eficacia servicio similar | x 100 = | de mayor o menor |

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

c. Indicadores para evaluar los programas operativos de salud

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

- Número de inmunizaciones
- Número de acciones de planificación familiar
- Número de cirugías ambulatorias
- Número de partos con puerperio de bajo riesgo
- Número de accidentes de trabajo
- Número de detecciones de enfermedades crónico-degenerativas

Los programas operativos de salud deben ser congruentes con el Programa Nacional de Salud vigente, los correspondientes a cada Institución, estado, delegación, jurisdicción sanitaria, zona o unidad médica y deberán ser sujetos a evaluación en función de la meta programada, el logro obtenido y el porcentaje del logro de la meta establecida. Si el programa lo requiere podría ser necesario un seguimiento de los logros en los cinco años previos. En algunos programas operativos de salud, como el control de enfermedades por vacunación, el control de la natalidad y la detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas, la meta puede estar dada por la cobertura de la población susceptible (población blanco).

Los principales indicadores son:

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

Los programas operativos de salud tendrán vigencia y por lo tanto serán sujetos de evaluación, conforme a las políticas nacionales, sectoriales o instituciones. En primer nivel de atención destacan: inmunizaciones, detecciones, planificación familiar, salud estomatológica, etc. y en hospitales: cirugía ambulatoria, puerperio de bajo riesgo, abatimiento de los diferimientos, de las infecciones intrahospitalarias, de las reintervenciones quirúrgicas, de las cesáreas injustificadas, etc.

Asignación de juicios de valor cuálitativo

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

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

| | |
|---------------------|--|
| EXCELENTE | Logro o superación de la meta establecida. |
| SUFICIENTE | Logro de 95 al 99% de la meta. |
| INSUFICIENTE | Logro inferior al 95% de la meta. |
| NO REALIZADO | No se llevo a cabo el programa |
| INADECUADO | Gastos para la operación del programa, sin el logro de metas que lo justifiquen. |

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

d. Indicadores de eficiencia

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

En cuanto a las acciones por recurso tenemos:

Número de:

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

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

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

$$\frac{\text{Número de días paciente}}{\text{Número de días-camás}} \times 100 = \% \text{ de ocupación de camás}$$

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

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

Número de:

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

Se propone la siguiente fórmula:

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

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

Número de:

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

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

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

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

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

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

| | | |
|---|---------|--|
| <u>Exámenes de laboratorio</u> egresos | x 100 = | Exámenes de laboratorio por 100 egresos |
|---|---------|--|

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

| | | |
|--|---|------------------------------|
| <u>Consultas otorgadas por el médico</u> Horas de consultas asignadas | = | Consultas por hora-médico |
|--|---|------------------------------|

Estándares.- No existen estándares uniformes en todos los rubros debiéndose establecer en función de las características particulares de cada servicio. Un estándar generalmente aceptado es el del 85% de ocupación promedio de un hospital, sin embargo ante los elevados costos de operación actuales, esta cifra podría representar una subutilización del recurso instalado. También se acepta como estándar el de cuatro consultas por hora médico, en la consulta de medicina familiar y tres consultas por hora médico en la consulta de especialidades, a nivel de medicina institucional. El promedio de días de estancia, la indicación de exámenes de laboratorio o estudios de radiodiagnóstico por 100 consultas o por 100 egresos, etc., dependerán de la complejidad de los pacientes que se atiende en cada tipo de hospital, por lo cuál los estándares deberán establecerse con referencia a unidades médicas, servicios o procesos similares (“benchmarking”), ya que son diferentes para segundo y tercer nivel, pediatría y oncología, etc.

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

Los principales costos unitarios sujetos a análisis son:

- Costo por consulta
- Costo por día-paciente
- Costo por cirugía
- Costo por examen de laboratorio

- Costo por estudio de radiodiagnóstico
- Costo por ración de alimentos

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

| | | |
|--|---|----------------|
| <u>Gasto de centro de costos</u> | | Costo unitario |
| Número de acciones realizadas en ese centro de costos | = | por acción |

Estándar

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

Asignación de juicios de valor cuálitativo

Criterios para la evaluación de la eficiencia

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

EXCELENTE

Prestación de servicios con calidad y logro o superación de las metas establecidas, con costo de operación inferior en un 5% o más de lo presupuesto.

SUFICIENTE

Prestación de los servicios con calidad y logro entre el 95 y 99% de la meta establecida y costos de operación equivalentes o hasta un 5% más de lo presupuesto

INSUFICIENTE

Prestación de servicios con calidad y logro de menos de un 95% de la meta establecida con costo de operación superior de un 5% a un 20% de lo presupuesto

NO REALIZADO

Prestación de servicios con calidad, con logro de menos del 80% de la meta, o con costos de operación superiores de un 20% a un 50% más de lo presupuesto

INADECUADO

Prestación de servicios con calidad con logros de menos 50% de la meta, o con costos superiores a un 50% de los presupuesto

C. Evaluación de los resultados

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

a. Indicadores de efectividad

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

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

En salud pública:

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

En consulta externa

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

En hospitalización

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

En cirugía

- Porcentaje de cirugías canceladas
- Porcentaje de defunciones por cirugía

En administración

- Ejercicio presupuestal

b. Evaluación de la morbilidad y mortalidad

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

El conocimiento de la tendencia que una determinada enfermedad presentada a través de los años, nos permitirá evaluar los resultados de los programas de salud que para tal efecto se hubieran puesto en operación.

La evaluación de la morbilidad y mortalidad se lleva a cabo a través de los siguientes conceptos:

- ✓ Principales diagnósticos de la demanda de atención en consulta externa de medicina general o familiar.
- ✓ Defunciones ocurridas en domicilio (certificación de defunción expedidos por médicos familiares).
- ✓ Principales diagnósticos de la demanda de atención en consulta externa de especialidades.
- ✓ Principales diagnósticos de atención de urgencia.
- ✓ Principales diagnósticos de atención estomatológica.
- ✓ Principales diagnósticos de egresos de hospitalización.
- ✓ Principales diagnósticos de las intervenciones quirúrgicas realizadas.
- ✓ Principales diagnósticos de defunción hospitalaria, incluyendo:
 - Proceso patológico principal o de base
 - Proceso patológico que motivo el ingreso
 - Proceso patológico que fué el directamente causante de la defunción
 - Otros procesos patológicos que contribuyeron a la defunción
- ✓ Principales diagnósticos de enfermedades transmisibles
- ✓ Casos de enfermedades prevenibles por vacunación

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

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

| | | |
|------------------------------|---------|-----------------------------|
| <u>Resultados obtenidos.</u> | x 100 = | % de logro del resultado |
| Resultados esperados | | |

Como ejemplos se puede proponer

| | | | |
|-------------------------------|---|----------------------------------|---|
| Casos nuevos de tétanos | - | Casos esperados de Tétanos | Casos de tétanos más o menos de los esperados |
|-------------------------------|---|----------------------------------|---|

| | | |
|--|----------------|------------------------------------|
| $\frac{\text{Casos nuevos de tétanos}}{\text{Casos esperados de tétanos}}$ | $\times 100 =$ | % de logro del impacto esperado |
|--|----------------|------------------------------------|

Estándar: En general sería deseable lograr un impacto en el cuál los resultados obtenidos fueran del 100% o superiores en relación a los esperados, así como que fuera factible abatir la morbilidad y la mortalidad hasta cero y que la totalidad e las altas de consulta externa y egresos hospitalarios fueran por curación. Sin embargo conforme a las tendencias observadas y las acciones realizadas, es razonable esperar determinado número de casos de morbilidad y mortalidad y algunos casos que no será posible curar, mejorar o controlar, por lo cuál se esperan resultados de magnitud variable, tratando de apegarse a la realidad planeada estratégicamente. Es bien sabido que en algunas enfermedades prevenibles por vacunación como poliomielitis, viruela, difteria y sarampión, el número de casos esperados (morbilidad) y por lo tanto de mortalidad, es de cero y cualquier desviación al respecto representaría un impacto negativo inaceptable.

➤ Evaluación de la morbilidad y mortalidad

Asignación de juicios de valor cuálitativo

Criterios para evaluación de la efectividad

EXCELENTE.- Descenso en las tendencias de la morbilidad o la mortalidad por debajo de las cifras esperadas como resultado de los programas operativos de salud.

SUFICIENTE.- Descenso en las tendencias de la morbilidad o la mortalidad como consecuencia de los programas operativos de salud, habiendo alcanzado las cifras esperadas.

INSUFICIENTE.- No se lograron las cifras esperadas en el descenso de las tendencias de morbilidad o mortalidad como consecuencia de los programas operativos de salud.

NO REALIZADO.- A pesar de los problemás de salud vigentes, no se llevaron a cabo programas operativos de salud que modificaran las tendencias de morbilidad o mortalidad.

INADECUADO.- La realización incorrecta de los programas operativos de salud o la falta de ellos dieron lugar a incremento en las tendencias de morbilidad y mortalidad.

Cabe hacer notar que los registros de morbilidad en enfermos crónicos se incrementan por la asistencia a consulta externa de enfermos bien controlados para su vigilancia periódica.

➤ Evaluación del ejercicio presupuestal

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

Asignación de juicios de valor cuálitativo

Criterios para la evaluación de la efectividad

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

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

c. Indicadores de calidad

Establecer indicadores numéricos de calidad es una tárea difícil por cierto. Existen autores como Vahe Kazanfjan (en conferencia presentada en 1999 en el seno de la Jornada Anual de Investigación Médica del IMSS realizada en Oaxtepec, Mor.), en el sentido de que la calidad no puede ser calificada con números. Inclusive se menciona que a un indicador numérico, debe agregársele un calificativo que denote si esa cifra es de calidad o no. Así la cifra del por ciento de mortalidad del 5% puede ser aceptable para un hospital general, pero sería excelente para un hospital de enfermos oncológicos o un hospital de traumatología y por supuesto sería inaceptable para un hospital de ginecoobstetricia.

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

- ✓ Tiempo de espera para recibir atención.
- ✓ diferimientos en consulta externa, hospitalización y cirugía.
- ✓ por ciento de satisfacción del usuario.
- ✓ por ciento de quejas procedentes
- ✓ subcomité de evaluación del Expediente Clínico.
 - Congruencia clínico diagnóstica
 - Congruencia diagnóstico-terapéutica
 - Por ciento de complicaciones quirúrgicas

- Por ciento de infecciones quirúrgicas
- Por ciento de cesáreas en relación a partos
- Por ciento de reintervenciones quirúrgicas
- Por ciento de reingresos
- Por ciento de secuelas
- Consultas prenatales por embarazo
- ✓ Subcomité de Tejidos
- ✓ Congruencia clínico patológica
- ✓ Congruencia quirúrgico patológica
- ✓ Tasas de morbilidad hospitalaria
- ✓ Por ciento de infecciones quirúrgicas
- ✓ Por ciento de complicaciones quirúrgicas
- ✓ Por ciento de defunciones posquirúrgicas
- ✓ Subcomité de Mortalidad
 - Tasas de mortalidad hospitalaria
 - Tasas de mortalidad hospitalaria ajustada
 - Defunciones inesperadas
 - Defunciones inexplicables
 - Defunciones injustificadas
- ✓ Subcomité de Infecciones
 - Tasa de infecciones intrahospitalarias
 - Por ciento de defunciones por infecciones intrahospitalarias

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

| | | |
|----------------------|---------|------------------|
| <u>Cifra lograda</u> | x 100 = | % de logro de la |
| Cifra esperada | | calidad esperada |

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

d. Indicadores de satisfacción del usuario

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

➤ **Encuestas de opinión**

Es importante usar una metodología para la aplicación y análisis de las encuestas de opinión, para evaluar la satisfacción de los usuarios en los diferentes rubros que la determinan, cómo son la oportunidad, la amabilidad, el proceso y los resultados de la atención, las relaciones con el personal, la información y la comodidad durante la atención, evaluándose el por ciento de

pacientes satisfechos o insatisfechos conforme los criterios establecidos, en cada uno de estos rubros. En lo referente a tiempos de espera para recibir atención y los diferimientos, se requerirá establecer parámetros numéricos, que deberán ser referidos a la cifra esperada y asignarles un juicio de valor cuálitativo.

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

➤ Análisis de quejas

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

Se propone las siguientes fórmulas

| | | |
|---|---------|------------|
| $\frac{\text{Quejas presentadas}}{\text{Quejas esperadas}}$ | x 100 = | % de logro |
|---|---------|------------|

| | | |
|---|----------|--------------------------|
| $\frac{\text{Quejas presentadas}}{\text{Número de usuarios}}$ | x 1000 = | Quejas por 1000 usuarios |
|---|----------|--------------------------|

| | | |
|---|----------|---|
| $\frac{\text{Quejas presentadas}}{\text{Número de ATENCIONES}}$ | x 1000 = | Quejas por 1000 ATENCIONES, Consultas, egresos, etc. |
|---|----------|---|

| | | |
|---|----------|----------------|
| $\frac{\text{Quejas presentadas en el periodo de estudio}}{\text{Quejas presentadas en el mismo periodo del año previo}}$ | X 1000 = | % de variación |
|---|----------|----------------|

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

En este capítulo se propone un conjunto de indicadores y sus estándares como marco de referencia, sin embargo cada unidad de atención médica, puede seleccionar o incluir indicadores que se consideren pertinentes, a fin de contar la información necesaria para tomar decisiones. Los estándares pueden ser ajustados de conformidad con las políticas institucionales, de la

unidad o del servicio, en congruencia con los objetivos que se establezcan en cada caso.

Formatos para registro

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

4.5.2. Mejoramiento continuo de la calidad de la atención médico-odontológica

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

Los métodos, procesos, arquitectura tecnológica y sistemas para la planeación estratégica y la planeación operativa están sujetos a ciclos de mejora continua.⁵⁵

Las estrategias para el mejoramiento continuo de la calidad de atención médico-dental se realizan con base en el diagnóstico situacional, integrado a través del proceso de evaluación. Para que las estrategias dirigidas a incrementar la calidad y la eficiencia en la prestación de la atención médico-dental sean efectivas, es necesario que se apliquen en forma constante, en congruencia con una metodología preestablecida y conforme al desarrollo sistemático de los procesos que las componen.

Si la elaboración de un diagnóstico situacional a través de la evaluación, no permite contribuir a la superación de la calidad y eficiencia en la prestación de la atención, el proceso de evaluación es inútil y oneroso.

Las acciones dirigidas a mejorar la calidad y la eficiencia en la prestación de la atención médico-odontológica son:

Planeación estratégica para el mejoramiento continuo de los procesos cuyos resultados puedan superarse en cuanto a calidad y eficiencia, hasta alcanzar el nivel de excelencia.

Reconocimiento de los logros previa identificación del responsable del proceso, mediante un sistema predeterminado de estímulos, aplicando en forma continua, que comprenda acciones en forma verbal, por escrito, en especie (becas, licencias, etc.) o estímulos económicos.

Solución de los problemás que afectan la calidad con que se otorga la atención médico-dental, mediante los siguientes pasos:

⁵⁵ MODELO DE CALIDAD INTRAGOB 45-47 pp.

- Registro de los problemás.
- Establecer prioridades para el abordaje de los problemás en función de su magnitud, trascendencia, factibilidad y vulnerabilidad.
- Identificar al responsable del proceso donde se ubica el problema.
- Verificar en forma participativa con el responsable del proceso, las condiciones de la estructura y características del proceso que dieron lugar a resultados inaceptables, para determinar la mejor opción para resolverlo.
- Otorgar asesoría al responsable del proceso, con base en el conocimiento y comparación con procesos similares que generan resultados con mayor calidad y eficiencia (“benchmarking”).
- Establecer compromisos en forma participativa con el responsable del proceso, para la solución del problema en tiempo y magnitud.
- Seguimiento de esos compromisos y de los avances en la solución del problema.
- Los obstáculos que impidan la solución de los problemás se constituyen en un nuevo problema, y estarán sujetos al mismo procedimiento de solución (“espiral del mejoramiento continuo”).
- Verificar la solución del problema y su descargo de la relación de problemás vigentes.

A. Proceso de evaluación y mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica. (instrumentos para la evaluación)

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

a. Evaluación

Desde las primeras experiencias de evaluación de la calidad de la atención médica en el “Hospital de la Raza” en 1956, el instrumento fundamental y prácticamente exclusivo fué el expediente clínico. Con la publicación en 1984 del trabajo de González Posada, Merelo Anaya y colaboradores sobre “Sistema de Evaluación Médica, Progresos y Perspectivas” de la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, e inicia el enfoque integral de este proceso conforme a la teoría de sistemás y en concordancia con los trabajos que paralelamente venía desarrollando Donabedian en Estados Unidos de Norte América.

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

Estructura

Recursos Físicos: se evalúa su suficiencia en congruencia con las necesidades de satisfacer la demanda de atención, en cuanto a número y capacidad de las unidades de atención médico-odontológica, su estado de conservación, el número de consultorios, aparatos de rayos x, Cuartos de revelado, salas de enseñanza e higiene bucal, el número y características de los equipos, instrumental y mobiliario disponibles, sus condiciones de conservación y su estado funcional.

Personal: En cuanto a la autorización de las plazas que se requiere para la prestación de los servicios, previa justificación; la cobertura correspondiente con personal calificado por las instancias administrativas correspondientes; la capacitación del personal en congruencia con las funciones específicas que tiene asignadas, con el nivel de atención que se requiere otorgar y con la correcta utilización del tiempo laborable.

Dotación de artículos de consumo: con suficiencia tanto desde el punto de vista cuálitativo como cuantitativo, oportunidad en su suministro, con el propósito de lograr que el proceso de la atención se otorgue en forma continua, principalmente en lo que se refiere a medicamentos, material dental y de curación, reactivos de laboratorio y material de radiodiagnóstico.

Proceso de la atención médica

Organización: para estar en condiciones de otorgar atención médica a los usuarios con calidad y eficiencia, es necesario que los servicios cuenten con una organización adecuada que incluya; Existencia de un diagnóstico situacional actualizado, Determinación de objetivos en función de ese diagnóstico situacional, Identificación de fortalezas y debilidades y como consecuencia de todo ello una planeación estratégica del trabajo. Como elementos fundamentales que den formalidad a la organización y con base en los elementos previos deberá contarse; con un manual de organización, Con un programa de trabajo y Con los manuales de procedimientos que se requieran. Deberá existir un Comité de Calidad y los Subcomités Médico Asistenciales que se considere convenientes, incluyendo: evaluación del expediente clínico, infecciones hospitalarias, quejas, prescripción racional de medicamentos, etc. Deberán existir procedimientos de evaluación en forma programada, con identificación, registro y seguimiento de problemás, hasta su solución.

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

Resultados de la atención

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

Ambiente laboral

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

Para formalizar la evaluación integral de la calidad y eficiencia con que se otorga la atención médica, se desarrolló una cédula de registro complementada con el instructivo correspondiente, que pueden ser utilizados para la evaluación por el nivel central, por el nivel regional o por el nivel local; asimismo puede aplicarse en forma de auto-evaluación por la propia unidad o servicios de atención médica. La cédula es aplicable para evaluar unidades de atención médica de primer, segundo y tercer nivel de atención; así mismo es aplicable por el área médica, el área de enfermería, el área de trabajo social o el área de nutrición y dietética, en el ámbito de la responsabilidad correspondiente a cada área.

Durante la aplicación de la Cédula de Evaluación se hará una descripción resumida de la situación encontrada y se realizará un juicio de valor conforme al procedimiento previamente descrito y se asignará un valor cuálitativo: Excelente, Suficiente, Insuficiente, No realizado o Inadecuado (E.S.I.N.I.)

Al concluir el proceso de evaluación se dispondrá del “**Diagnóstico Situacional**” del servicio, departamento o unidad dental evaluada.

b. Mejoramiento continuo

En el diagnóstico situacional elaborado como resultado de la aplicación de la cédula de evaluación existirán situaciones a las que se asignó uno de los cinco calificativos considerados: Excelente, Suficiente, Insuficiente, No realizado o Inadecuado.

Se propone separar a las situaciones en dos grupos, en uno las consideradas con los calificativos de Excelente y Suficiente, por considerar que estas situaciones son aceptables. No obstante cada una de ellas requiere un manejo diferente. Las consideradas con el rubro de Excelente por haber logrado el objetivo de la atención con oportunidad, calidad en el proceso y satisfacción de las expectativas de los usuarios, prestadores de servicios y de la

institución, justifican otorgar un reconocimiento, especialmente si en un servicio, departamento o unidad médica existe una proporción elevada de ellos, comparativamente con otros servicios similares. Las situaciones consideradas con el rubro de suficiente por haberse logrado el objetivo con oportunidad y calidad en el proceso, aún cuando son aceptables, ameritan la recomendación de intentar alcanzar el nivel de excelencia.

Las situaciones a las cuáles se asignó el rubro de Insuficiente, No realizado o Inadecuado, por ese sólo hecho constituyen un problema, dado que el objetivo de la atención no se alcanzó con oportunidad o con calidades el proceso, no se alcanzó el acto médico requerido o como resultado de ese acto médico se ocasionó un daño al paciente, al prestador de servicios, al patrimonio o a los recursos institucionales.

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

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

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

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

- Segunda etapa: El personal evaluador y el personal evaluado verifican en las diferentes áreas el avance en la solución de los problemás y se ratifica o rectifica el porcentaje asignado.
- Como etapa final del proceso de seguimiento, se procede a tabular la información. Para una información más amplia y precisa de este proceso se recomienda consultar un trabajo previo con los resultados de la aplicación de esta metodología

Se clasifica a los problemás en tres sistemás

Primer sistema: los problemás se clasifican según el nivel resolutivo responsable de darle solución, en:

- Problema de nivel central.
- Problema de nivel regional.
- Problema de la unidad médica.

Segundo sistema: se clasifica a los mismos problemás según el capítulo de evaluación al cuál correspondan en:

- Problemás en los recursos.
- Problemás del personal.
- Problemás en el material de consumo.
- Problemás en la organización.
- Problemás en el proceso de la atención.
- Problemás en los resultados.
- Problemás en el ambiente organizacional y laboral.

Tercer sistema: se clasifican a los mismos problemás de los dos sistemás anteriores conforme al proceso al cuál correspondan en:

- Problemás en el proceso de urgencias.
- Problemás en el proceso de consulta externa.
- Problemás en el proceso de hospitalización.
- Problemás en el proceso de cirugía.
- Problemás en el proceso de auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Sistemás de información comparativa de referencia (“benchmarking”)

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

Una de las principales herramientas de la evaluación y mejoramiento continuo de la atención médico-dental, es transpolar la experiencia obtenida mediante el conocimiento de procesos con resultados exitosos, a procesos cuya calidad y eficiencia son inferiores a las esperadas, aún en los casos que no lleguen a constituir un problema.

Reingeniería de procesos

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

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

Evaluación y seguimiento

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

Retroinformación al sistema

En aquellos casos en que las modificaciones incorporadas a los procesos mejoren su calidad, eficiencia y sus resultados, debe retroinformarse al nivel normativo, proponiendo la modificación y actualización de las normas vigentes, con el propósito de incorporar las mejoras logradas a todo el sistema.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Actualmente las organizaciones hospitalarias que pretendan proporcionar un servicio de calidad deben demostrar que su “cliente” recibe una buena atención y servicio, en instalaciones en buen estado y con los equipos apropiados para sus estudios. Los términos “buena atención”, “buen estado” y “equipos apropiados”, citados anteriormente son ambiguos, ya que quedan a criterio de quién valora; es por esta razón que se han desarrollado procesos de certificación que ayudan a homogeneizar dichos conceptos.

Los procesos de Certificación son un medio que permite asegurar que, ya sea un producto, un proceso, un sistema o un servicio, se ajusta a ciertos estándares de calidad, los cuáles han sido establecidos por organismos expertos y por tanto, son considerados como una parte importante de esa demostración de calidad. Es importante señalar que no solo se trata de analizar el comportamiento organizacional de la institución, sino que es necesario verificar que el personal es capaz de desempeñar la actividad encomendada y que la infraestructura cuenta con las instalaciones y el equipo necesario.

Poco a poco más unidades hospitalarias se van incorporando a la lista de instituciones certificadas, por tanto es de suma importancia conocer cuáles son las condiciones necesarias y los requerimientos normativos para formar parte de dicha lista.

A lo largo del Manual se han desarrollado diversos tópicos relacionados con el rol de la gestión de Calidad para el logro de la certificación de una organización hospitalaria. Es indudable el hecho de que, en la actualidad, las empresas serán exitosas solo si incorporan a su cultura organizacional los principios de gestión de calidad. La creación de una cultura organizacional propicia para el logro de la competitividad se puede concretar mediante el diseño e implantación de un sistema administrativo que asegure mediante un conjunto de procesos, la planeación, control y mejoramiento operativo orientado hacia el cumplimiento de la misión para la satisfacción de los grupos de interés e influencia de la empresa. En general, el sistema administrativo se compone de tres, macroprocesos: la puesta en marcha de un programa de Gestión de Calidad para el control y mejoramiento operativos; el liderazgo de la alta administración en la conducción estratégica de la planeación operativa, y la integración de los dos factores anteriores orientados hacia el cumplimiento de la misión de la empresa.

Los requisitos para el éxito de un sistema como el descrito en este capítulo son: que cada organización defina de manera precisa su misión y visión con base en lo que los grupos de interés e influencia esperan de ella, en el corto y largo plazos; elaboración de un plan estratégico acorde con la misión y visión; creación del ambiente cultural a nivel individual y organizacional propicio para el funcionamiento correcto de los procedimientos de control y mejoramiento de la operación, y el enfoque permanente de la organización hacia la satisfacción de las necesidades del usuario.

Estudios recientes demuestran que la mayoría de los procesos del modelo descrito son utilizados ampliamente en el Sistema Nacional de Salud en México, sin embargo, pocas instituciones lo hacen en forma integral.

El modelo tiene como área de oportunidad importante para investigaciones futuras considerar el factor tiempo en el flujo de información y la toma de decisiones que se presentan en todos los procesos. Algunas empresas tienen poco tiempo para reaccionar ante los cambios que el medio les presenta, como por ejemplo, cambios bruscos en el poder adquisitivo del consumidor que lo hacen valorar diferente la calidad en un plazo muy corto, cambios en las regulaciones gubernamentales, o la entrada repentina de competidores muy poderosos desde el punto de vista tecnológico o de su capacidad de comercialización.

En resumen, se puede decir que, aunque cada organización tiene que desarrollar su propio sistema administrativo que le ayude a conseguir estándares de calidad, la consideración de conceptos de gestión de calidad, mediante la utilización de un modelo como el propuesto como punto de partida, permite encontrar más rápido la dirección correcta hacia la competitividad y el incremento del bienestar de los individuos relacionados con los grupos de interés e influencia, ya sean accionistas, prestadores de servicios, proveedores, usuarios, o la sociedad en general. Esto es finalmente la razón de ser de la empresa en una economía de mercado como la nuestra.

Para diseñar un sistema administrativo y su plan de implantación para una organización mediana se recomiendan las siguientes actividades:

- realice el procedimiento de diagnóstico
- Determine que procesos conviene implantar de acuerdo con las características propias de la empresa
- Para cada proceso: defina las entradas y salidas, el equipo responsable, la estrategia y secuencia de implantación, y la frecuencia de ocurrencia
- Defina un protocolo de implantación del programa de Gestión de calidad que sea congruente con las características culturales de la empresa
- Determine la cultura organizacional de apoyo al programa Gestión Calidad, analice si existen aspectos especiales a considerar para la implantación del modelo, y estime los recursos (humanos, financieros y de tiempo) que se requerirán para ello.

La economía de países como México tiene muchos contrastes. Se pueden encontrar empresas con el mayor avance tecnológico y otras con el atraso más sorprendente; las posibilidades y necesidades de competencia pueden ir de lo más exigente a lo más relajado; los empleados pueden ser personas muy preparadas intelectualmente o se puede tener una proporción considerable de analfabetos prácticos entre el personal, por lo tanto hay factores que se consideran el mayor obstáculo para lograr un cambio de paradigma hacia la calidad en México

Debemos tener en cuenta el riesgo que implica la realización de un proceso de certificación y sus posibles repercusiones

- contar con una certificación que acredita a una institución que otorga servicios médicos, como un establecimiento confiable y seguro para solicitarla
- el condicionamiento de una certificación al cumplimiento de requisitos que pudieran ser accesibles o no
- la negativa de una certificación implicaría situaciones que requerirían de un análisis jurídico en cuanto a la posibilidad de cancelar su licencia para continuar funcionando o permitirle continuar su operación, en conocimiento de que los servicios que otorga no son aceptables. Desde este punto de vista sería importante definir el valor y el peso jurídico de cualquier procedimiento de certificación.
- En relación a las instituciones del sistema nacional de salud, dedicadas al otorgamiento de atención médica, la posibilidad de no otorgar una certificación, también llevaría implícita la suspensión de la autorización para continuar en la operación, con las consiguientes repercusiones a nivel laboral, sindical en hospitales civiles, y de disponibilidad de instalaciones para otorgar la atención a la población que quedara descubierta con su cierre.

Esta situación se torna más grave cuando los elementos para no otorgar la certificación dependen de las posibilidades de disponibilidad de recursos para mejorar las instalaciones, equipamiento, y cobertura de plazas o para contar con personal capacitado o especializado para otorgar los servicios.

Desde este punto de vista considero que por el momento deben establecerse programas de Mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica y de calidad total.

Sabemos que la garantía de calidad de la atención médica es un procedimiento complejo y difícil, pero alcanzable. Por lo tanto debe ser un proceso irreversible, que permita elevar la calidad y la eficacia, además de garantizar los servicios de atención médica del país, con la firme intención de que la prestación del servicio de salud a los cuidados sea cada día mejor y fundamentada en principios de equidad, vocación y humanismo.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUIRRE GAS Héctor G.** "Calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo"., México 1993, 3ª. Edición, 1ª reimpresión 2002, Editóres Noriega,
- ÁLVAREZ ALBA Rafael;** "Salud Pública y Medicina Preventiva" 3ª. Edición, Editorial Manual Moderno, 2002, México.
- BLANCO M., Herminio,** "Las negociaciones comerciales de México con el mundo", fondo de cultura económica, 1994.
- CANTÚ DELGADO Humberto,** "Desarrollo de una cultura de calidad", Editorial Mc Graw Hill, 2ª. Edición, 2001,
- DONABEDIAN Avedis,** "Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica", Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México, D.F., 1988,
- DONABEDIAN, Avedis.** "Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica". Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1991,
- GONZÁLEZ DAGNINO, A.** "Calidad Total en Atención Primaria en Salud". Ediciones Díaz de Santos, S. A. Madrid (España), 1994.
- GUAJARDO GARZA Edmundo,** "Administración de la Calidad Total", Editorial Pax México, 2003.
- HABERES J.B., WEBB M.W.** "Administración Total de la Calidad (TQM)", Editorial Iberoamericana, México 2003
- HITOSHI KUME** "Herramientas Estadísticas Básicas", Grupo Editorial Norma, Colombia 1992,
- KATZ Simón, McDONALD James L, STOOKEY George K,** "Odontología preventiva en acción"., Editorial Médica Panamericana. 3ª. Edición, 5ª. Reimpresión,
- MALAGÓN LONDOÑO Gustavo, GALÁN MORERA Ricardo, PONTÓN LAVERDE Gabriel,** "Garantía de Calidad en salud"., Colombia 1999, 1ª. Edición 1999, 1ª. Reimpresión 2001, Editorial médica Panamericana,
- RUÍZ DE CHÁVEZ, M; MARTÍNEZ NARVAEZ G.,** "Bases para la evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud". Revista Salud Pública de México, 1990;
- RUELAS BARAJAS, Enrique.** "Calidad de la Atención en Salud". Rev. Salud Pública Méx. Vol. 2, N°. 3, Febrero, 1995,
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANO,** Art. 73
- COPANT ISO 9000:2000 (NMX-CC-9000-IMNC-2000)** Sistemás de Gestión de la Calidad Fundamentos y vocabulario
- COPANT ISO 9001:2000 (NMX-CC-9001IMNC-2000)** Sistemás de Gestión de Calidad Requisitos
- COPANT ISO 9004:2000 (NMX-CC-9004-IMNC-2000)** Sistemás de Gestión de Calidad, Recomendaciones para la mejora del desempeño,
- INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO:** Encuestas para medir la Calidad de la Atención en el ISSSTE México. Febrero Julio de 1988.
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.** Sistema de evaluación y Reconocimiento PREMIO IMSS DE CALIDAD. México, 1999.

LEY GENERAL DE SALUD, Reglamento interior del Consejo de Salubridad General. Programa Nacional de Certificación de Hospitales. Acuerdo del 25 de marzo de 1999.

LEY GENERAL DE SALUD. Tomo I; Editorial Porrúa; México, 1997;

LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LAS FUÉZZAS ARMADAS MEXICANAS. Legislación Militar, Marzo, 2003.

LEY ORGÁNICA DEL EJÉRCITO Y FUÉZZA AÉREA MEXICANOS, Tomo V Legislación Militar, Marzo, 2004, Art. 193, 65 pp.

MANUAL DEL SISTEMA LOGÍSTICO MILITAR. México, 2003.

MODELO DE CALIDAD INTRAGOB 2003.

NORMA OFICIAL MEXICANA-013-SSA2-1994 (modificación) Para la Prevención y control de las enfermedades bucales

PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA de la Unidad de Especialidades Odontológicas Méx. D.F. 2003.

SECRETARÍA DE SALUD. Consejo de Salubridad General, Programa Nacional de Certificación de Hospitales, acuerdo del 25 de marzo de 1999

SECRETARÍA DE SALUD. Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación Cuadro Básico de Indicadores para la evaluación de la Salud, México, 1990